

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia 19 września 2007 r.

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania

Na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Przepisy rozporządzenia nie naruszają odrębnych przepisów regulujących szczegółowe zasady

¹⁾ 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.

sporządzania i prowadzenia dodatkowej dokumentacji w celach określonych w tych przepisach.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu wyrażenia oznaczają:

- 1) zakład — zakład opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności;
- 2) szpital — szpital będący jednostką organizacyjną zakładu;
- 3) osadzony — skazanego, tymczasowo aresztowanego, ukaranego oraz osobę, wobec której zastosowano środek przymusu skutkujący pozbawieniem wolności;

- 4) książka zdrowia — książkę zdrowia osadzonego;
- 5) dokumentacja — dokumentację medyczną;
- 6) zakład karny — także areszt śledczy;
- 7) ustawa — ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 3. 1. Dokumentacja dzieli się na:

- 1) dokumentację indywidualną — odnoszącą się do poszczególnych osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu;
- 2) dokumentację zbiorczą — odnoszącą się do ogółu osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup osadzonych.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, jest prowadzona w formie pisemnej lub elektronicznej.

§ 4. Zbiory informacji objętych dokumentacją mogą być sporządzane i utrwalane na elektronicznych nośnikach informacji pod warunkiem:

- 1) zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji;
- 2) zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 3) zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem;
- 4) sporządzania zbioru informacji w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji indywidualnej w sposób określony w § 3 ust. 2.

§ 5. Przy dokonywaniu wpisów w dokumentacji dotyczących czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i zgonów płodów stosuje się kryteria oceny określone w rozporządzeniu 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).

§ 6. 1. Dokumentację należy prowadzić czytelnie, w języku polskim.

2. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu podpisem osoby go sporządzającej, z podaniem danych ją identyfikujących.

3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia.

4. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji odpowiada kierownik zakładu.

§ 7. 1. Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby zakładu, oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie oraz uprawnionych organów.

2. Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są w szczególności: książka zdrowia oraz historia choroby.

3. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności: karta przebiegu ciąży oraz karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

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

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

- 1) nazwę zakładu, w którym sporządzono dokumentację lub w którym dokonywany jest wpis do dokumentacji;
- 2) dane identyfikujące pacjenta:
 - a) nazwisko, imię (imiona) oraz imię ojca,
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
 - e) numer PESEL, a w przypadku jego braku — rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) dane identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych lub osoby dokonującej wpisu do dokumentacji:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) w przypadku lekarza — uzyskane specjalizacje oraz numer prawa wykonywania zawodu,
 - d) podpis;
- 4) datę dokonania wpisu;
- 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego, uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności:
 - a) opis wykonywanych czynności lekarskich lub pielęgnarskich,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych świadectwach lub zaświadczeniach lekarskich;
- 6) informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

2. Każdy z dokumentów będący częścią dokumentacji musi umożliwiać identyfikację osadzonego, którego dotyczy, oraz osoby sporządzającej dokument, a także być opatrzony datą jego sporządzenia.

3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osadzonego, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, chyba że inne oznaczenie tożsamości znajduje się w dokumentach stanowiących podstawę wykonywania pozbawienia wolności.

4. Do prowadzonej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

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

§ 9. Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera numer kolejny wpisu, dane wymienione w § 8 ust. 1 pkt 2 lit. a i b, pkt 3 lit. a i pkt 4 oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, zwięzłe informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja w szpitalach

§ 10. Szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, składającą się co najmniej z historii choroby oraz książki zdrowia, której wzór stanowi załącznik do rozporządzenia, w której dokonuje się wpisu określającego:
 - a) powód odmowy przyjęcia osadzonego do szpitala oraz wydane w takim przypadku zalecenia,
 - b) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu, potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego,
 - c) miejsce i okres hospitalizacji, rozpoznanie ostateczne oraz — jeżeli zachodzi taka potrzeba — opinię o zdolności osadzonego do transportu i jego sposobie;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną, składającą się w szczególności z:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi raportów lekarskich,
 - e) księgi raportów pielęgniarских,
 - f) księgi zabiegów,
 - g) księgi bloku lub sali operacyjnej bądź porodowej,
 - h) księgi pracowni diagnostycznej,
 - i) skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza zakładem;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną składającą się co najmniej z karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, o której mowa w § 18, oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach;

4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną, składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 11. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości. Przepisy § 8 ust. 1 pkt 2 lub ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 12. 1. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, a w szczególności:
 - a) kart indywidualnej pielęgnacji,
 - b) kart obserwacji, w tym karty gorączkowej,
 - c) kart zleceń lekarskich,
 - d) formularza zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla osadzonego,
 - e) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
 - f) wyników badań diagnostycznych,
 - g) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby.

2. Do historii choroby można dołączyć na czas pobytu pacjenta w szpitalu:

- 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego;
- 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne zakładu i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta.

3. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt 1, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji szpitala.

§ 13. Formularz historii choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

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

§ 14. Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 8 ust. 1 pkt 1—4 oraz dodatkowo:

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

- 2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta na oddział, wraz z numerem księgi oddziału;
- 3) dane identyfikujące lekarza kierującego na badania lub leczenie;
- 4) adres wraz z kodem pocztowym i numerem telefonu przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez pacjenta oraz osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych;
- 5) pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala w formie wymaganej odrębnymi przepisami;
- 6) pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia;
- 7) adnotację o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o prawach wynikających z odrębnych przepisów, na zasadach określonych w tych przepisach;
- 8) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego na badania lub leczenie;
- 9) datę przyjęcia pacjenta — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 10) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
- 11) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 12) dane identyfikujące lekarza przyjmującego i jego podpis.

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

- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 2) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta;
- 3) informacje o zaleceniach lekarskich;
- 4) wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych;
- 5) ocenę stanu zdrowia w związku z zastosowaniem oraz w trakcie i po zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego;
- 6) opinie o dopuszczalności wymierzenia i wykonywania kary dyscyplinarnej umieszczenia w celi izolacyjnej;

- 7) opinie o zasadności — ze względu na stan zdrowia — odroczenia, przerwania lub zmiany na inne wymierzonych lub wykonywanych kar dyscyplinarnych;
- 8) o ile to konieczne — adnotacje o zdolności albo niezdolności osadzonego do transportu.

2. Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora.

3. Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę na pacjentem. Funkcjonariusz Służby Więziennej lub pracownik zakładu przyjmujący zlecenie dokonuje adnotacji o przyjęciu zlecenia i opatruje je podpisem.

4. Wpisy w kartach, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 lit. a—d, są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 16. 1. Historia choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numer statystyczny choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 3) zastosowane leczenie, wykonane badania i zabiegi diagnostyczne oraz zabiegi operacyjne z podaniem numeru statystycznego procedury, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala, zgodnie z art. 22 ustawy;
- 6) datę wypisu.

2. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi oddziału.

§ 17. Historia choroby w razie zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 16 ust. 1 pkt 1—4, zawiera:

- 1) datę zgonu pacjenta — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 2) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce;
- 4) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, jeżeli taka sytuacja miała miejsce.

§ 18. 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w trzech równobrzmiących egzemplarzach. Karty informacyjne podpisuje lekarz wypisujący i ordynator oddziału. Przepisy § 8 ust. 1 pkt 1—3 stosuje się odpowiednio.

2. W karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać:

- 1) rozpoznanie choroby;
- 2) wyniki badań diagnostycznych, konsultacyjnych;
- 3) zastosowane leczenie;
- 4) zalecenia dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, w przypadku zgonu pacjenta, zawiera dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1—3 oraz w § 17 pkt 1, 2 i 4.

4. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci — osobie, o której mowa w § 14 pkt 6.

5. Pozostałe egzemplarze kart informacyjnych dołącza się do historii choroby oraz książki zdrowia.

§ 19. Księga główna przyjęć i wypisów opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz numerem księgi i zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę przyjęcia osadzonego — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) o ile to konieczne — numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego oraz określenie organu, który wystawił ten dokument;
- 5) rozpoznanie wstępne;
- 6) rozpoznanie przy wypisie;
- 7) rodzaj leczenia, w tym wszystkie zabiegi operacyjne;
- 8) datę wypisu lub zgonu osadzonego;
- 9) adnotacje o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy;
- 10) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych, określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

§ 20. Księga oczekujących na przyjęcie do szpitala opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę zgłoszenia osadzonego;

- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) rozpoznanie określone przez lekarza kierującego na badanie lub leczenie;
- 5) dane identyfikujące lekarza, a w przypadku gdy zlecającym jest lekarz innego zakładu, także dane identyfikujące ten zakład;
- 6) ustaloną datę planowego przyjęcia oraz nazwę oddziału.

Dane określone w pkt 1—6 są grupowane w odniesieniu do każdego oddziału szpitala.

§ 21. Księga chorych oddziału, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą oddziału, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę przyjęcia — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) numer księgi głównej przyjęć i wypisów oraz numer kolejny osadzonego w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 4) dane identyfikujące osadzonego;
- 5) dane identyfikujące lekarza prowadzącego;
- 6) datę i godzinę wypisu, przeniesienia na inny oddział albo zgonu osadzonego;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o zgonie;
- 9) adnotację o miejscu, dokąd osadzony został wypisany;
- 10) dane identyfikujące lekarza wypisującego.

§ 22. Księga raportów lekarskich, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą oddziału, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;
- 3) treść raportu uwzględniającą w szczególności: opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu oraz jego podpis.

§ 23. Księga raportów pielęgniarskich, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą oddziału, zawiera:

- 1) datę sporządzenia raportu;
- 2) treść raportu uwzględniającą w szczególności: opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 3) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu oraz jej podpis.

§ 24. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym jest lekarz innego zakładu, także dane identyfikujące ten zakład;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 6) dane identyfikujące lekarza lub inną osobę uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych i jej podpis.

§ 25. Księga bloku lub sali operacyjnej oraz księga sali porodowej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) dane identyfikujące osadzonego;
- 3) nazwę oddziału, na którym osadzony przebywał;
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne i dane identyfikujące lekarza kierującego na zabieg operacyjny, a jeżeli kierującym jest inny zakład, także dane identyfikujące ten zakład;
- 5) dane identyfikujące lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu operacyjnego;
- 6) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu operacyjnego — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinny;
- 7) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu operacyjnego;
- 8) szczegółowy opis zabiegu, operacji albo porodu wraz z rozpoznaniem, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg, operację albo odbierającą poród;
- 9) rodzaj znieczulenia zastosowanego u osadzonego i jego szczegółowy opis podpisany przez lekarza anestezjologa;
- 10) dane identyfikujące osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego lub zespołu porodowego oraz ich podpisy z wyszczególnieniem osoby wykonującej operację, zabieg lub odbierającą poród oraz ich podpisy.

§ 26. Księga pracowni diagnostycznej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej, zawiera:

- 1) numer kolejny osadzonego w księdze;
- 2) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;

4) nazwę komórki organizacyjnej, zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny zakład, także dane identyfikujące ten zakład;

5) dane identyfikujące lekarza zlecającego badanie;

6) adnotację o rodzaju i wyniku badania;

7) dane identyfikujące osoby wykonującej badanie.

Rozdział 3

Dokumentacja zakładu udzielającego świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych

§ 27. Zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie książki zdrowia;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, z wyłączeniem karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi przyjęć prowadzonej odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej,
 - b) księgi pracowni diagnostycznej,
 - c) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
 - d) księgi konsultacji i badań diagnostycznych,
 - e) księgi izby chorych.

§ 28. W książce zdrowia dokonuje się wpisów dotyczących:

- 1) badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz leczenia — wyniki wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, badań dodatkowych, rozpoznanie, zalecenia diagnostyczne i lecznicze, wydane protezy i środki pomocnicze;
- 2) skierowania, wyników badań, zaleceń w trakcie pobytu oraz czasu pobytu i rozpoznania związanych z pobytem w izbie chorych;
- 3) leczenia stomatologicznego — rozpoznanie, zastosowane leczenie i zalecenia diagnostyczne lub lecznicze;
- 4) sytuacji określonych w § 15 ust. 1 pkt 5—8.

§ 29. 1. Książka zdrowia zawiera w szczególności dane identyfikujące pacjenta, informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów oraz porad ambulatoryjnych.

2. W książce zdrowia w zakresie porad ambulatoryjnych umieszcza się:

- 1) datę porady ambulatoryjnej;
- 2) dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;

- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacyjnych;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach i przepisanych produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
- 6) wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) dane identyfikujące lekarza i jego podpis.

3. Zalecenia o leczeniu farmakologicznym obejmują nazwę środka farmakologicznego, jego dawkowanie oraz czas trwania leczenia.

4. Do książki zdrowia można dołączać kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innych dokumentów medycznych przedstawionych przez pacjenta oraz adres wraz z kodem pocztowym i numerem telefonu przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub osoby uprawnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

5. Do książki zdrowia dołącza się pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci pacjenta, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia.

§ 30. 1. Zakład sprawujący opiekę nad kobietą ciążarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera pogrupowane dane i informacje:

- 1) identyfikujące:
 - a) zakład zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 1,
 - b) kobietę ciążarną zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 2,
 - c) lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 3;
- 2) o ogólnym stanie zdrowia;
- 3) o poradach ambulatoryjnych.

2. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o ogólnym stanie zdrowia, lekarz dokonuje wpisów dotyczących w szczególności:

- 1) grupy krwi;
- 2) daty ostatniej miesiączki;
- 3) przybliżonego terminu porodu;
- 4) masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
- 5) wzrostu;
- 6) liczby ciąż i porodów, z uwzględnieniem sposobu ich zakończenia;
- 7) czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebiegających;

8) opisu wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;

9) daty rozpoznania ciąży — daty pierwszej wizyty w związku z ciążą;

10) wyników badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę.

3. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o poradach ambulatoryjnych, lekarz dokonuje wpisów, zgodnie z § 29 ust. 2, oraz dodatkowo wpisuje ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu.

4. Kartę przebiegu ciąży dołącza się do książki zdrowia.

§ 31. Księga przyjęć opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę przyjęcia osadzonego;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) o ile to konieczne — numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego oraz określenie organu, który wystawił ten dokument;
- 5) dane identyfikujące oraz podpis osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego;
- 6) rozpoznanie;
- 7) zalecenia diagnostyczne lub lecznicze;
- 8) dane identyfikujące osobę przyjmującą zalecenia określone w pkt 7.

§ 32. Do księgi pracowni diagnostycznej sporządzanej i prowadzonej przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 26.

§ 33. Do księgi zabiegów sporządzanej i prowadzonej przez zakład udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 24.

§ 34. Księga konsultacji i badań specjalistycznych opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę zlecenia badania lub konsultacji;
- 3) dane identyfikujące osadzonego;
- 4) datę realizacji badania lub konsultacji;
- 5) wynik badania, zalecenia diagnostyczne lub lecznicze — o ile nie zostały wpisane do książki zdrowia.

§ 35. Księga izby chorych opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) rozpoznanie wstępne;
- 3) dane identyfikacyjne osadzonego;
- 4) datę umieszczenia osadzonego w izbie chorych;
- 5) datę wypisania osadzonego z izby chorych;
- 6) liczbę dni pobytu osadzonego w izbie chorych;
- 7) rozpoznanie ostateczne.

Rozdział 4

Świadectwa lekarskie

§ 36. 1. Lekarz przy sporządzaniu świadectwa lekarskiego wykorzystuje dostępną dokumentację medyczną osadzonego.

2. Świadectwo lekarskie, o którym mowa w ust. 1, sporządza się, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, w trzech egzemplarzach. Jeden przesyła się zgodnie z przeznaczeniem, drugi dołącza się do książki zdrowia, trzeci pozostaje w zakładzie, w którym świadectwo sporządzono.

3. W trakcie hospitalizacji osadzonego świadectwo lekarskie sporządza się, z zastrzeżeniem ust. 4, w czterech egzemplarzach. Czwarty egzemplarz dołącza się do historii choroby.

4. W przypadku świadectwa lekarskiego zawierającego stwierdzenie o braku możliwości leczenia lub diagnozowania w warunkach zakładu karnego sporządza się dodatkowy egzemplarz, który — po przesłaniu telefaksem lub pocztą elektroniczną jego kopii — niezwłocznie przesyła się odpowiedniemu dyrektorowi okręgowemu Służby Więziennej.

Rozdział 5

Dokumentacja prowadzona w formie elektronicznej

§ 37. Podpisanie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej polega na zapisaniu sekwencji danych na elektronicznym nośniku informacji i podpisaniu tych danych, zgodnie z ustawą z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.²⁾).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565 oraz z 2006 r. Nr 145, poz. 1050.

§ 38. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej polega na jej zapisaniu na elektronicznym nośniku informacji w sposób zapewniający sprawdzenie jej integralności, możliwości weryfikacji podpisu elektronicznego lub danych identyfikujących oraz możliwość odczytania wszystkich informacji zawartych w tej dokumentacji, aż do zakończenia okresu przechowywania dokumentacji.

§ 39. 1. Zbiory informacji objętych dokumentacją prowadzoną w formie elektronicznej powinny być sporządzane z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia — przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:

- 1) Polskie Normy przenoszące normy europejskie;
- 2) normy państw członkowskich Unii Europejskiej przenoszące europejskie normy zharmonizowane;
- 3) Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;
- 4) Polskie Normy;
- 5) europejskie normy tymczasowe.

§ 40. Dokumentację prowadzoną w formie elektronicznej sporządza się w co najmniej dwóch egzemplarzach, każdy na innym rodzaju elektronicznego nośnika informacji.

Rozdział 6

Przepis końcowy

§ 41. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 39, który wchodzi w życie po upływie 24 miesięcy od dnia ogłoszenia.³⁾

Minister Sprawiedliwości: Z. Ziobro

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 maja 2002 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia i udostępniania w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. Nr 82, poz. 746), które utraciło moc w dniu 1 czerwca 2006 r., w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 28 listopada 2005 r. sygn. akt K 22/05 (Dz. U. Nr 239, poz. 2020).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości
z dnia 19 września 2007 r. (poz. 1319)

WZÓR

I

.....
stempel aresztu śledczego/
zakładu karnego

.....
imię i nazwisko, imię ojca

.....
data i miejsce urodzenia

.....
data przybycia do zakładu karnego
(aresztu śledczego)

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

PESEL

.....
płeć

KSIĄŻKA ZDROWIA OSADZONEGO

UCZULENIA:

.....

.....

.....

II

Daty badań profilaktycznych

[illegible]

[illegible]

[illegible]

V

Ocena sanitarno-epidemiologiczna:

.....
.....
Wzrost: cm Waga: kg RR: mm Hg

Zostałem zapoznany z problematyką zakażenia wirusem HIV i wyrażam – nie wyrażam^{*)} zgody na pobranie krwi do badań na obecność wirusa HIV.

tbc () epi () żółtaczka () HIV ()

Alkohol: - abstynent/ okazjonalnie/ nadużywanie/ potwierdzone uzależnienie^{*)}

Uwagi:

Nikotynizm: - nie pali/pali do 10 dziennie/ 10 – 20 / 20 – 30 / powyżej 30^{*)}

Uwagi:
(od kiedy?)

Narkotyki: - neguje/potwierdza^{*)}

Uwagi:

.....
(jakie? – od kiedy? – sposób przyjmowania)

^{*)} Właściwe zaznaczyć.

.....
data i podpis pacjenta

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki

VI

Badanie podmiotowe:

operacje, hospitalizacje, leczenie przewlekłe, aktualne dolegliwości, inne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis osadzonego

Odchylenia w badaniu przedmiotowym:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VII

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

rozpoznanie i zalecenia:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, pieczętka i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

VIII

Okresowe badania stomatologiczne:

Stan uzębienia i uwagi	Data podpis i pieczętka lekarza

IX

Leczenie szpitalne i pobyty w izbie chorych:

[illegible]

Leczenie dietetyczne:

[illegible]

Opinia w związku z transportem:

przed transportem Zdolny do transportu^{*)}: TAK NIE Uwagi:	Data, podpis, pieczęć lekarza
po transporcie: Uwagi:	Data, podpis, pieczęć lekarza
przed transportem Zdolny do transportu^{*)}: TAK NIE Uwagi:	Data, podpis, pieczęć lekarza
po transporcie: Uwagi:	Data, podpis, pieczęć lekarza
przed transportem Zdolny do transportu^{*)}: TAK NIE Uwagi:	Data, podpis, pieczęć lekarza
po transporcie: Uwagi:	Data, podpis, pieczęć lekarza

*) Właściwe zaznaczyć.

XII

Leczenie ambulatoryjne i w izbie chorych:

Wywiad chorobowy, stan przedmiotowy, wyniki badań dodatkowych, rozpoznanie, zalecenia, data, podpis i pieczęć lekarza

XIII

Leczenie stomatologiczne:

Rozpoznanie, zastosowane leczenie, zalecenia, data, podpis i pieczęć lekarza

XIV

Szczepienia:

data	nazwa szczepionki	uwagi	podpis

Zdolny – niezdolny^{*)} do samodzielnego udania się do miejsca zamieszkania.

^{*)} Właściwe zaznaczyć obwódką.

XV

**WKŁADKA
DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO**

XVI

KSIĄŻKA ZDROWIA**OKŁADKA:**

str. 1 – I
str. 2 – IV
str. 3 – XIV
str. 4 – czysta

KOLEJNE STRONY:

str. 1 – V
str. 2 – VI
str. 3 – VII
str. 4, 5 – II
str. 6, 7 – VIII
str. 8, 9 – XI
str. 10 – IX
str. 11 – X
str. 12 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII

WKŁADKA DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO**OKŁADKA**

str. 1 – XV
str. 2, 3, 4 – czyste

KOLEJNE STRONY

str. 1 – II
str. 2 – VIII
str. 3, 4 – XI
str. 5 – IX
str. 6 – X
str. 7 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII