

Warszawa, dnia 29 grudnia 2012 r.

Poz. 1531

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 20 grudnia 2012 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu 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 oraz z 2012 r. poz. 583) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 10 w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) oznaczenie podmiotu:

- a) nazwę podmiotu,
- b) kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.²⁾), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
- c) nazwę i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
- d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
- e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne;

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

2) tytuł rozdziału 2 otrzymuje brzmienie:

„Dokumentacja podmiotu leczniczego”;

3) w § 12:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi.”;

b) w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych;”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

4) w § 19 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

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

5) w § 26 pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”;

6) uchyla się § 28;

7) § 37 otrzymuje brzmienie:

„§ 37. 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14, § 15, § 17–20, § 22, § 24–26 i § 29–32, z zastrzeżeniem, że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

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

8) w § 38:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

– w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,”;

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przepisy § 13, § 14, § 15 ust. 2–5, § 17–20, § 22–26 i § 29–33 stosuje się odpowiednio.”;

c) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

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

9) uchyla się § 39;

10) w § 40:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi.”;

b) w pkt 3 w lit. e kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. f w brzmieniu:

„f) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.”;

11) § 41 otrzymuje brzmienie:

„§ 41. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w podmiocie, 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 podmiotu, o którym mowa w § 40.”;

12) uchyla się § 46;

13) § 47 i § 48 otrzymują brzmienie:

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

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

14) w § 52 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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 podmiotu leczniczego – jest przekazywany temu podmiotowi leczniczemu.”;

15) § 54 otrzymuje brzmienie:

„§ 54. Do dokumentacji prowadzonej przez zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne stosuje się odpowiednio przepisy § 36.”;

16) tytuł rozdziału 3 otrzymuje brzmienie:

„Dokumentacja lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej”;

17) § 57 otrzymuje brzmienie:

„§ 57. 1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną.

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

18) w § 58 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Dokumentacja, o której mowa w § 57 ust. 1, obejmuje dokumentację”;

19) § 60 i § 61 otrzymują brzmienie:

„§ 60. W przypadku przyjmowania porodu przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 16 i § 21.

§ 61. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 43.”;

20) tytuł rozdziału 4 otrzymuje brzmienie:

„Dokumentacja pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej”;

21) w § 62:

a) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1, w którym wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

b) dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

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

22) w § 63:

a) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1, w którym wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

b) dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

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

23) w § 65 w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

24) § 66 i § 67 otrzymują brzmienie:

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

§ 67. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 43.”;

25) § 74 otrzymuje brzmienie:

„§ 74. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot.”;

26) w § 75 uchyla się ust. 2;

27) § 76 otrzymuje brzmienie:

„§ 76. 1. W przypadku wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą miejsce przechowywania dokumentacji wskazuje ten podmiot, a w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą – podmiot tworzący.

2. W przypadku gdy wykreślenie podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą następuje na podstawie art. 108 ust. 2 pkt 1–4, 6 lub 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr wzywa ten podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji w wyznaczonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji.

3. Jeżeli zadania podmiotu wykreślonego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje również dokumentację.”;

28) w § 80 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokonywanych przez te osoby zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 2;”;

29) załącznik nr 4 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Karty medycznych czynności ratunkowych mogą być prowadzone na formularzach zgodnych z wzorem określonym w dotychczasowych przepisach do czasu wyczerpania druków tych kart.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.

Minister Zdrowia: wz. *S. Neumann*

WZÓR

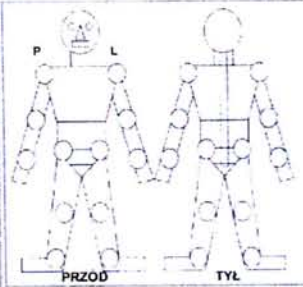
KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM)	Kod ZRM realizującego zlecenie:	Nr zlecenia wyjazdu:
--	---------------------------------	----------------------

I - WYWIAD

	MIEJSCE ZDARZENIA w domu..... <input type="checkbox"/> w miejscu publicznym..... <input type="checkbox"/> w ruchu uliczno-drog..... <input type="checkbox"/> w pracy..... <input type="checkbox"/> w szkole..... <input type="checkbox"/> w rolnictwie..... <input type="checkbox"/>
--	--

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE OTWIERANIE OCZU sportanicznie.....4 na głos.....3 na ból.....2 brak.....1 REAKCJA SŁOWNA zorientowany.....5 splątany.....4 niewłaściwe słowa.....3 niezrozumiałe dźwięki.....2 brak.....1 REAKCJA RUCHOWA wykonuje polecenia.....6 lokalizacja bólu.....5 ucieczka od bólu.....4 zgjęciowa.....3 wyprostna.....2 brak.....1 SUMA.....	RTS CZ. ODECHÓW 10-29.....4 >29.....3 6-9.....2 1-5.....1 brak.....0 RR SKURCZOWE >89.....4 76-89.....3 50-75.....2 1-49.....1 0.....0 GCS 13-15.....4 9-12.....3 6-8.....2 4-5.....1 3.....0 SUMA.....	UKŁAD ODECHOWY częstość oddechów..... /min duszność..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N sinica..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N bezdech..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N szmer prawidł..... L P furczenie..... świsty..... trzeszczenie..... rzęzenie..... brak szmeru..... Inne..... Saturacja..... %	ŻRENICZA Reakcja na światło: prawidłowa..... L P powolna..... brak..... szerokość: normalna..... L P wąska..... szeroka..... CIŚNIENIE TĘTNICZE / / mm Hg TĘTNO miarowe /min niemiar. /min	 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> brak obrażeń O Złamanie otwarte Z Złamanie zamknięte W Zwichnięcie S Słuczenie R Rana K Krwotok z rany M Zmżdżenie A Amputacja N Ból nieurazowy P Oparzenie stopnia % stopnia % oparzenie wziewne
---	--	--	--	---

OBJAWY wstrząs..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N NZK..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obj. oponowe..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N drgawki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N afazja..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N wymioty..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N biegunka..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N krwawienie..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N obrzęki..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N zasłabnięcia..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N INNE ciąży..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N poród..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N chor. zakaźna..... <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N	SKÓRA Wygląd: w normie..... blada..... rumień..... zażółcenie..... sinica obw..... sinica centr..... Wilgotność: w normie..... wilgotna..... sucha..... Temperatura: w normie..... chłodna..... ciepła.....	JAMA BRZUSZNA w normie..... bolesność palpacyjna..... brak perystaltyki..... objawy otrzewnowe..... OCENA PSYCHO-RUCH. w normie..... spowolniali..... pobudzony..... agresywny.....	TONY SERCA czyste/głośnie..... stłumione..... inne: NIEDOWŁAD / PORAŻENIE kończyna górna..... L P kończyna dolna..... ZAPACH Z UST rozpuszczalnik org..... alkohol..... Inne: POZIOM GLUKOZY mg% g/l	EKG Rytm zatokowy..... Tachykardia nadkomorowa..... Tachykardia komorowa..... Migotanie/trzępotanie przedsionków..... AV blok..... sVES..... VES..... VF/VT..... Asystolia..... PEA..... Rozrusznik..... OZW..... Zawał..... Inne:.....	OPIS (Area for text description of the patient's condition and findings)
---	---	--	---	--	--

III - ROZPOZNANIE

OPIS	KOD CDM	KOD ICD10	KOD ICD9
------	---------	-----------	----------

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI odsysanie..... went. workiem..... rurka UG..... intubacja..... respirator..... tenoter. bierna..... defibrylacja..... stymulacja zew..... kardiowersja..... masaż serca..... EKG..... teletransmisja..... kołnierz..... deska ortoped..... materac próż..... unieruchomienie..... opatrunek..... Inne..... linia żył. obw..... linia żył. cent..... cewnikowanie..... sonda żołąd..... monitorowanie.....	ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania) (Area for recording administered medications and medical devices)
---	--

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA Imię: Nazwisko: Adres zamieszkania: ul: nr: m: Rodz. i nr. dok. tożsamości:	Ident. NFZ: Data urodzenia / wiek: NUMER PESEL pacjenta: Podpis i pieczęć kierownika ZRM: data udzielenia pomocy	Decyzja podmiotu leczniczego: <input type="checkbox"/> Przyjęcie pacjenta <input type="checkbox"/> Odmowa przyjęcia pieczęć IP/SOR podpis i pieczęć lekarza Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym: data.....godz.....min..... Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat. data.....godz.....min.....
---	---	---