



CZAS PRZEMIANY

Biuletyn numer: 1/2011

ISSN: 1640 - 4114



Miasteczko Galicyjskie w Nowym Sączu

Spis treści

I. INFIRMACJE

Nasze kalendarium	2
Apel o pomoc	3
Wysokość składek	3
Informacja prasowa PTP	4
Stanowiska NRPIP z dn. 8.12.2010 r.	6

II. WOKÓŁ ZAWODU

1. Pielęgniarstwo Środowiska Nauczania i Wychowania - podstawy prawne	11
2. Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa ginek. i położniczego	12
3. Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w spr. podawania leków	12
4. Stanowisko Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa epidemiologicznego	13
5. Pielęgniarstwo Środowiska Nauczania i Wychowania	14
6. Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa rodzinnego	15
7. Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa ratunkowego	17
8. Opinia dot. dodatków do wynagrodzenia	18
9. Opinia prawna w spr. prowadzenia indywidualnej praktyki piel., położnej w zoz	22

III. PORADY PRAWNE

1. Ustawa z dn. 3.12.2010 r. o zm. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego	23
2. Rozp. MZ z dn. 23.12.2010 r. zm. rozp. w spr. świadczeń gwar. z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoter. .	31
3. Rozp. MZ z dn. 12.01.2011 r. dot. składu zestawów p/wstrząsowych ratujących życie	41
4. Wyciąg z rozp. MZ z dn. 21.12.2010 r. w spr. rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania	43

IV. SZKOLENIA

1. Biuro projektu UM w Łodzi	68
2. Kursy org. przez Sp. z o.o. Promocja i Zdrowie ..	73

V. GRATULACJE	75
---------------------	----

Nasze kalendarium

- 30.12.2010 r. - rozstrzygnięcie postępowań konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w Szpitalu Specjalistycznym im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu
- 17.01.2011 r. - Posiedzenie Rady Społecznej Szpitala Specjalistycznego im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju - udział Pełnomocnego Przedstawiciela - Anny Nowak
- 18.01.2011 r. - Szkolenie dla kadry pielęgniarsko-położniczej Szpitala Specjalistycznego w Gorlicach „Umowa o pracę czy kontrakt?” - mgr Barbara Wojnar
- 25.01.2011 r. - Egzamin z przeszkolenia - po 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu
- 25.01. 2011 r. - Posiedzenie PORNOIPiP
- 1.02. 2011 r. - Szkolenie dla poz „Wiedza ratuje życie” - w siedzibie Izby
- 1.02. 2011 r. - Spotkanie z Pełnomocnymi Przedstawicielami Izby
- 15.02.2011 r. - Szkolenie dla kadry pielęgniarsko-położniczej Szpitala w Nowym Sączu „Umowa o pracę czy kontrakt?” - mgr Barbara Wojnar
- 16.02.2011 r. - Szkolenie dla kadry pielęgniarsko-położniczej Szpitala w Krynicy-Zdroju „Umowa o pracę czy kontrakt?” - mgr Barbara Wojnar
- 22.02.2011 r. - Posiedzenie POR NOIPiP



„Czas Przemian” Biuletyn Informacyjny

Wydawca:
Nowosądecka Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
33-300 Nowy Sącz, ul. Kilińskiego 68
telefon: (18) 443 78 83, e-mail: noipip@wp.pl

Redakcja Biuletynu:

Redaktor Naczelny: mgr Halina Zarotyńska
Zespół Redakcyjny: mgr Bożena Hudzik, Elżbieta Prusak,
mgr Urszula Bednarek
Nakład: 800 egz. (do użytku wewnętrznego)
Data wydania: Luty 2011, ISSN: 1640-4114

Zajrzyj na strony internetowe naszej Izby:
www.bip.noipip.iap.pl
i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych:
www.izbapiel.org.pl
Fot. okładka: Kościół w Mochnacze

Przygotowanie i druk:

 **Centrum Druku**
Poligrafia Małopolska,
N. Sącz, ul. Traugutta 3, tel. (18) 540 91 94
www.poligrafia.malopolska.pl
e-mail: info@poligrafiamalopolska.pl

Apel o pomoc

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie zwróciła się o wsparcie dla koleżanki pielęgniarki, w załączeniu publikujemy treść pisma.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie zwraca się z prośbą o pomoc dla dziecka naszej koleżanki pielęgniarki Haliny Leśko pracującej w ZOZ Nr 2 w Rzeszowie.

Jej syn Sylwester w wieku 14 lat ma guza mózgu (glejaka). Jest po zabiegu operacyjnym i w trakcie chemioterapii i radioterapii w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie.

W związku z częstymi wyjazdami do Warszawy ponoszone są duże koszty dojazdu i utrzymania związane z leczeniem dziecka. W chwili obecnej Izba wyczerpała już regulaminowe możliwości pomocy. Liczymy na Państwa zrozumienie i samorządową solidarność.

Z góry dziękujemy za wszelką pomoc finansową.

*Z poważaniem
mgr Izabela Kowalska*

Wpłaty prosimy kierować na konto:

Halina Leśko

90 9176 1022 2003 0020 2651 0001

z dopiskiem „dla Sylwestra”

Wysokość składek

Nowosądecka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu, informuje, że zgodnie z Uchwałą Nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 r. na podstawie art. 31 pkt 11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41 poz. 178 z późn. zm.) ustawowa wysokość składki członkowskiej na rzecz samorządu wynosi:

1. 1 % wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek, położnych wykonujących zawód,
2. 0,5% emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
3. 0,5% średniego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw, ogłoszonego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób prowadzących praktykę indywidualną na własny rachunek, oraz innych osób nie wymienionych w pkt 1-2 (na dzień 01.02.2011 r. jest to 18,00 zł),

4. z obowiązku opłacania składek zwolnione są pielęgniarki i położne przebywające na urloпах wychowawczych, pobierające zasiłek rehabilitacyjny, bezrobotne zarejestrowane w urzędzie pracy.

Składka członkowska winna być naliczana z jednego, głównego źródła pracy. Opłacanie składek jest obowiązkowe, należy je uiszczać w terminie do 15 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni na konto:

ING Bank Śląski S.A.

33 1050 1722 1000 0023 4372 4213

Dodatkowo przypominamy - opłacona terminowo i systematycznie składka jest warunkiem starania się o refundację kosztów kształcenia, zapomogę losową, wpis do rejestrów indywidualnych, specjalistycznych, grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

*Krystyna Nosal
Skarbnik*

Informacja prasowa PTP

– w sprawie hasła obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w dniu 12 maja 2011 r.

Szanowni Państwo,

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w imieniu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ogłasza hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w 2011 r.

„NIWELOWANIE RÓŻNIC

- ZWIĘKSZANIE RÓWNOŚCI W DOSTĘPIE
DO OPIEKI MEDYCZNEJ”

TŁo:

W każdym kraju obserwuje się wzrost zachorowań na choroby przewlekłe, a tym samym zwiększa się potrzeba uzyskania dostępu do odpowiedniej opieki dla osób przewlekłe chorych. W krajach o różnych poziomach dochodu, zdrowie i choroba odzwierciedlają gradient społeczny: im niższa pozycja społeczno-ekonomiczna, tym gorsze zdrowie (WHO 2008b).

„Gwałtownie rosnące nasilenie chorób przewlekłych dotyka nieproporcjonalnie bardziej ludność biedną i pokrzywdzoną przez los, przyczyniając się do pogłębienia przepaści w dostępie do zdrowia zarówno wewnątrz kraju jak i między krajami” (WHO 2008a) http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN_IND_2010.pdf.



Model determinantów zdrowia.

źródło: Historia Determine. Wspieranie działań na rzecz równości w zdrowiu w Unii Europejskiej. Raport końcowy z działań Konsorcjum DETERMINE 2010, s.7.

Nierówności w dostępie do zdrowia wynikają z wielu aspektów i nie zawsze są związane z zasobami finansowymi. Rozmieszczenie usług w obszarach miejskich i wiejskich jest zróżnicowane i bardzo często osoby, które wydawałoby się powinny nie mieć problemu z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych np. z uwagi na ich dochody, odczuwają brak odpowiedniego rodzaju usług umożliwiających zaspokojenie ich potrzeb.

Pielęgniarki odgrywają znaczącą rolę w działaniach na rzecz równego dostępu do opieki medycznej m.in. poprzez prowadzenie edukacji i kampanii informacyjnych; działania, aby informacje na temat zdrowia były jasne i spójne. Ważnym elementem jest wpływanie na politykę zdrowotną oraz działania dotyczące dostępu np. do zdrowej żywności w szkole i miejscu pracy; zapewnienie informacji o dostępie do usług zdrowotnych, takich jak poradnictwo żywieniowe lub kontrola ciśnienia krwi; zachęcanie do działań na rzecz zdrowego środowiska oraz do zapewniania udogodnień dla aktywności fizycznej oraz tworzenie środowiska, w którym wybory zdrowotne są prostymi wyborami łatwymi do realizacji (ICN 2010).

Przed wszystkim jednak, pielęgniarki w swojej codziennej praktyce przestrzegają zasady zakazu dyskryminacji pacjentów w dostępie do opieki medycznej. W Preambule Kodeksu etyki dla pielęgniarek MRP z 2005 roku czytamy: „Opieka pielęgniarska jest pełna poszanowania i nie może być ograniczeń ze względu na: wiek, kolor skóry, wyznanie, kulturę, niepełnosprawność czy chorobę, płeć, orientację seksualną, narodowość, poglądy polityczne,

rasę czy sytuację społeczną” (ICN, 2005). Podobny zapis znajdujemy w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP z 2003 roku.

Pielęgniarki mogą realizować wiele cennych inicjatyw zwiększających dostęp społeczeństwa do zdrowia. Pielęgniarki coraz częściej wykorzystują w swojej praktyce technologie informacyjne, takie jak np. telefony komórkowe, Internet itp. http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/Innowacje_Telepielegniarstwo_PTP_2009.pdf

W Korei Południowej pielęgniarki wykorzystując kontakt przez sms monitorują poziom glukozy we krwi, interpretują otrzymywane dane i przekazują zwrotne zalecenia terapeutyczne w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości oraz kontrolują przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. W grupie, gdzie prowadzono ten rodzaj działań poziom glikozylohemoglobiny (HbA1c) w ciągu 3 miesięcy zmniejszył się, w porównaniu z wartością wyjściową, o 1,5 % punktów i 0,5 % punktów w ciągu następnych sześciu miesięcy. (Hee-Seung et al. 2007) http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/ICN_IND_2010.pdf

W Ghanie pielęgniarki, które przeniosły się z klinik lokalnych do przychodni

wybudowanych przez społeczności lokalne, opiekują się pacjentami, odwiedzając ich w domach, oferując pomoc ambulatoryjną, szczepienia, edukację zdrowotną, informację, diagnostykę. Ewaluacja po pierwszych 5 latach realizacji projektu wykazała, że pielęgniarki pracujące bezpośrednio w środowisku lokalnym osiągnęły zmniejszenie wskaźnika umieralności dzieci (dzięki poprawie opieki w ostrych infekcjach układu oddechowego, malarii i bieguncie oraz lepszej realizacji programu szczepień dziecięcych).

Pielęgniarki polskie posiadają bardzo duży potencjał, szczególnie pielęgniarki POZ, które mają najlepszy dostęp do tych, którzy potrzebują opieki i bardzo często nie mają możliwości skorzystania z innego rodzaju usług z uwagi na stan zdrowia, wiek czy niesamodzielność.

Ważnym działaniem, będącym w kompetencjach pielęgniarek, jest monitorowanie przestrzegania zaleceń terapeutycznych, które także mogą przyczynić się do eliminacji nierówności w zdrowiu http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=438&Itemid=31



Podsumowanie przyczyn i mechanizmów społecznych determinantów nierówności w zdrowiu.¹⁰

Hasło MDP wpisuje się w kierunki polityki zdrowotnej w Polsce. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015 jest „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”. Dla osiągnięcia tego celu wytyczono trzy kierunki działań: zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych, kształtowanie prozdrowotnego stylu życia, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu (NPZ).

Pielęgniarki odgrywają znaczącą rolę w każdym z tych obszarów działań podejmując współpracę z różnymi przedstawicielami samorządu terytorialnego wszystkich szczebli i organizacji pozarządowych.

Wprowadzanie innowacji w pielęgniarstwie ma na celu ułatwienie dostępności do usług medycznych

http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/IND_KIT_2009_PL.pdf i przez to zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentowi i całemu społeczeństwu. Ponadto, korzystanie w praktyce pielęgniarstwie z badań naukowych publikowanych w czasopiśmie pielęgniarstwie jest niezbędne dla prowadzenia właściwego postępowania pielęgnacyjnego zgodnie z najnowszymi osiągnięciami dziedziny pielęgniarstwa.

Tylko działania konsekwentne, planowe i skoncentrowane na indywidualnej sytuacji pacjenta mogą przynieść oczekiwane rezultaty zarówno dla odbiorców usług opiekuńczych, jak i całego systemu ochrony zdrowia.

*Zarząd Główny PTP
Warszawa, 07 stycznia 2011 r.*

Stanowiska NRPiP z dn. 8.12.2010 r.

Stanowisko nr 54

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 8 grudnia 2010 r.

w sprawie konieczności zwiększenia środków finansowych na zadania związane z kształceniem pielęgniarek i położnych na szkoleniach specjalizacyjnych w 2012 r.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o zwiększenie w ustawie budżetowej na 2012 rok kwoty dofinansowania w ramach zadań realizowanych ze środków Funduszu Pracy, jednego miejsca szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2012 roku.

Kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego powinna wynosić 5.500 zł. Powyższe jest konieczne ze względu na systematycznie wzrastające

koszty prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych. Odpowiednio zabezpieczona wysokość środków finansowych powinna gwarantować jakość prowadzonego kształcenia w tym rodzaju.

Sekretarz NRPiP

Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP

Elżbieta Buczkowska

Apel

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 8 grudnia 2010 r.

w sprawie ustalenia nowych kryteriów wyboru oferty na realizację umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z prośbą o rozważenie możliwości podjęcia prac nad ustaleniem

nowych kryteriów wyboru oferty dla świadczeniodawców realizujących umowy z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a w szczególności pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej. Proponuje się, aby istotnym kryterium były np. kwalifikacje i forma zatrudnienia personelu oraz organizacja opieki.

Pielęgniarki opieki długoterminowej sygnalizują, iż dotychczas stosowanie jedynego kryterium wyboru oferty, jakim jest cena, zachęca duże podmioty do stosowania bardzo niskich stawek za osobodzień, co w konsekwencji powoduje eliminowanie z rynku usług medycznych pielęgniarek, które od kilku lat zawierały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na powyższe świadczenia. Pielęgniarki opieki długoterminowej wykonujące zawód w formie indywidualnych praktyk nie mogą obniżyć ceny realizowanych usług, ponieważ rzeczywiste ponoszone koszty.

Należy mieć na uwadze, iż stosowanie przez wskazane podmioty stawek niższych niż proponowane przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia jest podyktowane zamiarem zajęcia jak największej części rynku usług w zakresie opieki długoterminowej poprzez eliminowanie praktyk pielęgniarek i zaproponowanie z pozycji monopolisty dużo większej ceny w latach następnych.

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 53

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2010 r.

w sprawie powoływania pielęgniarek i położnych jako biegłych sądowych

W świetle obecnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27.07.2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych

(Dz. U. Nr 98, poz. 1070 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dn. 24.01.2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. z 2005 r. Nr 15, poz. 133), w mieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o wykorzystanie możliwości wyznaczania jako biegłych sądowych ekspertów z dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa. Ułatwić to może sądom rozpoznawanie spraw, w których występują zagadnienia, w których konieczna jest specjalistyczna wiedza z ww. dziedzin medycznych.

W związku z postępującym rozwojem wiedzy i nauki w dziedzinach pielęgniarstwa oraz położnictwa Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa za istotne wspieranie się w postępowaniach sądowych wiedzą i doświadczeniem pielęgniarek lub położnych. Mając na uwadze postępowania, w których pojawiają się problemy z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa, w szczególności postępowania, w których stroną jest pielęgniarka lub położna, rola biegłego w postępowaniach sądowych posiadającego teoretyczne i praktyczne wiadomości w tych dziedzinach rośnie. Obecnie w praktyce w postępowaniach sądowych w sprawach dotyczących pielęgniarek lub położnych powoływani przez sąd są biegli będący lekarzami medycyny. W przekonaniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nie zawsze będą oni dysponowali wystarczającą wiedzą w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa. Zawody pielęgniarki i położnej są bowiem samodzielnymi, specjalistycznymi zawodami medycznymi wykonywanymi w oparciu o ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.).

W związku z powyższym, zwracam się z prośbą o zasygnalizowanie Prezesom Sądów Okręgowych działających na terenie właściwości Państwa Sądu kwestii

potrzeby i możliwości powoływania biegłych sądowych z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa.

Zwracamy uwagę w tym kontekście na możliwość wystąpienia przez Prezesa danego Sądu Okręgowego do działającej na terenie jego właściwości okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wskazanie pielęgniarki lub położnej - eksperta w danej dziedzinie, posiadającego teoretyczną i praktyczną wiedzę w danej dzie-

dzinie (§ 14 powołanego wyżej rozporządzenia z dnia 24 stycznia 2005 r.).

W załączniku przedstawiamy wykaz okręgowych izb pielęgniarek i położnych działających na obszarze właściwości Państwa Sądu wraz z danymi kontaktowymi.

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Załącznik do Stanowiska nr 53 NRPiP z dn. 7.12.2010 r.

w spr. wystąpienia do Prezesów Sądów Apelacyjnych o powoływanie pielęgniarek/położnych na biegłych sądowych.

Wykaz okręgowych izb pielęgniarek i położnych działających na obszarze właściwości Państwa Sądu wraz z danymi kontaktowymi

L.p.	Sąd Apelacyjny	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
1.	Sąd Apelacyjny w Białymstoku	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku ul. M. Skłodowskiej-Curie 12/19, 15-097 Białystok tel. (85) 747-00-16
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łomży Szosa Zambrowska 1/27, 18-400 Łomża, tel. (86) 216-47-13
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie ul. Krasickiego 6, 10-685 Olsztyn, tel. (89) 541-55-67
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Suwałkach ul. Noniewiczza 93b-60, 16-400 Suwałki, skr. poczt. 25 tel. (87) 566-22-48
2.	Sąd Apelacyjny w Gdańsku	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy ul. Bohaterów Westerplatte 4A, 85-827 Bydgoszcz tel.(52) 372-68-78
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Elblągu ul. Morcinka 10B, 82-300 Elbląg, tel. (55) 233-98-79
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku ul. Wyczółkowskiego 17A, 80-147 Gdańsk, tel. (58) 320-06-81
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Słupsku ul. Poniatowskiego 4, 76-200 Słupsk, tel. 598 427 863
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu ul. Szosa Chełmińska 254/258, 87-100 Toruń, tel. (56) 621-00-22
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Włocławku ul. Okrzei 64, 87-800 Włocławek, tel. 054 23 11 877

3.	Sąd Apelacyjny w Katowicach	Beskidzka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Krasińskiego 28, 43-300 Bielsko Biala, tel. (33) 822-81-11
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie ul. Kopernika 38, 42-200 Częstochowa, tel. (34) 324-51-12
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach ul. Francuska 16, 40-027 Katowice, tel. (32) 209-04-15
4.	Sąd Apelacyjny w Krakowie	Świętokrzyska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Młoda 28, 25-619 Kielce, tel. (41) 346-22-83
		Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Dunajewskiego 6, 31-133 Kraków, tel. (12) 422-88-54
		Nowosądecka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Kilińskiego 68, 33-300 Nowy Sącz, tel. (18) 443-78-83
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie ul. Konarskiego 4, 33-100 Tarnów, tel. (14) 696-54-54
5.	Sąd Apelacyjny w Lublinie	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie ul. Montażowa 16, 20-214 Lublin, tel. (81) 745-14-22
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu ul. Paderewskiego 19, 26-600 Radom, tel. (48) 360-69-60
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach ul. Młynarska 17, 08-110 Siedlce, tel. (25) 632-54-10
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu ul. Piłsudskiego 33, 22-400 Zamość, tel. (84) 639-31-97
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej ul. Okopowa 3, pok. 114, 21-500 Biała Podlaska tel.(83) 343-60-83
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Chełmie ul. Obłoińska 20, 22-100 Chełm, tel. (82) 565-43-73
6.	Sąd Apelacyjny w Łodzi	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu ul. Korczaka 4a, 62-800 Kalisz, tel. (62) 757-04-31
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Sieradzu ul. 3-go Maja 7, 98-200 Sieradz
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego Pl. Dąbrowskiego 1, 09-400 Płock, tel. (24) 264-48-33
7.	Sąd Apelacyjny w Poznaniu	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koninie ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze ul. Grottgera 23, 65-415 Zielona Góra

		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lesznie ul. Niepodległości 47, 64-100 Leszno
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Pile ul. Motylewska 9, 64-920 Piła
8.	Sąd Apelacyjny w Rzeszowie	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno
		Podkarpacka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Krakowska 110, 37-200 Przeworsk
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie ul. Poniatowskiego 6, 35-026 Rzeszów
9.	Sąd Apelacyjny w Szczecinie	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. ul. Obrońców Pokoju 60/1 i 2, 66-400 Gorzów Wielkopolski
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie ul. Zwycięstwa 190, 75-611 Koszalin
		Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie ul. Bogusława 30, 70-242 Szczecin
10.	Sąd Apelacyjny w Warszawie	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce 07-410 Ostrołęka, skr. pocztowa 39
		Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Nowy Świat 63, 00-042 Warszawa
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ciechanowie ul. Płocka 32, 06-400 Ciechanów
11.	Sąd Apelacyjny we Wrocławiu	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze ul. Mickiewicza 30 III p., 58-500 Jelenia Góra
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu ul. Świerkowa 24, 45-032 Opole
		Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Powstańców Śląskich 50, 53-335 Wrocław
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu Al. Chrobrego 1/10, skr. poczt. 50, 58-300 Wałbrzych



Pielęgniarstwo Środowiska Nauczania i Wychowania

Podstawy prawne realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami

– Ministerstwo Zdrowia Departament Matki i Dziecka

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami realizowana jest w oparciu o przepisy 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.) oraz następujących aktów wykonawczych:

1. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133),
2. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.),
3. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144, z późn. zm.),
4. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. Nr 237, poz. 2018 z późn. zm.),
5. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia (Dz. U. Nr 139, poz. 1134).

Zgodnie z przepisami, profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem sprawują:

1. lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę zdrowotną nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2. lekarz dentyista - w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
3. pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna - w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej - w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wykaz gwarantowanych świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji określają następujące załączniki do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139):

1. załącznik nr 1: Wykaz świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji - w którym określono, między innymi, warunki, zakres i częstotliwość badań profilaktycznych uczniów;

2. załącznik nr 4: Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji -

w którym określono warunki, zakres i częstotliwość świadczeń pielęgniarki albo higienistki szkolnej.

Dagmara Korbaśńska Dyrektor Departamentu
Matki i Dziecka, Warszawa, 4.05.2010 r.

Opinia

Konsultanta Kr. w dz. Pielęgniarstwa Ginekol. i Położniczego

– w sprawie podawania przez położną leków zewnątrzoponowo i podpajęczynówkowo

Uprzejmie wyjaśniam, że położna może podawać leki przez cewnik zaimplantowany do przestrzeni zewnątrzoponowej oraz w okolicy nerwów i spłotów nerwowych w terapii bólu pooperacyjnego i innych zespołów bólowych.

Warunkiem realizacji tych świadczeń jest ukończenie kursu specjalistycz-

nego „Terapia bólu ostrego u dorosłych” (nr 02/10) program przeznaczony dla pielęgniarek i położnych.

*Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa
ginekologicznego i położniczego*

Leokadia Jędrzejewska

Opinia

Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa

– w sprawie podawania leków

Zasady podawania leków przez pielęgniarki w warunkach lecznictwa stacjonarnego:

1. Zgodnie z § 13 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania „Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem”. Pielęgniarka, zgodnie z wymienionym zapisem, podaje leki tylko i wyłącznie na pisemne zlecenie lekarza, wyłączając sytuacje ratujące życie.
2. Zgodnie z art. 22 ust.1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej „Pielęgniarka, położna zobowiązana jest do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej”. Nie dotyczy zleceń wykonywanych podczas zabiegów ratujących życie.
3. W sytuacji posiadania na oddziale zamiennika, lekarz powinien dokonać wpisu odstawienia leku i wpisać właściwy zamiennik.
4. W sytuacji podania leku, do którego jest uprawniona pielęgniarka (rozporządzenie o czynnościach samodzielnych) ma ona prawo podać zamiennik, dokonując adnotacji w dokumentacji medycznej.

5. Zadaniem kierownictwa zakładu opieki zdrowotnej jest określenie leków dostępnych standardowo, zamienników i zasad ich stosowania. Lekarze i pielęgniarki powinni uczestniczyć w regularnych szkoleniach dotyczących stosowania leków, a zespół ds. farmakoterapii dokonywać okresowej oceny stosowanej w szpitalu terapii lekami.

Informowanie pacjentów na temat podawanych leków

1. Każdy chory przebywający w szpitalu ma prawo uzyskać w pełni zrozumiałe informacje o postępowaniu medycznym. Pielęgniarka, wykonując zlecenie lekarskie, ma prawo poinformo-

wać i odpowiedzieć na zadane pytania i wątpliwości pacjenta o rodzaju podawanego leku, dawce i sposobie działania, ma prawo do zwrócenia uwagi pacjenta na ewentualne mogące wystąpić skutki uboczne związane z działaniem leków, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej, pamiętając, iż pielęgniarka wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

*Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa*

dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec

Stanowisko

Konsultanta Krajowego w dz. piel. epidemiologicznego

– w sprawie używania rękawic ochronnych do wykonywania iniekcji podskórnych, śródskórnych i domięśniowych

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.) kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Zarówno pacjent, jak i personel medyczny wykonujący zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek, są narażeni na potencjalne ryzyko nabycia zakażeń. Zapobieganie zakażeniom polega na redukcji ryzyka wszystkimi dostępnymi metodami, a postępowanie ograniczone wyłącznie do mycia i dezynfekcji rąk przed wykonaniem iniekcji nie stanowi dostatecznej ochrony ani dla personelu, ani dla pacjentów.

Na powierzchni skóry rąk personelu wykonującego zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek mogą występować niewidoczne uszkodzenia, a każdy pacjent może być potencjalnym źródłem zakażenia w kontekście aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie znacznego odsetka populacji osób z przewlekłym bezobjawowym zapaleniem wątroby o etiologii wirusowej HBV i HCV.

Skuteczną metodą prewencji zakażeń jest używanie i prawidłowe stosowanie rękawic ochronnych. Stosowanie rękawic nie zwalnia personelu z obowiązku mycia i dezynfekcji rąk. Przed nałożeniem rękawic ochronnych, a także po ich zdjęciu, pracownik ma obowiązek przeprowadzić skuteczną dekontaminację rąk.

Rękawice ochronne należy stosować wyłącznie do zabiegu u jednego pacjenta.

Po wykonaniu iniekcji należy je bezpiecznie zdjąć i przekazać do unieszkodliwienia.

Niedopuszczalne jest stosowanie tych samych rękawiczek do zabiegu u następnego pacjenta.

Reasumując

Za zapewnienie prawidłowych warunków do zapobiegania zakażeniom szpitalnym oraz za zaopatrzenie w niezbędne środki ochrony, w tym rękawice ochronne, odpowiadają i ponoszą z tego

tytułu odpowiedzialność kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie zabiegi polegające na wykonywaniu iniekcji domięśniowych, śródskórnych i podskórnych, w tym szczepienia ochronne, powinny być bezwzględnie wykonywane przez personel medyczny w jednorazowych rękawicach ochronnych.

*Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa
epidemiologicznego*

(-) Beata Ochocka

Pielęgniarstwo Środowiska Nauczania i Wychowania

Czy można dyrektorowi szkoły udzielić informacji o stanie zdrowia ucznia?

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (t.j. Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 ze zm.) w art. 21 ust. 1 stanowi, że pielęgniarka, położna ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Odstępstwa od tej zasady zawiera ust. 2 ww. artykułu, w myśl którego pielęgniarka, położna zwolniona jest z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej gdy:

- 1) tak stanowią odrębne przepisy,
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Należy również przypomnieć, iż pielęgniarka, położna, z zastrzeżeniem sy-

tacji, o których mowa w art. 21 ust. 2 pkt 1-3, jest związana tajemnicą również po śmierci pacjenta (art. 21 ust. 3 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej) oraz że pielęgniarka, położna nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody (art. 21 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej).

Nieodzownym jest również zwrócenie uwagi na prawa pacjenta wynikające z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.). Art. 9 ust. 3 ww. ustawy stanowi, że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwach. Natomiast art. 13 ww. ustawy przyznaje pacjentowi 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. Zgodnie z treścią art. 14 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw,
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Istotnym jest postanowienie art. 14 ust. 3 ustawy, albowiem osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świad-

czeń zdrowotnych, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1-3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

W celu zapewnienia pacjentowi respektowania jego praw przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń medycznych, ustawodawca w art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawarł przepis stanowiący, że w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Przytoczone przepisy prawa nie przewidują możliwości udzielania dyrektorowi szkoły informacji o stanie zdrowia ucznia bez zgody przedstawiciela ustawowego. W szczególności ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572 ze zm.) nie zawiera przepisów uprawniających dyrektora do żądania takich informacji.

*Radca Prawny
Iwona Choromańska*

Opinia

Konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa Rodzinnego

– w sprawie wykonywaniu przez pielęgniarki poz w gabinecie poz, na pisemne zlecenie lekarza autohemoterapii

Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej nie są uprawnione do wykonywania leczenia bodźcowo-odczulającego-autohemoterapii.

UZASADNIENIE:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2005 r. w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej,

w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami nie określa zasad leczenia krwią w podstawowej opiece zdrowotnej. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi (z późniejszymi zmianami) nie określa zasad leczenia bodźców odczulającego autohemoterapii jako leczenia dopuszczonego w podstawowej opiece zdrowotnej. Leczenie

krwią zarezerwowane jest dla leczenia szpitalnego.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej nie ma kompetencji do realizacji świadczenia jakim jest pobranie krwi żyłnej, połączenie z preparatem wapnia i podanie tak przygotowanego roztworu pacjentowi drogą wstrzyknięcia domięśniowego. Producent preparatu Calcium roztwór do wstrzykiwali zaleca podawanie preparatu wyłącznie drogą dożylną. Podanie preparatu Calcium drogą domięśniową zgodnie z informacją producenta leku może spowodować martwicę tkanek. Podanie leku przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej niezgodnie z zaleceniami producenta nie może mieć miejsca nawet na zlecenie le-

karza. Poza tym w Urzędowym Wykazie Produktów Lekniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 marca 2010 roku nie ma preparatu składającego się z ludzkiej krwi i Calcium podawanego drogą domięśniową. Wszystkie preparaty krwi i krwiopochodne dopuszczone w Polsce do stosowania jako leczenie krwią podawane są drogą transfuzji. Proponuję, aby o leku, w którego w skład wchodzi ludzka krew z preparatem Calcium podawanego drogą domięśniową opinię wydała Agencja Oceny Technologii Medycznych.

*Konsultant Krajowy
w dz. Pielęgniarstwa Rodzinnego*

Beata Ostrzycka

Stanowisko

Konsultanta Krajowego w dz. Pielęgniarstwa Rodzinnego

- w sprawie realizowanych przez pielęgniarki poz w ramach ubezpieczenia zdrowotnego - wykonywanie iniekcji domięśniowej leku METHOTREKAT w gabinecie pielęgniarki poz lub w domu pacjenta

Lek o nazwie METHOTREKAT powinien być stosowany w warunkach zapewniających świadczeniobiorcy dostęp do niezbędnych badań oraz specjalistycznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym lub hospitalizacji. Do leczenia lekiem METHOTREKAT kwalifikuje lekarz specjalista.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej nie powinna podawać leku METHOTREKAT w gabinecie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej - w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Lek cytostatyczny o nazwie METHOTREKAT jest lekiem, który jest zarezerwowany dla leczenia zamkniętego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zgodnie z informacją producen-

ta leku, lek METHOTREKAT powinien być podawany ze szczególną ostrożnością tylko przez wykwalifikowany, fachowy personel w ramach świadczeń specjalistycznych onkologicznych lub w ramach świadczeń specjalistycznych z zakresu reumatologii. Lek ten powinien być podawany wyłącznie pod kierunkiem lekarza, który ma doświadczenie w terapii cytostatycznej. Ze względu na toksyczne właściwości leku, preparat METHOTREKAT powinien być szybko i bezpiecznie utylizowany - zgodnie z zaleceniami producenta leku. Producent leku określa instrukcję dotyczącą przygotowania, składowania oraz usuwania pozostałości leku. Te zasady bezpieczeństwa powinny być bezwzględnie przestrzegane. Znajomość zagadnień

dotyczących bezpieczeństwa podczas podawania leków cytostatycznych leży po stronie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Szczegółowe zasady przy podawaniu leków cytostatycznych oprócz wytycznych producenta leku cytostatycznego ustalone zostały w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 roku (z późniejszymi zmianami) w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej. Na chwilę obecną nie istnieje dokument prawny, który by jasno określał zasady podawania leków cytostatycznych

w podstawowej opiece zdrowotnej. Ponadto pielęgniarka zgodnie z Art. 22 pkt 5 Ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (z późniejszymi zmianami) ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie.

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej leku METHOTEKAT w iniekcji domięśniowej nie powinna podawać w warunkach domowych ze względu na powyższe.

Konsultant Kr. w dz. Piel. Rodzinnego
Beata Ostrzycka

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego

Opinia

– dotycząca braku wypłacania 20% dodatku za pracę w SOR, oraz eliminowaniu pielęgniarek systemu z zespołów ratownictwa medycznego

Szpitalny Oddział Ratunkowy jest zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) jednostką systemu państwowego ratownictwa medycznego. Zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. nr 55, poz. 365) Szpitalny Oddział Ratunkowy (udzielający świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego podejmujące zgodnie z powyższą ustawą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby

w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 36 ust. 1 wskazanej ustawy, powyższe zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- 1) Zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub, ratownik medyczny;
- 2) Zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Z przedmiotowej ustawy wynika więc wprost, iż pielęgniarka systemu jest obligatoryjnym członkiem każdego zespołu ratownictwa medycznego. Wyłączenie

pielęgniarek systemu z powyższych zespołów jest sprzeczne z prawem.

Należy wskazać również, że art. 32ł ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.) przewiduje, iż pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej) poza zespołem wyjazdowym przysługuje dodatek w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Z uwagi na charakter medycznych czynności ratunkowych udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego, które zgodnie z ustawą o PRM są udzielane w celu ratowania osoby w sta-

nie nagłego zagrożenia zdrowotnego, co uprawnia do sformułowania wniosku, iż mają one charakter pomocy doraźnej (zachodzi tu tylko zmiana i doprecyzowanie terminologii, bez zmiany charakteru wykonywanych czynności), można wysnuć wniosek, iż także pracownicy szpitalnego oddziału ratunkowego, którzy nie pracują w zespołach ratownictwa medycznego są uprawnieni do dodatku w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa
Ratunkowego ul. Szlak 61, 31-153 Kraków
www.ptpr.org.pl, e-mail: kontakt@ptpr.org.pl

mgr Marek Maślanka

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego

Opinia

– dot. dodatków do wynagrodzenia za prace z tytułu zatrudnienia w pogotowiu ratunkowym dla pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych

Przepisy dotyczące wynagrodzenia za prace pracowników zakładów opieki zdrowotnej uprawniają pracowników pogotowia ratunkowego do otrzymywania dodatków do wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Art. 32ł ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (ustawa o zoz) przewiduje, że pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w zespole wyjazdowym pogotowia ratunkowego (pomocy doraźnej) przysługuje dodatek w wysokości 30 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Ustęp drugi wskazanego artykułu przewiduje natomiast, iż pracownikom wymienionym w ust. 1 zatrudnionym w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej) poza zespołem wyjazdowym przysługuje dodatek w wysokości

20 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.

Celem przedmiotowych przepisów jest ustanowienie dla pracowników wykonujących zawód medyczny dodatku za prace w uciążliwych warunkach, jakie stwarza pogotowie ratunkowe i konieczność pozostawania w gotowości do świadczenia pomocy doraźnej. Brak precyzji ustawodawcy w zdefiniowaniu pojęć użytych w zapisach przedmiotowej ustawy stwarza jednak możliwość rozbieżności interpretacyjnych i uchylania się przez zakłady opieki zdrowotnej od wypłaty należnych pracownikom wynagrodzeń.

Niewątpliwie bezspornym jest, że dodatki do wynagrodzenia przysługują wyłącznie pracownikom wykonującym

zawód medyczny. Nie są zatem uprawnieni do dodatków zatrudnieni w jednostkach pogotowia ratunkowego pracownicy administracyjni, personel sprząający itp. Pewne rozbieżności w rozumieniu przepisu rodzi jednak druga ze wskazanych w nim przesłanek tj. fakt zatrudnienia w „pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej)”.

Wątpliwości interpretacyjne na gruncie tego przepisu powoduje brak w polskim systemie prawa wyraźnej definicji legalnej pojęcia „pogotowia ratunkowego” jak i „pomocy doraźnej”. Nadto niejasnym pozostaje użycie nawiasu, którym zostało objęte pojęcie pomocy doraźnej w cytowanym przepisie.

W tym miejscu wyjaśnienia wymaga, że zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o zoz pogotowie ratunkowe stanowi jeden z rodzajów zakładu opieki zdrowotnej. Formalnie zatem szpitalny oddział ratunkowy, który pozostaje w świetle prawa jedynie komórką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej, nie może być utożsamiany z jednostką pogotowia ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy o zoz. Stąd też niektórzy interpretatorzy wywodzą, iż norma określająca dodatki do wynagrodzenia za pracę w „pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej)” nie ma zastosowania do pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych, którzy świadcząc pomoc doraźną, nie pozostają zatrudnieni w pogotowiu ratunkowym w rozumieniu art. 2 ustawy o zoz. Zważywszy jednak na celowościową i systemową wykładnię wskazanych przepisów, wniosek ten wydaje się być zupełnie nieuzasadniony.

W pierwszej kolejności zwrócić uwagę należy na fakt, że określenie „pogotowia ratunkowego” jest przez polskiego ustawodawcę używane nie tylko dla określenia wyodrębnionej jednostki stanowiącej zakład opieki zdrowotnej, lecz dla

każdego rodzaju jednostek świadczących usługi w stanach nagłego zagrożenia życia. Przykładowo w rozporządzeniu MSWiA z dnia 27 czerwca 2002 r. w sprawie trybu przeprowadzania badań lekarskich osób zatrzymanych przez funkcjonariuszy Straży Granicznej (Dz. U. z dnia 3 lipca 2002 r.) § 5 ust. 2 stanowi, że jeżeli stan zdrowia osoby zatrzymanej przez Straż Graniczną wskazuje na potrzebę użycia do jej przewiezienia specjalnego środka transportu sanitarnego – przewiezienia dokonuje pogotowie ratunkowe. Analogiczne przepisy występują w rozporządzeniu MSWiA z dnia 21 czerwca 2002 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez Policję (Dz. U. z dnia 2 lipca 2002 r.), czy też w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie badań lekarskich osób zatrzymanych przez inspektorów lub pracowników kontroli skarbowej (Dz. U. z dnia 22 października 2010 r.). Podobnie również w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z dnia 20 października 1994 r.) art. 18 ust. 5 stanowi, że w przypadkach zastosowania przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie.

W rozumieniu przytoczonych przepisów pogotowie ratunkowe nie oznacza wyłącznie wyodrębnionych zakładów opieki zdrowotnej, lecz każdą jednostkę, którą realizuje zadania państwa polegające na zapewnieniu pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednostkami takimi zaś, zgodnie z art. 32 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Ustawa o PRM) są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
- 2) zespoły ratownictwa medycznego, o ile zostaną włączone do systemu

jednostek pogotowia ratunkowego na podstawie art. 24 ustawy.

Ze względu na konstrukcję tego przepisu, która wskazuje, że podstawowymi jednostkami systemu PRM (powszechnie w innych aktach prawnych zwanych pogotowiem ratunkowym) są właśnie szpitalne oddziały ratunkowe, trudno wykazywać, by jednostki te miały inny charakter aniżeli pogotowie ratunkowe w powszechnym rozumieniu tego pojęcia.

Ze względu na powyższe, dla interpretacji przepisu art. 32ł ustawy o zoz formalne rozróżnienie pod względem formy organizacyjno-prawnej szpitalnych oddziałów ratunkowych i jednostek pogotowia ratunkowego w rozumieniu art. 2 ustawy o zoz nie posiada żadnego znaczenia. Działalność pogotowia ratunkowego, stanowiącego odrębny zakład opieki zdrowotnej, nie odbiega w swoim zakresie niczym od działalności szpitalnego oddziału ratunkowego. Artykuł 28 ustawy o zoz określający rodzaj oraz sposób wykonywania zadań takiej jednostki stanowi, że pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia. Przedmiotem działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych jest natomiast, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z dnia 30 marca 2007 r.), udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z przytoczonych przepisów wynika zatem, że bez względu na zastosowaną nomenklaturę i sposób określenia zadań, przedmiot działalności obu rodzajów jednostek jest tożsamy, a jego istotą jest ratowanie życia ludzkie-

go w stanach nagłego zagrożenia. Nadto wobec treści artykułu 2 ust. 2 stawy o zoz, który stanowi, że zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej, zwrócić uwagę należy, i pogotowie ratunkowe podległe lub stanowiące część jednostki, jaką jest szpital, *de facto* nawet pod względem organizacyjno-prawnym będzie niewiele różnić się od szpitalnego oddziału ratunkowego.

W tym stanie rzeczy w pełni zrozumiałe wydaje się być użycie przez ustawodawcę w komentowanym przepisie wziętego w nawias sformułowania pomocy doraźnej. Zgodnie z klasyfikacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797) do kategorii komórek organizacyjnych specjalizujących się w opiece doraźnej zalicza się:

- 3010 Ambulatorium ogólne
- 3011 Ambulatorium pediatryczne
- 3012 Ambulatorium chirurgiczne
- 3016 Ambulatorium okulistyczne
- 3040 Ambulatorium stomatologiczne
- 3110 Zespół wyjazdowy ogólny
- 3112 Zespół wyjazdowy wypadkowy W - podstawowy
- 3114 Zespół wyjazdowy reanimacyjny R - specjalistyczny
- 3118 Zespół wyjazdowy neonatologiczny N
- 3150 Wodne Pogotowie Ratunkowe
- 3200 Lotniczy zespół transportu sanitarnego
- 3210 Lotniczy zespół ratownictwa medycznego
- 3220 Lotnicza grupa poszukiwawczo-ratownicza

– 3300 Szpitalny oddział ratunkowy

Wydaje się więc, że ustawodawca, świadom brzmienia przepisu art. 2 ustawy o zoz, poprzez dodanie w nawiasie sformułowania „pomocy doraźnej” celowo doprecyzowuje, że pracownikami, o których mowa w art. 321 ustawy o zoz są nie tylko pracownicy pogotowia ratunkowego w rozumieniu przepisu art. 2 tejże ustawy, lecz wszyscy pracownicy wykonujący swoje obowiązki w oddziałach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w stanach nagłego zagrożenia życia. Z punktu widzenia celu przedmiotowego przepisu inna interpretacja jest całkowicie błędna. Bezsprzeczne pozostaje bowiem, iż *ratio legis* przepisu uprawniającego pracownika pogotowia ratunkowego do dodatku do wynagrodzenia jest rekompensatą za pracę w ciężkich warunkach i realizacja zasady wynagradzania odpowiedniego w stosunku do wykonywanej pracy, wynikającej z art. 78 Kodeksu Pracy.

W świetle powyższej argumentacji odmowa wypłaty dodatków do wynagrodzeń pracownikom szpitalnych oddziałów ratunkowych uzasadniana jedynie faktem zatrudnienia w jednostce, niestanowiącej formalnie odrębnego zakładu opieki zdrowotnej o specjalności pogotowia ratunkowego, pozostaje zupełnie pozbawiona racji.

Zarówno wykładnia systemowa jak i celowościowa komentowanego przepisu prowadzi do jednoznacznego wniosku, i do wszystkich pracowników medycznych pracujących w szpitalnych oddziałach ratunkowych winien mieć zastosowanie przepis art. 321 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Sama wysokość dodatku do wynagrodzenia, o którym mowa w przepisie, uzależniona jest od faktu zatrudnienia w zespole wyjazdowym ratownictwa medycznego (dodatek w wysokości 30 % stosownie do przepisów art. 321 ust. 1 ustawy o zoz lub też poza nim (dodatek w wysokości 20 % stosownie do przepisu art. 321 ust. 2 ustawy o zoz). Brak jest natomiast jakichkolwiek podstaw prawnych do pozbawiania pracowników medycznych zatrudnionych w SOR, czy to w zespołach ratownictwa medycznego czy te poza nimi, prawa do dodatków do wynagrodzenia, o których mowa w art. 321 powoływanej ustawy. Jak już wskazano na wstępie niniejszej opinii, wyłączenie zastosowania wskazywanych przepisów w stosunku do pracowników SOR może mieć miejsce, zgodnie z literalnym brzmieniem przepisów, jedynie w stosunku do pracowników nie wykonujących zawodów medycznych takich jak członkowie ekip sprzątających itp.

Opr. mgr Anna Gorgon

Opinia prawna

– w sprawie prowadzenia indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej w zakładzie opieki zdrowotnej

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. z 2001 r. Dz. U. Nr 57, poz. 602 ze zm.) nie zakazuje wprost indywidualnej praktyce pielęgniarki, położnej wykonywania świadczeń zdrowotnych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilno-prawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jednakże analiza przepisów ustawy oraz przepisów wykonawczych w powyższym zakresie, wskazuje na brak możliwości wykonywania świadczeń przez pielęgniarkę, położną w formie indywidualnej praktyki w zoz.

W przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej wyłącznie w miejscu wezwania zwrócić należy uwagę na przepis art. 25 ust. 4 pkt 2 ustawy o zawodach, który jednoznacznie stanowi, że pielęgniarka, położna wykonująca indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu pacjenta. Powyższy przepis wskazuje na miejsce wykonywania świadczeń na rzecz pacjenta, którym jest miejsce jego zamieszkania lub miejsce stałego pobytu. Należy zatem wysnuć wniosek, iż wykonywanie pielęgniarskich, położniczych świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania nie może mieć miejsca w oddziale szpitalnym, chociażby z tego względu, że szpital nie jest miejscem stałego pobytu lub miejscem zamieszkania pacjenta.

Natomiast w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej art. 25 ust. 2 pkt 3 ustawy o zawodach nakazuje pielęgniarcę, położną posiadać pomieszczenie wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny, w którym będzie wykonywana praktyka, oraz opinię państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych. Opinia powiatowego inspektora sanitarnego o spełnieniu wymogów winna odnosić się do gabinetu pielęgniarki, położnej, do którego pielęgniarka, położna posiada tytuł prawny (własność, najem, użyczenie itp), a nie do pomieszczenia, w którym wykonywane są usługi medyczne przez zakład opieki zdrowotnej. Innymi słowy opinia powiatowego inspektora sanitarnego winna zawierać wprost wskazanie gabinetu pielęgniarki, położnej.

Brak jest natomiast przesłanek do stwierdzenia, że gabinet zlokalizowany w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym pielęgniarki, położne wykonują zabiegi, jest wyłącznie gabinetem, w którym pielęgniarka położna wykonuje swoją praktykę, na rzecz swoich, a nie szpitala, pacjentów.

Tym bardziej, że Minister Zdrowia wydał w powyższym zakresie odrębne rozporządzenie, a mianowicie rozporządzenie z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia

i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 56, poz. 397), które jest aktem wykonawczym do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Nie bez znaczenia pozostaje również przepis art. 1 ust. 5 pkt 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.), który stanowi, że w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Odrębną kwestią związaną bezpośrednio z wykonywaniem indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej, jest obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej, nałożony na te podmioty przepisem art. 20 ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. W powyższym zakresie obowiązuje aktualnie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 252, poz. 1697).

Wskazane powyżej przepisy prawa, uniemożliwiają zatem dokonanie stosownego wpisu do rejestru indywidualnych praktyk wyłącznie w miejscu wezwania lub w gabinecie ze wskazaniem wykonywania praktyki w zakładzie opieki zdrowotnej.

*Iwona Choromańska
Radca Prawny NRPiP*

Porady prawne

USTAWA

z dnia 3 grudnia 2010 r.

o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

(Dz. U. nr 6 z 2011 r., poz. 19)

Art. 1. W ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 3 w pkt 4 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje pkt 5 i 6 w brzmieniu:

„5) dyspozytorze medycznym, kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespole ratownictwa

medycznego, należy przez to rozumieć odpowiednio: dyspozytora medycznego, kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.²⁾),

- 6) przymusie bezpośrednim, bez

wskazania środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:

- a) przytrzymanie - doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody,
- c) unieruchomienie - obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
- d) izolację - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.”;

2) w art. 4:

- a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - 1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,”
- b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, uwzględniając potrzebę zapewnienia właściwej koordynacji podejmowanych działań i udziału w nich podmiotów, o których mowa w art. 1 ust. 2.”;

3) po art. 4 dodaje się art. 4a w brzmieniu:

„Art. 4a. 1. Tworzy się Radę do spraw Zdrowia Psychicznego, zwaną dalej „Radą”, jako działający przy ministrze właściwym do spraw zdrowia organ koordynacyjno-doradczy w sprawach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

2. Do zadań Rady należy w szczególności:

- 1) monitorowanie realizacji zadań określonych w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- 2) opiniowanie projektów informacji o realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego,
- 3) występowanie do ministrów właściwych do spraw: kultury fizycznej, nauki, oświaty i wychowania, pracy, spraw wewnętrznych, szkolnictwa wyższego, zabezpieczenia społecznego oraz Ministra Sprawiedliwości i Ministra Obrony Narodowej, w sprawach założeń i projektów programów działań z zakresu ochrony zdrowia psychicznego,
- 4) inicjowanie działalności badawczo-wdrożeniowej w sprawach, o których mowa w art. 2 ust. 1,
- 5) opiniowanie projektów przepisów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje, z własnej inicjatywy lub na wniosek ministrów, o których mowa w ust. 2 pkt 3, przewodniczącego, za-

stępce przewodniczącego, sekretarza i członków Rady - spośród specjalistów z zakresu medycyny, pedagogiki, psychologii, socjologii, a także innych dziedzin nauki i praktyki, mających zastosowanie w ochronie zdrowia psychicznego.

4. Za udział w pracach Rady członkom Rady nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów podróży w wysokości i na warunkach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.
5. Wydatki związane z działalnością Rady są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Szczegółowe warunki i tryb działania Rady określa statut nadany, w drodze zarządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

4) w art. 6 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Zadania, o których mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2, art. 40 ust. 1 i art. 46 ust. 2b, są zadaniami z zakresu administracji rządowej.”;

5) art. 6a otrzymuje brzmienie:

„Art. 6a. Powiat organizuje i zapewnia usługi w odpowiednim standardzie w domach pomocy społecznej dostosowanych do szczególnych potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi. Domy te są tworzone na zasadach określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.3)).”;

6) w art. 7 ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, uwzględniając potrzebę zapewnienia jakości i dostępności tych zajęć.

4. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacji społecznej organizowanych w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w tych jednostkach oraz konieczność promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.”;

7) w art. 9 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Jednostka organizacyjna pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi udziela osobie w niej przebywającej, adekwatnie do potrzeb i stanu zdrowia tej osoby, pomocy w korzystaniu przez nią ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

8) w art. 10b ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, ma prawo:

- 1) wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
- 2) występowania z wnioskiem do personelu zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej, oraz do podmiotu, który utworzył ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,
- 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego,
- 4) porozumiewania się z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2, bez udziału innych osób.”;

9) art. 11 otrzymuje brzmienie:

„Art. 11. 1. Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego jest wydawane w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.

2. Wskazany w ust. 1 okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.”;

10) art. 14 otrzymuje brzmienie:

„Art. 14. Osoba z zaburzeniami psychicznymi leczona w szpitalu psychiatrycznym może uzyskać zgodę ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania jej z zakładu, jeżeli nie zagraża to jej życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.”;

11) w art. 15 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacyjnych organizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych, w tym potrzebę podnoszenia poziomu ich samodzielności.”;

12) art. 18 otrzymuje brzmienie:

„Art. 18. 1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

- a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
 - 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.
4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2,
- niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 - na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego

przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.

8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowego Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.
10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:
 - 1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę - ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,
 - 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych - ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem

właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, sposób:

- 1) stosowania przymusu bezpośredniego,
- 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego,
- 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego - uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni.”;

13) w art. 21:

- a) w ust. 3 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Przewiezienie takiej osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności lekarza, pielęgniarki lub zespołu ratownictwa medycznego.”,
- b) w ust. 4 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Przy ocenie zasadności poddania osoby badaniu bez jej zgody stosuje się odpowiednio art. 18 ust. 10.”;

14) art. 30 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 30. 1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarza psychiatry wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.
2. W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywil-

nego nie mają w tym przypadku zastosowania.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, jeżeli treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu.

4. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.”;

15) uchyla się art. 30a;

16) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 23, 24 i 28, oraz postanowień i zarządzeń sądu opiekuńczego przewidzianych w niniejszym rozdziale stosuje się odpowiednio przepis art. 18 ust. 9.”;

17) w art. 33 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń zdrowotnych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, których udzielenie wymaga zgody osoby określonej w ust. 1 lub jej przedstawiciela ustawowego, uwzględniając konieczność ochrony praw i godności osoby, której świadczenia te są udzielane, oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu postępowania leczniczego.”;

18) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. 1. Zapewnienie realizacji postanowienia sądowego o przy-

jęciu do domu pomocy społecznej osoby, o której mowa w art. 38, należy do starosty powiatu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

2. Jeżeli osoba, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do domu pomocy społecznej, odmawia stawienia się w domu pomocy społecznej lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek organu do spraw pomocy społecznej może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do domu pomocy społecznej przez Policję.

3. W przypadku wystąpienia u osoby, o której mowa w art. 38, przebywającej w domu pomocy społecznej, zachowań zagrażających jej życiu lub zdrowiu, lub życiu lub zdrowiu innych osób, można wobec niej stosować przymus bezpośredni również w celu zapobieżenia opuszczeniu domu pomocy społecznej.”;

19) w art. 43 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia i ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb sprawowania kontroli, o której mowa w ust. 1, oraz sposób jej dokumentowania, uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej, a także biorąc pod uwagę różne rodzaje i typy tych placówek.”;

20) w art. 46:

a) ust. 2a otrzymuje brzmienie:

„2a. Jeżeli osoba psychicznie cho-

ra, która ma być poddana badaniu przez biegłego, odmawia stawienia się we wskazanym miejscu lub w inny sposób uchyla się od tego badania, sąd może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby przez Policję do wskazanego miejsca.”;

- b) po ust. 2b dodaje się ust. 2c w brzmieniu:

„2c. Jeżeli osoba psychicznie chora, wobec której wydano postanowienie o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego, odmawia stawienia się w szpitalu psychiatrycznym lub w inny sposób utrudnia wykonanie tego postanowienia, sąd z urzędu lub na wniosek upoważnionego przez marszałka województwa lekarza psychiatry może zarządzić zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie tej osoby do szpitala psychiatrycznego przez Policję.”;

- 21) art. 46a otrzymuje brzmienie:

„Art. 46a. 1. Przy wykonywaniu postanowień sądowych o przyjęciu do domu pomocy społecznej lub szpitala psychiatrycznego stosuje się art. 18.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, przewidziane w innych przepisach środki przymusu bezpośredniego mogą być stosowane jedynie po uprzednim bezskutecznym zastosowaniu przymusu bezpośredniego przewidzianego w niniejszej ustawie albo gdy jego zastosowanie byłoby niecelowe.

3. Zatrzymanie i przymusowe doprowadzenie przez Policję, o którym mowa w art. 40 i 46, następuje w obecności lekarza, pielęgniarzki lub zespołu ratownictwa medycznego.”;

- 22) art. 49 otrzymuje brzmienie:

„Art. 49. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowy sposób postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego

2) wzory:

a) skierowania do szpitala psychiatrycznego,

b) zawiadomień kierownika szpitala psychiatrycznego oraz sądu opiekuńczego o przyjęciu do tego szpitala osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody na podstawie art. 23 ust. 1 lub osoby z zaburzeniami psychicznymi na podstawie art. 24 ust. 1,

c) rejestru osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego,

d) zawiadomień sądu opiekuńczego o wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego oraz o pozostaniu w szpitalu psychiatrycznym za zgodą osoby przyjętej do tego szpitala - uwzględniając ochronę praw i godności osób przyjmowanych i wypisywanych ze szpitali psychiatrycznych oraz potrzebę zapewnienia sprawnego przebiegu procesu leczniczego.”;

- 23) w art. 50 w ust. 2 w pkt 4 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje pkt 5 w brzmieniu:

„5) policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób.”;

- 24) w art. 55 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia opracuje

docelową sieć domów pomocy społecznej dla osób psychicznie chorych oraz środowiskowych domów samopomocy.

3. Realizacja sieci, o której mowa w ust. 2, nastąpi w terminie do dnia 31 grudnia 2025 r.”.

Art. 2. Rada do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego powołana zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, wykonuje zadania Rady do spraw Zdrowia Psychicznego, o której mowa w art. 4a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, do czasu jej powołania.

Art. 3. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

1) art. 4 ust. 3, art. 7 ust. 3 i 4, art. 15 ust. 2, art. 33 ust. 3, art. 43 ust. 2 i art. 49 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 4 ust. 3, art. 7 ust. 3 i 4, art. 15 ust. 2, art. 33 ust. 3, art. 43 ust. 2 i art. 49 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą

ustawą, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od dnia wejścia w życie ustawy

2) art. 18 ust. 7 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 18 ust. 11 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia.

Prezydent RP.: B. Komorowski

-
- 1) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 182, poz. 1228.
- 2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 219, poz. 1443.
- 3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 202, poz. 1551, Nr 219, poz. 1706 i Nr 221, poz. 1738 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 40, poz. 229, Nr 81, poz. 527, Nr 125, poz. 842 i Nr 217, poz. 1427.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia 23 grudnia 2010 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

(Dz. U. nr 255 z 2010 r., poz. 1719)

Na podstawie art. 31d 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

(Dz. U. Nr 140, poz. 1147, Nr 211, poz. 1645 i Nr 217, poz. 1688) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych są realizowane w zakładach opiekuńczych dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia; pobyt świadczeniobiorcy, który ukończył 18 rok życia i posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydłuża się do chwili ukończenia nauki.”;

- 2) w § 5 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 4 ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a nie wymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie skalą poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel”, otrzymał 40 punktów lub mniej. W przypadku dzieci do ukończenia 3 roku życia nie stosuje się warunku dokonania oceny skalą Barthel.

2. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie.”;

- 3) w § 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w ust. 1, są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie skalą Barthel otrzymał

40 punktów lub mniej.”;

- 4) załączniki nr 2-4 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1-3 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2.

Przepisy § 5 ust. 1 i 2, § 9 ust. 2 rozporządzenia, o którym mowa w § 1, oraz załączniki nr 2-4 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na rok 2012 i lata następne, z wyjątkiem warunku dotyczącego wymiaru czasu pracy, określonego w ostatnim akapicie ppkt 2 pkt 1 części I załącznika nr 4 do rozporządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, który stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na rok 2015 i lata następne.

§ 3.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 1, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.

Minister Zdrowia w z. J. Szulc

- 1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).
- 2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465 i Nr 238, poz. 1578.

Załącznik nr 3

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

I. Świadczenia gwarantowane udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych lub dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia

1. Wymagania dotyczące personelu

1) lekarz:

a) w zakładach opiekuńczych:

- przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się częściowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub geriatry oraz częściowe etaty przeliczeniowe:
 - lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii i lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii lub
 - lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub geriatry, neurologii, psychiatrii, lub
 - lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: chorób wewnętrznych lub geriatry, neurologii, psychiatrii,
- przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów chorych na AIDS lub zarażonych HIV nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby - udziela świadczeń

w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się częściowe etaty przeliczeniowe lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej oraz częściowe etaty przeliczeniowe:

- lekarza specjalisty w dziedzinie psychiatrii i lekarza specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych lub
- lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chorób wewnętrznych, psychiatrii i chorób zakaźnych, lub
- lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: chorób wewnętrznych, psychiatrii i chorób zakaźnych.

Aktualna ocena pacjenta, dokonywana nie mniej niż dwa razy w tygodniu, potwierdzana jest datą, pieczęcią i podpisem osoby przeprowadzającej badania kontrolne;

b) w zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia:

- przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się częściowe etaty przeliczeniowe:
 - lekarza specjalisty w dziedzinie:

neurologii, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, pediatrii lub

- lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: neurologii, rehabilitacji medycznej, pediatrii, lub
- lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: neurologii, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, pediatrii.

Aktualna ocena pacjenta, dokonywana nie mniej niż dwa razy w tygodniu, potwierdzana jest datą, pieczętą i podpisem osoby przeprowadzającej badania kontrolne;

c) w zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie:

- przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/4 etatu przeliczeniowego na 1 pacjenta (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 1 pacjenta), przy czym w wymiarze tym uwzględnia się częściowe etaty przeliczeniowe:
- lekarza specjalisty w dziedzinie: anestezjologii, anestezjologii i reanimacji, anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji medycznej, rehabilitacji w chorobach narządów ruchu, neurologii, chorób płuc lub
- lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji medycznej, neurologii, chorób płuc, lub
- lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji medycznej, re-

habilitacji w chorobach narządów ruchu, neurologii, chorób płuc,

- w opiece nad dziećmi i młodzieżą - oprócz wymagań wymienionych w tiret pierwsze - dodatkowo udziela świadczeń, w ramach częściowego etatu przeliczeniowego, lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny pediatrii.

Aktualna ocena pacjenta, dokonywana nie mniej niż dwa razy w tygodniu, potwierdzana jest datą, pieczętą i podpisem osoby przeprowadzającej badania kontrolne;

2) pielęgniarka:

a) w zakładach opiekuńczych:

- z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa geriatrycznego, lub pielęgniarstwa opieki paliatywnej, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów; w opiece nad świadczeniobiorcami wentylowanymi mechanicznie, dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarstwa, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania

- tych specjalizacji lub kursów - łącznie 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy,
- b) w zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia:
 - z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa pediatrycznego, lub pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów; w opiece nad świadczeniobiorcami wentylowanymi mechanicznie, dodatkowo udziela świadczeń pielęgniarka, która ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub ze specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów - łącznie 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy.

Pielęgniarka i osoba, o której mowa w ppkt 8, w zakładach opiekuńczych oraz w zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia udzielają świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 1 pacjenta, w tym co najmniej przez 40 % czasu pracy świadczeń udziela pielęgniarka;

3) osoba, która:

- a) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,
 - b) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej,
 - e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji,
 - f) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii
- w zakładach opiekuńczych - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 2 etatów przeliczeniowych na 35 pacjentów (równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 pacjentów),
 - w zakładach opiekuńczych

- dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie oraz dla świadczeniobiorców, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” punktów - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/4 etatu przeliczeniowego na 1 pacjenta (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 1 pacjenta),
- w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zarażonych HIV - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów);
- 4) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów;
 - 5) osoba, która:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedii obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
 - b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
 - c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii;
 - 6) osoba, która:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności terapii zajęciowej, obejmujące co najmniej 3.000 godzin kształcenia, w tym 2.000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskała tytuł licencjata,
 - b) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego,
 - c) ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy w zawodzie instruktora terapii zajęciowej
 - w zakładach opiekuńczych - udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia; osoba ta nie udziela świadczeń w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zarażonych HIV;
 - 7) osoba, która:
 - a) posiada kwalifikacje specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.¹⁾) lub posiada kwalifikacje specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.²⁾) lub
 - b) uczestniczy w udzielaniu świadczeń z zakresu uzależnienia i współuzależnienia pod nadzorem specjalisty psychoterapii

uzależnień i posiada kwalifikacje instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi - w zakładach opiekuńczych dla pacjentów chorych na AIDS lub zarażonych HIV udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia;

- 8) osoba, która ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej lub ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny, posiadająca kwalifikacje do wykonywania czynności w zakresie podstawowej pielęgnacji chorych i osób niesamodzielnych, na zlecenie pielęgniarki.

2. Sprzęt medyczny i pomocniczy

- 1) łóżka szpitalne o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem lub zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji;
- 2) sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn: materace przeciwo-dleżynowe, poduszki, podpórki, wałki;
- 3) sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy: zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, parawany, pasy ślizgowe;
- 4) wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego: UGUL, cykloergometr,

rotory, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, zestaw do elektroterapii z osprzętem;

- 5) wyposażenie gabinetu terapii zajęciowej: stoły do terapii zajęciowej, przybory do malowania i wyklejania, sprzęt do muzykoterapii, sprzęt do gier i zabaw, tablice do pisania, sprzęt audiowizualny, system haseł obrazkowo-tekstowych, sprzęt do nauki czynności życia codziennego;
- 6) koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu - 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek;
- 7) ssak elektryczny - 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek;
- 8) inhalatory - 1 sztuka na każde rozpoczęte 17 łóżek;
- 9) glukometry;
- 10) aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- 11) aparat EKG;
- 12) zestaw do reanimacji;
- 13) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie, również z podparciem głowy;
- 14) pompy infuzyjne;
- 15) stetoskopy.

Sprzęt znajduje się w miejscu udzielania świadczeń, z wyłączeniem aparatu EKG, który znajduje się w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych.

3. Dodatkowy sprzęt medyczny i pomocniczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie

- 1) respirator stanowiący własność świadczeniodawcy i przypisany do jednego świadczeniobiorcy wyposażony w:

- a) akumulator pozwalający na:

- swobodne korzystanie z wózka inwalidzkiego,
- podtrzymanie czynności respiratora do 4 godzin,

- b) filtry powietrza w układzie,
- c) komplet parametrów nastawnych,
- d) 2 alarmy: rozłączenia układu i nadmiernego ciśnienia w drogach oddechowych;
- 2) ssak elektryczny - 1 dla każdego świadczeniobiorcy z dodatkowym wyposażeniem jednorazowym (cewniki, łączniki) oraz ssak rezerwowy;
- 3) defibrylator;
- 4) pulsoksymetr;
- 5) zestaw z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheotomii, gastrostomii.

Sprzęt znajduje się w miejscu udzielania świadczeń.

4. Dodatkowy sprzęt medyczny i pomocniczy dla świadczeniobiorców, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” punktów

- 1) pulsoksymetr;
- 2) zestaw z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheotomii, gastrostomii, konikotomii;
- 3) worek samorozprężalny typu AMBU z maską twarząwą.

Sprzęt znajduje się w miejscu udzielania świadczeń.

5. Warunki lokalowe

- 1) gabinet rehabilitacyjny;
- 2) gabinet do prowadzenia psychoterapii;
- 3) gabinet terapii zajęciowej;
- 4) sala dziennego pobytu.

6. Warunki lokalowe dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie

- 1) sale 1-2 łóżkowe z bezpośrednim

sąsiedztwem łazienki i dostępnością do wyłącznika światła dla pacjenta; w zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia: sale 1-2 łóżkowe z zapewnieniem dostępu do łóżka z trzech stron i swobodnego korzystania ze sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego;

- 2) gabinet lekarski i zabiegowo-pielęgniarski;
- 3) gabinet rehabilitacyjny;
- 4) akumulatorowe źródło światła aktywowane w przypadku awarii prądu, alternatywne źródło zasilania elektrycznego - generator prądu, słyszalny alarm respiratora.

II. Świadczenia gwarantowane udzielane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie

1. Wymagania dotyczące personelu

- 1) lekarz:
 - a) lekarz specjalista w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii lub
 - b) lekarz specjalista w dziedzinie: anesteziologii i intensywnej terapii i neurologii lub chorób płuc, lub
 - c) lekarz specjalista w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii i lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: anesteziologii i intensywnej terapii lub neurologii lub chorób płuc, lub
 - d) lekarz specjalista w dziedzinie anesteziologii i intensywnej terapii i lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny: anesteziologii i intensywnej terapii lub neurologii lub chorób płuc, lub

- e) lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii i lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny pediatrii - dotyczy opieki nad dziećmi i młodzieżą;
- 2) pielęgniarka: z rocznym doświadczeniem zawodowym oraz ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub opieki paliatywnej, lub opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej lub pielęgnowania pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, lub pielęgnowania dziecka wentylowanego mechanicznie, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów;
- 3) osoba, o której mowa w ppkt 3 pkt 1 części I.
- 2. Sprzęt medyczny i pomocniczy**
 - 1) respirator wyposażony w:
 - a) akumulator pozwalający na:
 - swobodne korzystanie z wózka inwalidzkiego,
 - podtrzymanie czynności respiratora do 4 godzin,
 - b) filtry powietrza w układzie,
 - c) komplet parametrów nastawnych,
 - d) 2 alarmy: rozłączenia układu i nadmiernego ciśnienia w drogach oddechowych;
 - 2) ssaki - zależnie od potrzeb pacjenta;
 - 3) przenośny aparat EKG;
 - 4) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej;
 - 5) zestaw do pielęgnacji tracheotomii - zależnie od potrzeb pacjenta;
 - 6) sprzęt niezbędny do obsługi respiratora, w tym jednorazowego użycia;
 - 7) pulsoksymetr;
 - 8) worek samorozprężalny typu AMBU z maską twarzewą;
 - 9) stetoskop;
 - 10) neseser pielęgniarski dla każdej pielęgniarki wyposażony w:
 - a) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku, w tym zestaw do wykonania iniekcji, przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonywania opatrunków, zestaw podstawowych narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny,
 - b) zestaw do założenia i usunięcia zgłębnika oraz do karmienia przez zgłębnik, stomię,
 - c) zestaw do karmienia i pielęgnacji przetoki,
 - d) zestaw do założenia, płukania i usunięcia cewnika,
 - e) pakiet do odkażania i dezynfekcji,
 - f) zestaw przeciwwstrząsowy,
 - g) glukometr,
 - h) termometr,
 - i) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
 - j) zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych,
 - k) środki ochrony osobistej: fartuchy, maseczki, rękawice.

Sprzęt określony w ppkt 1, 2 i 5-9 znajduje się w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, natomiast sprzęt określony w ppkt 3, 4 i 10 znajduje się w miejscu udzielania świadczeń.

3. Warunki lokalowe

- 1) pomieszczenie biurowe z telefo-

nem, sekretarką automatyczną i faksem;

- 2) pomieszczenie na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny;
- 3) telefony komórkowe dla lekarza i pielęgniarki.

4. Inne warunki udzielania świadczeń gwarantowanych

- 1) porady lekarskie w domu świadczeniobiorcy nie mniej niż 1 raz w tygodniu - dla każdego świadczeniobiorcy oraz stała dostępność w systemie zmianowym albo dyżurowym pod telefonem;
- 2) wizyty pielęgniarskie nie mniej niż 2 razy w tygodniu - dla każdego świadczeniobiorcy oraz stała dostępność w systemie zmianowym albo dyżurowym pod telefonem;
- 3) wizyty osoby, o której mowa w ppkt 3 pkt 1 części I, nie mniej niż 2 razy w tygodniu - dla każdego świadczeniobiorcy.

Maksymalna częstotliwość i ogólna liczba wizyt domowych, o których mowa w ppkt 2 i 3, jest ustalana indywidualnie przez lekarza udzielającego świadczeniobiorcy świadczeń gwarantowanych.

III. Świadczenia gwarantowane udzielane przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową

1. Wymagania dotyczące personelu

Pielęgniarka: z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie opieki długoterminowej, lub pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub pielęgniarstwa zachowawczego, lub pielęgniarstwa rodzinnego, lub pielęgniarstwa środowiskowego, lub pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub pielęgniarstwa pediatrycznego, lub pielęgniarstwa geriatrycznego, lub

pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub kursem specjalistycznym w zakresie opieki paliatywnej, lub w trakcie tych specjalizacji lub kursów.

2. Sprzęt medyczny i pomocniczy

Nesesor pielęgniarski dla każdej pielęgniarki wyposażony w:

- 1) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku, w tym zestaw do wykonania iniekcji, przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonywania opatrunków, zestaw podstawowych narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny;
- 2) zestaw do założenia i usunięcia zgłębnika oraz do karmienia przez zgłębnik, stomię;
- 3) zestaw do karmienia i pielęgnacji przetoki;
- 4) zestaw do założenia, płukania i usunięcia cewnika;
- 5) pakiet do odkażania i dezynfekcji;
- 6) zestaw do pielęgnacji tracheotomii;
- 7) zestaw przeciwwstrząsowy;
- 8) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego;
- 9) glukometr;
- 10) termometr;
- 11) zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych;
- 12) środki ochrony osobistej: fartuchy, maseczki, rękawice;
- 13) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
- 14) stetoskop.

Sprzęt znajduje się w miejscu udzielania świadczeń.

3. Warunki lokalowe

- 1) pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem;

- 2) pomieszczenie na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny;
- 3) telefon komórkowy.

4. Inne warunki udzielania świadczeń gwarantowanych

- 1) dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 800 do 2000;
- 2) dostępność w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy - w medycznie uzasadnionych przypadkach;
- 3) wizyty - nie mniej niż 4 razy w tygodniu;
- 4) liczba świadczeniobiorców objętych opieką, przebywających pod różnymi adresami zamieszkania - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego - pielęgniarka nie może

jednocześnie opiekować się więcej niż 6 świadczeniobiorcami;

- 5) liczba świadczeniobiorców objętych opieką, przebywających pod tym samym adresem zamieszkania (np. w domu pomocy społecznej) - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego - pielęgniarka nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 12 świadczeniobiorcami.

- 1) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 143, poz. 962, Nr 213, poz. 1396 i Nr 228, poz. 1486.
- 2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 144, poz. 1175 oraz z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 127, poz. 857.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia 12 stycznia 2011 r.

w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie

(Dz. U. z 2011 r. Nr 18, poz. 94)

§ 2.

Na podstawie art. 68 ust. 7 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ustala się wykaz produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym rodzajem świadczenia zdrowotnego - stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Ustala się wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez lekarza, lekarza dentystę, felczera lub starszego felczera - stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3.

Ustala się wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu

przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną - stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 4.

Produkty lecznicze wchodzące w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, ujęte w załącznikach nr 2 i 3 do rozporządzenia, o którym mowa w § 5, mogą być stosowane odpowiednio przez lekarza, lekarza dentyście, felczera lub starszego felczera oraz pielęgniarkę i położną do wyczerpania zapasów lub upływu okresu ich ważności.

§ 5.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostar-

czone w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. Nr 236, poz. 2000 oraz z 2006 r. Nr 204, poz. 1509).

§ 6.

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

Minister Zdrowia: E. Kopacz

- 1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).
- 2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679.

Załącznik nr 3

Wykaz produktów leczniczych wchodzących w skład zestawu przeciwwstrząsowego, ratującego życie, które mogą być podawane przez pielęgniarkę, położną

- 1) Glucosum 20 % - roztwór do wstrzykiwań;
- 2) Hydrocortisonum hemisuccinatum - proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji lub odpowiedniki terapeutyczne;
- 3) Natrii chloridum 0,9 % - roztwór do wstrzykiwań.

Płyny infuzyjne:

- 1) Glucosum 5 % - roztwór do infuzji;
- 2) Hydroxyethylamylum - roztwór 6 % o masie cząsteczkowej 130/0,4 lub 200/0,5 - roztwór do infuzji;
- 3) Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum dihydricum - (8,6 mg + 0,3 mg + 0,33 mg)/ml - roztwór do infuzji dożylnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia 21 grudnia 2010 r.

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

(Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697)

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1.

Dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.

§ 2.

1. Dokumentację stanowi:

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

2. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „podmiotem”;

2) dokumentację indywidualną zewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

3. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:

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

4. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

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

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

§ 3.

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

§ 4.

1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.
2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 5.

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

§ 6.

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

2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
3. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
4. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

§ 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 trzyznakowe rozwinięcie, należy podać trzy znaki.

§ 8.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 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 uzyskania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
- 3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej, dalej „ustawą”.

§ 9.

1. Osoba kierująca na badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
 - 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 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.

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

§ 10.

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

- 1) oznaczenie podmiotu:

- a) nazwę podmiotu,
- b) adres podmiotu, wraz z numerem telefonu,
- c) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm²⁾), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- f) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską - w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specja-

- listycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej,
- g) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę pielęgniarów i położnych - w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarów, położnych, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarów, położnych i grupowej praktyki pielęgniarów, położnych;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, w przypadku dziecka do 1 roku życia - także numer PESEL matki dziecka, a w razie braku numeru PESEL - serii i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
 - e) podpis;
 - 4) datę dokonania wpisu;
 - 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
 - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich,
 - e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach;
 - 6) inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.
2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w ust. 1 pkt 3 lit. a-d, oraz może zawierać podpis elektroniczny.

§ 11.

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

Rozdział 2

Dokumentacja w zakładzie opieki zdrowotnej

§ 12.

Szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:

- a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) sięgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
 - c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
 - 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;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach;
 - 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 13.

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

§ 14.

Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

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

§ 15.

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

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

mieszczące w historii choroby.

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

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

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

§ 16.

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

§ 17.

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

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;

2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;

3) tryb przyjęcia;

4) datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

5) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;

6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;

7) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

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

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

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

2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;

3) rozpoznanie ustalone przez lekarza albo połączną wystawiających skierowanie;

4) inne informacje, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;

5) datę wystawienia skierowania;

6) oznaczenie lekarza albo połącznej wystawiających skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 18.

1. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:
 - 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
 - 2) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
 - 3) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.
2. Do historii choroby w części, o której mowa w ust. 1, dołącza się:
 - 1) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji przebiegu porodu;
 - 2) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich;
 - 3) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgnarskich lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgnarskiej lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.
3. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji przebiegu porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.
4. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.
5. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgnarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad

pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgnarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.

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

§ 19.

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

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 6) datę wypisu.

§ 20.

Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 19 pkt 1-4, zawiera:

- 1) datę zgonu pacjenta, ze wskaza-

- niem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 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.

§ 21.

1. Niezwłocznie po urodzeniu noworodka zakłada się kartę noworodka.
2. Karta noworodka zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:
 - 1) numer w księdze noworodków, pod którym dokonano wpisu o urodzeniu;
 - 2) dane dotyczące matki noworodka:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) wiek,
 - 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-godzinny,
 - 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 (odślusowanie, 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-godzinny, oraz opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

§ 22.

1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby albo karty noworodka kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.
2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem.
3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane określone w § 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.
4. W przypadku, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy, dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łacińskim.
 5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 20 pkt 1, 2 i 4.
 6. Dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego są wydawane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 pkt 2. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.
 7. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, karta informacyjna z leczenia szpitalnego jest dołączana do historii choroby, a jej wydruk w postaci papierowej jest wydawany w dwóch egzemplarzach pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 pkt 2.

§ 23.

1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.
2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomicznym, który jest przechowywany przez podmiot wykonujący

- sekcję oraz dołączany do historii choroby.
3. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej protokół badania sekcyjnego jest sporządzany w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję, a drugi - jest dołączany do historii choroby.
 4. Historię choroby wraz z protokołem badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez lekarza kierującego oddziałem, w celu porównania rozpoznania klinicznego i epikryzy z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W przypadku rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz podaje ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.
 2. Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności historii choroby lub karty noworodka, przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.
 3. W przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 2, historia choroby jest przechowywana w komórce organizacyjnej udzielającej świadczenia zdrowotnego przez cały okres leczenia.

§ 26.

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-godzinny;
 - 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;
1. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby albo kartę noworodka do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.
 2. W przypadku, o którym mowa w § 23 ust. 4, lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

§ 24.

§ 25.

- 12) adnotacje o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;
- 13) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 14) informację o ewentualnym pobraniu opłat 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.

§ 27.

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.

§ 28.

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie

- z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta;
- 3) datę i godzinę dokonania wpisu;
- 4) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 lit. a, d i e ustawy;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 6) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem;
- 7) termin udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 8) datę i przyczynę skreślenia;
- 9) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 29.

Księga chorych oddziału, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 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.

§ 30.

Księga raportów lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu, 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.

§ 31.

Księga raportów pielęgniarskich 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.

§ 32.

Księga zabiegów zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;

- 3) datę wykonania zabiegu;
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - 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.

§ 33.

Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawiera:

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

§ 34.

Księga bloku porodowego albo sali porodowej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjentki w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjentki, a w razie braku numeru PESEL - 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-godzinny;
 - 10) datę porodu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
 - 11) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
 - 12) szczegółowy opis przebiegu porodu;
 - 13) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego albo sali porodowej, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
 - 14) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo sali porodowej;
 - 15) oznaczenie lekarza albo położnej przyjmującej poród, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
- 4) datę urodzenia noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
 - 5) dane dotyczące noworodka:
 - a) płeć,
 - b) masę ciała,
 - c) długość ciała,
 - d) ocenę według skali Apgar;
 - 6) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu - datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny oraz przyczynę zgonu.
2. W księdze noworodków wpisuje się noworodki urodzone w szpitalu.

§ 36.

Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

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

§ 35.

1. Księga noworodków zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny noworodka w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL matki noworodka, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

- 8) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 37.

1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym zakładzie przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, stosuje się odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14, 15, 17-20, 22, 24-26 i 28-31, z zastrzeżeniem, że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.
2. Do prowadzenia dokumentacji w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego stosuje się odpowiednio przepisy § 12, 15, 22, 24-26, 28-32 i 36.

§ 38.

1. Zakład opieki zdrowotnej lub jego komórka organizacyjna, w której czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin, sporządza i prowadzi:
 - 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
 - 2) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi zabiegów,
 - e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę obserwacji;
 - 2) kartę gorączkową;
 - 3) kartę zleceń lekarskich;
 - 4) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
 - 5) wyniki badań diagnostycznych;
 - 6) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.
3. Przepisy § 13-18, 22, 23, 25, 26, 28-33 i 36 stosuje się odpowiednio.

§ 39.

Do dokumentowania porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala stosuje się odpowiednio przepisy § 28 i 40-45.

§ 40.

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

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1-4;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi przyjęć,
 - b) kartoteki środowisk epidemiologicznych,
 - c) księgi pracowni diagnostycznej,
 - d) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
 - e) księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej.

§ 41.

1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w § 40.
2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w § 40.

§ 42.

1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo informacje dotyczące:
 - 1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
 - 2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
 - 3) opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych.
2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43-46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.³⁾), w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przyśługujące uprawnienia.
3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:
 - 1) przebytych chorobach;
 - 2) chorobach przewlekłych;
 - 3) pobytach w szpitalu;
 - 4) zabiegach lub operacjach;
 - 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
 - 6) uczuleniach;
 - 7) obciążeniach dziedzicznych.
4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:
 - 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
 - 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
 - 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
 - 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
 - 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
 - 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis;
 - 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
 - 8) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
 - 9) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:
 - 1) opis środowiska epidemiologicznego;
 - 2) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarstwa lub położniczej;
 - 3) rodzaj i zakres czynności pielęgniarstwa lub położniczej dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pie-

lęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;

- 4) oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
6. Do historii zdrowia i choroby dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.

§ 43.

1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciążarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:
 - 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia;
 - 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.
2. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3, oraz dodatkowo:
 - 1) oznaczenie grupy krwi;
 - 2) datę ostatniej miesiączki;
 - 3) przybliżony termin porodu;
 - 4) wynik pomiaru masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
 - 5) wzrost;
 - 6) liczbę poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych;
 - 7) czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych;
 - 8) opis wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
 - 9) datę rozpoznania ciąży - datę

pierwszej wizyty w związku z ciążą;

- 10) wyniki badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę.
3. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4, oraz dodatkowo:
 - 1) każdorazowo wynik pomiaru masy ciała;
 - 2) dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
 - 3) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

§ 44.

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.

§ 45.

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.

§ 46.

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

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

§ 47.

Do księgi pracowni diagnostycznej sporządzanej i prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 36.

§ 48.

Do księgi zabiegów sporządzanej

i prowadzonej przez zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 32.

§ 49.

Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi:

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

§ 50.

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) datę wezwania, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- 4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);
- 5) oznaczenie wzywającego;
- 6) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, i jego numer telefonu, jeżeli są znane;
- 7) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia (podstawowy albo specjalistyczny);
- 8) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinny przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;
- 9) oznaczenie godziny i minuty

w systemie 24-godzinny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;

10) informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego;

11) imię i nazwisko lub kod przyjmującego wezwanie oraz jego podpis.

§ 51.

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

§ 52.

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

2. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej - jest przekazywany do tego zakładu.

§ 53.

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

§ 54.

Pracownia diagnostyczna będąca odrębnym zakładem opieki zdrowotnej prowadzi księgę pracowni diagnostycznej zgodnie z § 36.

§ 55.

1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację:

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

2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:

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

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

- 1) opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 2) dane o użytych materiałach;
- 3) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
- 4) oznaczenie kierownika pracowni, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

4. Do karty zlecenia dołącza się zlecenie lekarza.

§ 56.

1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

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

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

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

- numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę zabiegu leczniczego;
 - 5) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.
3. Karta pacjenta zawiera informacje wymienione w ust. 2 oraz dodatkowo:
- 1) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
 - 2) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
 - 3) oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg leczniczy, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
4. Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy.

(...)

Rozdział 4

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

§ 62.

Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarki, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki albo grupowej praktyki pielęgniarki, zwanych dalej „praktyką pielęgniarki”, prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną w formie:
 - a) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
 - b) karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego,

- c) karty wizyty patronażowej;
- 2) zewnętrzną w formie opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

§ 63.

Położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki położnej albo grupowej praktyki położnej, zwanych dalej „praktyką położnej”, prowadzi dokumentację indywidualną:

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

§ 64.

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

§ 65.

1. Dokumentacja, o której mowa w § 62 pkt 1 oraz w § 63 pkt 1 lit. a i b, zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

- 1) informacje dotyczące stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta;
 - 2) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
 - 3) informacje dotyczące oceny środowiskowej;
 - 4) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich.
2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3.
 3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4 pkt 1-3 i 7.
 4. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

§ 66.

W przypadku przyjmowania porodu przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki położnej stosuje się odpowiednio przepisy § 16 i 21.

§ 67.

Do prowadzenia przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki położnej karty przebiegu ciąży stosuje się odpowiednio przepis § 43.

Rozdział 5

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

§ 68.

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

§ 69.

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

- 1) informacje dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych ucznia, w szczególności występujących w okresie 12 miesięcy przed badaniem;
- 2) informacje o problemach zgłaszanych przez przedstawiciela ustawowego ucznia;
- 3) informacje wychowawcy ucznia mające istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia, w szczególności o zachowaniu ucznia, osiągniętych wynikach w nauce, wykazywanych uzdolnieniach, sprawności fizycznej, absencji szkolnej, relacji z rówieśnikami, ewentualnych problemów szkolnych;
- 4) informacje pielęgniarki lub higienistki szkolnej o uczniu, w szczególności wyniki testów przesiewowych oraz informacje dotyczące wysokości i masy ciała ucznia, funkcjonowania narządu wzroku i słuchu, rozwoju układu ruchu, ciśnienia tętniczego krwi;
- 5) wyniki badania lekarskiego ucznia, w szczególności dotyczące wzrasta-

nia i rozwoju ucznia, stanu odżywienia, dojrzewania płciowego według skali Tannera od klasy III szkoły podstawowej, rozwoju psychospołecznego, funkcjonowania układów i narządów, stwierdzone problemy zdrowotne;

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

§ 70.

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

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

§ 71.

Dokumentacja zbiorcza uczniów uczęszczających do jednej klasy zawiera:

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

Rozdział 6

Przechowywanie dokumentacji

§ 72.

1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.
2. Dokumentacja zewnętrzna w postaci

zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

§ 73.

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

§ 74.

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

§ 75.

1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 8 pkt 2, za pokwitowaniem.
2. Do postępowania z dokumentacją będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 673, z późn. zm.⁴⁾) stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

§ 76.

1. W przypadku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej miejsce przechowywania dokumentacji określa:
 - 1) podmiot, który utworzył zakład;
 - 2) organ prowadzący rejestr zakładów opieki zdrowotnej, w przypadku gdy wykreślenie zakładu z rejestru nastąpiło w trybie i na

zasadach określonych w art. 15 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

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

§ 77.

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

§ 78.

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

§ 79.

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

Rozdział 8

Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

§ 80.

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

- 1) zabezpieczenie dokumentacji

przed uszkodzeniem lub utratą;

- 2) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;
- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
- 5) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;
- 6) eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;
- 7) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

§ 81.

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

w ust. 1, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta albo niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

§ 82.

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

§ 83.

1. Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:
 - 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
 - 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
 - 3) przekazanie papierowych wydruków - na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.
2. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.
3. W przypadku gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 2.
4. Do udostępniania dokumentacji w trybie określonym w § 75 ust. 1 i § 77 sto-

suje się odpowiednio przepisy ust. 1-3.

§ 84.

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

§ 85.

1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej sporządza się z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy.
2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy uwzględnia się:
 - 1) normy międzynarodowe;
 - 2) Polskie Normy;
 - 3) europejskie normy tymczasowe.

§ 86.

1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
 - 2) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
 - 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

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

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

matów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

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

Rozdział 9

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 87.

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

§ 88.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.⁵⁾

Minister Zdrowia: E. Kopacz

- 1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).
- 2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240 i Nr 181, poz. 1290, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 76, poz. 641, Nr 98, poz. 817, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1707 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620, Nr 107, poz. 679 i Nr 230, poz. 1507.
- 3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465 i Nr 238, poz. 1578.
- 4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i Nr 220, poz. 1600, z 2007 r. Nr

64, poz. 426, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 39, poz. 307 i Nr 166, poz. 1317 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 47, poz. 278 i Nr 182, poz. 1228.

- 5) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 83, poz. 903), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz szczegółowych warunków jej udostępniania przez pielęgniarkę, położną udzielającą świadczeń zdrowotnych (Dz. U. Nr 147, poz. 1437) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 oraz z 2007 r. Nr 160, poz. 1135), które tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 17 ustawy z dnia 24 kwietnia 2009 r. - Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641).



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Do Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

Uniwersytet Medyczny w Łodzi realizuje projekt „Opracowanie i wdrożenie programów kształcenia z zakresu medycyny i farmacji metodą e-learning na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet IV. Szkolnictwo wyższe i nauka, Działanie 4.1. Wzmocnienie i rozwój potencjału dydaktycznego uczelni oraz zwiększenie liczby absolwentów kierunków o kluczowym znaczeniu dla gospodarki opartej na wiedzy.

Zgodnie z przyjętą strategią Uczelni, mającą na celu wzmocnienie i rozwój potencjału dydaktycznego, projekt uzupełnia tradycyjny tok kształcenia nowoczesnymi formami nauki. Skierowany jest do studentów oraz absolwentów uczelni i szkół medycznych: lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, techników farmacji. W jego ramach został utworzony portal internetowy, na którym zamieszczane są materiały dydaktyczne w formie wykładowej. Wykłady, pogrupowane w kursy, dostępne są po rejestracji na portalu internetowym.

Portal znajduje się na witrynach internetowych: www.e-umed.pl oraz www.e-umed.lodz.pl.

Dzięki funduszom unijnym szkolenia są nieodpłatne. Uczestnictwo w kursach pozwala na uzyskanie bądź poszerzenie aktualnej i obiektywnej wiedzy w zakresie nauk medycznych.

Potrzeba ciągłego doskonalenia zawodowego jest niezwykle istotna w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Szczególnie serdecznie zapraszamy Państwa do korzystania z naszego portalu szkoleniowego.

Obecnie dostępnych jest czterdzieści osiem wykładów, których tematyka obejmuje:

- Współczesne problemy farmakoterapii chorób nowotworowych
- Choroby polekowe - zapobieganie, wykrywanie i leczenie
- Farmakoterapia chorób krwi i układu krwiotwórczego
- Postępy w farmakoterapii wybranych chorób skóry
- Współczesna antybiotykoterapia
- Współczesne metody leczenia otyłości
- Cukrzyca jako problem współczesnej medycyny

W załączniku przesyłamy szczegółowy wykaz prezentowanych tematów.

Zgodnie z założeniami projektu oferta edukacyjna będzie sukcesywnie poszerzana - w roku 2011 o dalsze czterdzieści wykładów.

Z poważaniem

Prof. dr hab. n. farm.

Elżbieta Mikiciuk-Olasik

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

UM w Łodzi Kierownik Projektu

1. Epidemiologia chorób polekowych, czynniki farmakokinetyczne i farmakodynamiczne odpowiedzialne za choroby polekowe

prof. dr hab. Elżbieta Nowakowska

Katedra i Zakład Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

2. Wprowadzenie do onkologii. Biologia molekularna raka.

prof. dr hab. n. farm. Marek Mirowski

Zakład Biochemii Farmaceutycznej Wydział Farmaceutyczny Uniwersytet Medyczny w Łodzi

3. Zasady leczenia nowotworów - leczenie chirurgiczne i radioterapia

lek. med. Katarzyna Borkowska

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi

4. Angiogeneza i rozprzestrzenianie się przerzutów

dr n. med. Sebastian Niedźwiecki

Klinika Chirurgii Endokrynologicznej, Ogólnej i Naczyniowej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

5. Nadwrażliwość i alergia na leki

prof. dr hab. Marek L. Kowalski,

dr n. med. Joanna Makowska

Klinika Immunologii, Reumatologii i Alergii Katedra Immunologii

Klinicznej i Mikrobiologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi

6. Postępy w farmakoterapii wybranych chorób nowotworowych (prostata, rak sutka, jajnika)

lek. med. Katarzyna Borkowska

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi

7. Polekowe choroby układu oddechowego: astma oskrzelowa poaspirynowa i skurcz oskrzeli, kaszel, zwłóknienie płuc

dr n. med. Barbara Korzycka-Zaborowska

Zakład Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

8. Postępy w farmakoterapii wybranych chorób nowotworowych (nowotwory płuc, jelita grubego, czerniak, białaczki)

dr n. med. Sylwia Dębska,

Klinika Chemioterapii Nowotworów Katedry Onkologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi

9. Zasady leczenia nowotworów - leczenie farmakologiczne

dr hab. Grażyna Biała

Katedra i Zakład Farmakologii z Farmakodynamiką Uniwersytet Medyczny w Lublinie

10. Polekowe choroby neurologiczne i psychiatryczne

Prof. dr hab. med. Elżbieta Czarnecka

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

11. Zapobieganie chorobom nowotworowym

dr Kamila Domińska

Zakład Endokrynologii Porównawczej Katedra Medycyny Porównawczej i Biotechnologii Uniwersytet Medyczny w Lublinie

12. Zasady leczenia nowotworów
- leczenie hormonalne, terapie biologiczne, terapia genowa
lek. med. Katarzyna Borkowska
Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi
13. Leczenie paliatywne, opieka farmaceutyczna
lek. med. Katarzyna Borkowska
Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi
14. Polekowe choroby naczyniowo-sercowe - zapobieganie, wykrywanie i leczenie. Bezpieczeństwo farmakoterapii chorób układu krążenia
prof. dr hab. n. med. Jarosław Drożdż
Klinika Kardiologii Szpitala Sterlinga I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii Uniwersytet Medyczny w Łodzi
15. Rola farmaceuty w profilaktyce chorób nowotworowych oraz optymalizacji terapii
lek. med. Katarzyna Borkowska
Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi
16. Polekowe choroby układu pokarmowego. Wykrywanie i zapobieganie
dr Magdalena Jasińska
Zakład Biofarmacji Uniwersytet Medyczny w Łodzi
17. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych terapii
dr n. farm. Anna Kamińska
Zakład Biofarmacji Katedry Biofarmacji Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytet Medyczny w Łodzi
18. Polekowe choroby układu pokarmowego. Leczenie
dr Magdalena Jasińska
Zakład Biofarmacji Wydział Farmaceutyczny Uniwersytet Medyczny w Łodzi
19. Hematologiczne choroby polekowe
dr Anna Szmigielska
Katedra i Klinika Hematologii Uniwersytet Medyczny w Łodzi
20. Polekowe zaburzenia metaboliczne
prof. Józef Drzewoski
Klinika Chorób Wewnętrznych z Oddziałem Diabetologii i Farmakologii Klinicznej Uniwersytet Medyczny w Łodzi
21. Otyłość jako problem zdrowotny. Medyczne i ekonomiczne implikacje otyłości. Wpływ otyłości na występowanie chorób cywilizacyjnych. Zespół metaboliczny
dr n. farm. Magdalena Jasińska
Zakład Biofarmacji Uniwersytet Medyczny w Łodzi
22. Patofizjologia otyłości. Zaburzenia równowagi energetycznej organizmu. Czynniki genetyczne
dr hab. n. med. Ewa Bojanowska
Zakład Patofizjologii Behawioralnej Uniwersytet Medyczny w Łodzi
23. Wpływ czynników fizjologicznych na farmakokinetykę leków - dystrybucja, metabolizm i wydalanie leków u osób otyłych
dr n. farm. Magdalena Jasińska
Zakład Biofarmacji Uniwersytet Medyczny w Łodzi
24. Współczesne metody leczenia nadwagi i otyłości. Farmakoterapia otyłości - leki zmniejszające apetyt, pobudzające termogenezę, hamujące wchłanianie tłuszczów, hormonalne
lek. med. Katarzyna Borkowska
Klinika Ginekologii Operacyjnej

*i Onkologii Uniwersytet Medyczny
w Lublinie*

25. Zasady prawidłowej diety.

**Diety stosowane w celu
zmniejszenia masy ciała.
Wysiłek fizyczny a otyłość**

dr n. farm. Magdalena Jasińska
*Zakład Biofarmacji Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

**26. Rola farmaceuty w profilaktyce
chorób cywilizacyjnych. Znaczenie
kontroli poziomu glukozy, acetonu,
cholesterolu, lipidów, pomiaru
ciśnienia krwi, wagi ciała**

dr n. farm. Joanna Sikora
*Zakład Chemii Farmaceutycznej
i Analizy Leków Uniwersytet Medycz-
ny w Łodzi*

27. Leki hamujące krzepnięcie krwi

prof. dr hab. n. med. Jarosław Drożdż
*Klinika Kardiologii Szpital Sterlinga
I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

28. Leki przeciwpłytkowe

prof. dr hab. n. med. Jarosław Drożdż
*Klinika Kardiologii Szpital Sterlinga
I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

**29. Leki fibrynolityczne
(trombolityczne)**

prof. dr hab. n. med. Jarosław Drożdż
*Klinika Kardiologii Szpital Sterlinga
I Katedra Kardiologii i Kardiochirurgii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

**30. Leki stosowane w niedokrwisto-
ściach**

mgr farm. Magdalena Markowicz
*Zakład Chemii Farmaceutycznej
i Analizy Leków Uniwersytet Medycz-
ny w Łodzi*

**31. Leki stosowane w chorobach
układu białokrwinkowego**

mgr farm. Magdalena Markowicz
*Zakład Chemii Farmaceutycznej
i Analizy Leków Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

**32. Regulacja gospodarki węglowoda-
nowej. Patomechanizm rozwoju
cukrzycy typu I i typu II**

dr n. med. Agata Sakowicz
*Zakład Biotechnologii Medycznej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

**33. Diagnostyka i monitorowanie
leczenia cukrzycy; kryteria
rozpoznania. Cukrzyca a inne stany
hiperglikemiczne**

dr n. farm. Aleksandra Sałagacka
*Zakład Biochemii Farmaceutycznej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

**34. Farmakoterapia cukrzycy. Rodzaje
i właściwości preparatów insuliny**

dr Mariusz Panczyk
*Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet
Medyczny w Warszawie*

**35. Farmakoterapia cukrzycy. Doustne
leki przeciwcukrzycowe (mechani-
zmy działania, przeciwwskazania,
działania niepożądane)**

dr Mariusz Panczyk
*Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet
Medyczny w Warszawie*

**36. Cukrzyca w przebiegu ciąży
i u dzieci**

lek. med. Katarzyna Borkowska
*Klinika Ginekologii Operacyjnej
i Onkologii Uniwersytet Medyczny
Lublinie*

**37. Powikłania w przebiegu cukrzycy.
Niefarmakologiczne aspekty lecze-
nia cukrzycy**

dr n. farm. Aleksandra Sałagacka

*Zakład Biochemii Farmaceutycznej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

**38. Klasyfikacja antybiotyków,
mechanizmy działania, skuteczność
i bezpieczeństwo antybiotykoterapii**

mgr farm Michał Karbownik
*Zakład Farmakologii Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

**39. Oporność na antybiotyki. Monito-
rowanie ordynacji antybiotyków
w świetle problemu narastania
oporności**

dr n. farm. Małgorzata Różalska
*Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

**40. Rola właściwości farmakokinetycz-
nych w ocenie i wyborze
antybiotyków**

mgr farm Michał Karbownik
*Zakład Farmakologii Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

**41. Interakcje antybiotyków z innymi
równocześnie stosowanymi lekami**

dr n. farm. Anna Wiktorowska-
-Owczarek
*Zakład Farmakologii Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

**42. Biofarmaceutyczne aspekty stoso-
wania leków podawanych na skórę**

mgr farm Magdalena Markowicz
*Zakład Chemii Farmaceutycznej
i Analizy Leków Uniwersytet Medycz-
ny w Łodzi*

**43. Epidemiologia, etiopatogeneza,
czynniki ryzyka, postacie kliniczne**

**i strategię terapeutyczne leczenia
łuszczycy**

dr n. farm Jan Szuszkiewicz
*Zakład Biofarmacji Uniwersytet
Medyczny w Łodzi*

**44. Epidemiologia, etiopatogeneza,
czynniki ryzyka, postacie kliniczne
i postępowanie lecznicze w trądzi-
ku popołitym**

mgr Magdalena Kusowska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**45. Epidemiologia, etiopatogeneza,
czynniki ryzyka i możliwości
farmakoterapii opryszczki wargow-
wej i półpaśca**

lek. Med. Katarzyna Borkowska-
Mękarska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**46. Epidemiologia, etiopatogeneza,
czynniki ryzyka i farmakoterapia
infekcji bakteryjnych oraz zakażeń
grzybiczych skóry i paznokci**

mgr Magdalena Kusowska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**47. Profilaktyka i leczenie łupieżu
oraz chorób pasożytniczych skóry
owłosionej**

mgr Magdalena Kusowska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**48. Etiopatogeneza i leczenie skórnych
zmian polekowych**

mgr farm Magdalena Markowicz
*Zakład Chemii Farmaceutycznej
i Analizy Leków Uniwersytet Medycz-
ny w Łodzi*



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIWERSYTET
MEDYCZNY
W ŁÓDZI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





Spółka z o.o. „Promocja i Zdrowie” ogłasza nabór na następujące formy kształcenia podyplomowego:

Kursy kwalifikacyjne:

1. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek
2. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej dla pielęgniarek
3. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek
4. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego dla pielęgniarek
5. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek
6. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek
7. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania dla pielęgniarek
8. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek

Kursy specjalistyczne:

1. Kurs specjalistyczny w zakresie leczenia ran dla pielęgniarek
2. Kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych dla pielęgniarek
3. Kurs specjalistyczny w zakresie endoskopii dla pielęgniarek
4. Kurs specjalistyczny w zakresie leczenia ran dla położnych
5. Kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej dla pielęgniarek i położnych
6. Kurs specjalistyczny w zakresie terapii bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych
7. Kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej dla pielęgniarek i położnych
8. Kurs specjalistyczny w zakresie wykonania i interpretacji zapisu ekg dla pielęgniarek i położnych

Rozpoczęcie kursu nastąpi z chwilą zebrania grupy co najmniej 30-osobowej

Wniosek o dopuszczenie do specjalizacji/kursu kwalifikacyjnego/ specjalistycznego/dokształcającego*

tytuł specjalizacji / kursu*

dla pielęgniarek / położnych*

1. Imię (imiona) i nazwisko

2. Imię ojca Nazwisko rodowe

3. Data i miejsce urodzenia

4. PESEL

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

5. Adres zameldowania

--	--

 -

--	--	--	--

kod

miejsowość

ulica

nr domu

nr mieszkania

6. Adres do korespondencji

--	--

 -

--	--	--	--

kod

miejsowość

ulica

nr domu

nr mieszkania

Nr telefonu
praca dom tel. komórkowy

7. Wykształcenie zawodowe rok ukończenia szkoły

8. Nazwa i adres szkoły

9. Rok uzyskania dyplomu pielęgniarzki/położnej*

10. Numer i rok wydania zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
pielęgniarzki/położnej* wydane przez

11. Nazwa i adres zakładu pracy oraz zajmowane stanowisko

12. Staż pracy w zawodzie na obecnym stanowisku

13. Odbyte szkolenia podyplomowe

Potwierdzam zgodność danych zawartych w zgłoszeniu

.....
miejsowość, data

.....
podpis kandydata

* niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy dołączyć:

- dokumenty potwierdzające staż pracy w zawodzie: specjalizacji - min. 2 lata, kurs kwalifikacyjny - min. 1 rok, kurs specjalistyczny - min. 3 m-ce
- skierowanie pracodawcy, jeśli kandydat odbywa szkolenia na jego wniosek
- kserokopie zaświadczeń o odbytych kursach podyplomowych
- kserokopię dyplomu magistra pielęgniarstwa

SERDECZNIE GRATULUJEMY

WYGRANIA KONKURSU:

PANI ANNIE CHAŁAK-RADZIEJSKIEJ

- na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Pulmonologii
Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu

PANI MGR JADWIDZE DROŹDŹ

- na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii
i Intensywnej Terapii Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego
w Nowym Sączu

PANI MGR KRYSZTYNIE NOSAL

- na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii
Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego
w Nowym Sączu

PANI URSZULI OLEKSY

- na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Urologicznego
Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu

oraz powołanym:

PANI HALINIE KOŻUCH-KAWA

- na stanowisko Położnej Oddziałowej Oddziału
Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Specjalistycznego
im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu

PANI LILIANIE PAWLIK

- na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego
Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu

Życzymy dalszych sukcesów zawodowych
i w życiu osobistym.

*Przewodnicząca OR NOIPIP
mgr Bożena Hudzik
i Zespół Redakcyjny*



INFORMACJE

Biuro NOIPiP w Nowym Sączu
ul. Kilińskiego 68, 33-300 Nowy Sącz, tel. (018) 443 78 83

Czynne: poniedziałek, środa, czwartek - 8.00 - 15.00, wtorek, piątek - 8.00 - 18.00.

Informacji na temat realizacji zadań Okręgowej Rady udzielają:

Przewodnicząca - mgr Bożena Hudzik
we wtorek i piątek w godzinach 16.00 - 18.00

V – ce przewodnicząca mgr Halina Zarotyńska
*- w poniedziałek 8.00 - 15.00, wtorek 8.00 - 17.00,
środę 8.00 - 15.00, czwartek 8.00 - 15.00, piątek 8.00 - 14.00.*

Pracownik Biura — Elżbieta Prusak — dział prawa wykonywania zawodu
- od poniedziałku do piątku w godzinach: 9.00 - 14.00

Skarbnik — mgr Krystyna Nosal
pełni dyżur we wtorek, piątek w godzinach: 15.15 - 17.00

Radca Prawny OIPiP w Nowym Sączu:
Porady prawne w zakresie prawa pracy oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu
mgr Aleksandra Pietrzak - w każdy wtorek w godzinach: 14.00 - 16.00

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Piotr Pastuszak - pełni dyżur w dniach posiedzeń POR i OR w godzinach 14.30-15.30

Przewodnicząca Okręgowego Sądu — mgr Elżbieta Rafa
pełni dyżur w dniach posiedzeń POR i OR, w godzinach 14.30-15.30

Biblioteka i czytelnia: codziennie - w godzinach: 9.00 - 14.00

