

KARTA INFORMACJI do BIP

Stanowisko pracy

.....

ds. organizacyjnych

.....

NOr

Nazwa jednostki /komórki Organizacyjnej

(skrót oznaczenia jedn/kom. Organ.)

data przekazania do publikacji:

Tytuł informacji (czego dotyczy):

**ZARZĄDZENIE NR 18 /2014
DYREKTORA SPZZOZ – SZPITALA W IŁŻY
Z DNIA 28. 05. 2014 r.
W sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w działach szpitala**

Czas udostępnienia informacji (data):

BEZTERMINOWO

Od 25.11. 2010.... r. Do 200....r.

Miejsce publikacji informacji na stronie BIP: **ZARZĄDZENIA**

osoba wytwarzająca informację publiczną :

Barbara

Imię:

Nowak

Nazwisko:

.....
podp

is

Osoba odpowiedzialna za treść informacji na BIP:

Barbara

Imię:

Nowak

Nazwisko:

.....
podpis

Akceptacja kierownika komórki organizacyjnej

.....
(pieczętka i podpis)

**ZARZĄDZENIE NR 18 /2014
DYREKTORA SPZZOZ – SZPITALA W IŁŻY
Z DNIA 28. 05. 2014 r.**

W sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w działach szpitala

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2012 poz.159 j.t. ze zm). Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2014 poz.117 j.t.) zarządza się prowadzenie dokumentacji indywidualnej wewnętrznej w następujący sposób:

§ 1

W skład indywidualnej dokumentacji medycznej wchodzi:

Część A

1. Historia choroby działu, na który pacjent jest przyjmowany, zakładana w Izbie Przyjęć;
2. Skierowanie do szpitala przypięte do 2 str. Historii choroby lub Karty Medycznych Czynności Ratunkowych ;
3. 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, przypięte do strony 2;
4. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo braku takiego upoważnienia, przypięte do strony 2;
5. Kopia EKUZ lub oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej składane przez przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego lub oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku braku akceptacji w systemie e-WUŚ do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej – wypełniane przez personel Izby Przyjęć;
6. Karta zgłoszenia nowotworu złośliwego, która po dostarczeniu do Działu Analiz, Statystyki Medycznej i Marketingu jest wysyłana do Warszawskiego Rejestru Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej – Curie, ul. W. K. Roentgena 5, 02 – 781 Warszawa;
7. Karta statystyczna szpitalna ogólna;
8. Karta informacyjna;

9. Karta punktacji pacjenta w skali TISS 28;
10. Karta gorączkowa;
11. Indywidualna karta zleceń lekarskich;
12. Indywidualna karta zleceń lekarskich – badania;
13. Karta obserwacyjna;
14. Karta indywidualnej pielęgnacji;
15. Karta cukrzycowa;
16. Informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody na przeprowadzenie leczenia operacyjnego/zabiegu diagnostycznego/badania diagnostycznego, zgoda na zabieg operacyjny/zabieg diagnostyczny/badanie diagnostyczne zgodnie z obowiązującymi wzorami;
17. Okołooperacyjna karta kontrolna;
18. Określenie czynnika ryzyka żyłnej choroby zakrzepowej;
19. Karta badania przedoperacyjnego;
20. Karta znieczulenia;
21. Karta obserwacji wkluc obwodowych;
22. Karta obserwacji centralnego cewnika naczyniowego;
23. Karta wywiadu epidemiologicznego;
24. Wkładka do historii choroby-obserwacje pacjenta;
25. Badanie przedmiotowe/układ krążenia;
26. Karta obserwacji ran chirurgicznych;
27. Karta badania piersi u kobiet;
28. Karta obserwacji porodu;
29. Historia rozwoju noworodka;
30. Karta przesiewowego badania słuchu;
31. Skala ciężkości zatrucia (POISONING SEVERITY SCORE) – PSS;
32. Formularz przesiewowej oceny stanu zdrowia;
33. Karta oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala / czynniki ryzyka zakażenia występujące w trakcie hospitalizacji;
34. Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia;
35. Karta kwalifikacji dorosłych do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego;
36. Karta żywienia pozajelitowego dorosłych / karta metaboliczna;
37. Karta kwalifikacji dzieci do leczenia żywieniowego / karta modyfikacji żywienia dzieci;
38. Karta monitorowania leczenia żywieniowego dzieci;
39. Karta wywiadu epidemiologicznego dotycząca zachorowań pacjenta na WZW typu B i C;
40. Karta rejestracji zakażenia szpitalnego;
41. Bilans płynów;
42. Działania podejmowane przez Pielęgniarkę w pielęgnacji Pacjenta z odleżyną/dokumentacja dotycząca pielęgnowania chorego w przypadku wystąpienia odleżyny;
43. Oświadczenie – odstąpienie od sekcji zwłok;
44. Protokół badania sekcyjnego.

Część B: Wyniki badań wykonanych w trakcie hospitalizacji:

1. Wyniki badań laboratoryjnych,
2. Wyniki badań: gastrokopii, kolonoskopii,
3. EKG,
4. RTG,
5. USG,
6. UKG,
7. Holter RR,
8. Holter EKG,
9. Próba wysiłkowa,
10. TK,
11. MR,
12. Wynik grupy krwi, wynik próby zgodności,
13. Wyniki posiewów,
14. Wyniki badania histopatologicznego,
15. Inne,

Część C dokumentacja zewnętrzna Pacjenta:

1. Kopie wyników badań;
2. Zaświadczenia dotyczące wcześniejszego leczenia, PUP, MOPS itp.;
3. Kopie Kart Informacyjnych z poprzednich hospitalizacji.

§ 2

Wszystkie dokumenty winny być ułożone zgodnie z powyższą chronologią, zgodnie z obowiązującymi dokumentami w poszczególnych działach szpitala, każda strona winna być dokładnie wypełniona, ponumerowana (np.: A1.....A33, B1...B11, C1...C21), podpisana imieniem i nazwiskiem pacjenta, nr PESEL. Każdy wpis w dokumentacji medycznej winien być dokonany chronologicznie, podpisany przez osobę dokonującą wpisu wraz z oznaczeniem nazwiska i imienia, tytułu zawodowego, uzyskane kwalifikacje, nr prawa wykonywania zawodu, podpis (pieczęć i podpis personelu).

Wpisy muszą być czytelne.

§ 3

Za prowadzenie dokumentacji medycznej w działach szpitala odpowiada:

1. Ordynator/Kierownik działu, któremu zakończoną historię choroby lub kartę noworodka przedkłada do akceptacji i podpisu lekarz prowadzący;
2. Lekarz prowadzący / wypisujący pacjenta;
3. Pielęgniarka koordynująca nadzorująca pracę innych pielęgniarek w zakresie dokumentacji pielęgniarskiej;
4. Sekretarka medyczna odpowiedzialna za chronologiczne ułożenie dokumentacji, oznaczenie każdej strony.
5. Dyrektor ds. lecznictwa jako osoba nadzorująca działalność medyczną w SP ZZOZ Szpital w Ilży.

§ 4

Zakończona historia choroby winna być zdana dnia następnego po wypisie / zgonie pacjenta do Działu Analiz, Statystyki Medycznej i Marketingu za co odpowiada Ordynator / Kierownik działu.

§ 5

Niniejsze zarządzenie wchodzi w życie z dniem 06. 06. 2014 roku.

Otrzymują: NL, NS, Izba Przyjęć, Działy SP ZZOZ Szpital w Iłży.

Zatwierdził:

D Y R E K T O R

Sam

odzielnego Publicznego Zespołu

Zakładów Opieki

Zdrowotnej Szpital w Iłży

nieczytelny podpis
mgr inż. Zbigniew Deja

.....
Inspektor ds. informacji niejawnych

.....
Pieczęć i podpis Dyrektora