

Warszawa, dnia 26 lutego 2016 r.

Poz. 249

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI¹⁾**

z dnia 25 lutego 2016 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Rozporządzenie określa rodzaje, zakres i wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, zwanej dalej „dokumentacją”, oraz sposób jej przetwarzania w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanych dalej „podmiotami”.

§ 2. Dokumentacja jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.

§ 3. Dokumentację stanowi:

- 1) dokumentacja indywidualna – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentacja zbiorcza – dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

§ 4. 1. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

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

2. 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;

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. poz. 1897 i 2088).

- 6) karta wizyty patronażowej;
- 7) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
- 8) karta uodpornienia, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.²⁾).

3. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- 1) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu 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;
- 2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- 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”.

4. Oświadczenia, o których mowa w ust. 3, złożone w postaci elektronicznej za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.³⁾), przechowuje się w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

5. W przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa w ust. 3, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

6. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
- 2) skierowanie na badania diagnostyczne, konsultację lub leczenie;
- 3) karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
- 4) karta przebiegu ciąży;
- 5) książeczka zdrowia dziecka;
- 6) pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla kierującego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub fельczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.⁴⁾), o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobach dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych;
- 7) książeczka szczepień, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8) orzeczenie, opinia, zaświadczenie lekarskie.

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

§ 5. Do prowadzonej dokumentacji dołącza się inne dokumenty związane z realizacją świadczeń zdrowotnych albo ich kopie lub wyciągi, uzyskane od pacjentów lub z innych źródeł, a także dokonuje się wpisów informacji o stanie zdrowia zawartych w tych dokumentach.

§ 6. 1. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej strony są numerowane, oznaczone imieniem i nazwiskiem pacjenta i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 619 i 1138 oraz z 2015 r. poz. 1365, 1916 i 1991.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 855, 1066, 1918, 1991, 1994 i 2281.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65.

2. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do stron wydruku.

§ 7. W dokumentacji dotyczącej czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i urodzeń martwych dokonuje się wpisu zgodnie z kryteriami oceny, które są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 8. 1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego w sposób czytelny, w porządku chronologicznym, i oznacza się danymi identyfikującymi osobę dokonującą wpisu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

2. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 9. 1. W dokumentacji wpisuje się nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, 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 jest znakiem kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie, należy podać trzy znaki.

§ 10. 1. Dokumentację indywidualną, o której mowa w § 4 ust. 2 i 6, z wyjątkiem dokumentacji indywidualnej przeznaczonej dla innych podmiotów lub podmiotów leczniczych utworzonych przez inne podmioty, zwanych dalej „podmiotami leczniczymi”, oraz dla uprawnionych organów i podmiotów, sporządza się niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia uzasadniającego jej sporządzenie, w tym zwłaszcza po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i ustaleniu tożsamości pacjenta.

2. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej pacjenta, o której mowa w § 4 ust. 2 i 6, oznacza się datą jej sporządzenia oraz imieniem i nazwiskiem pacjenta.

§ 11. 1. Dokumentację indywidualną, o której mowa w § 4 ust. 2 i 6, sporządza osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego.

2. Dokumentację zbiorczą oraz dokumentację przeznaczoną dla innych podmiotów lub podmiotów leczniczych oraz dla uprawnionych organów i podmiotów sporządza kierownik podmiotu albo osoba imiennie przez niego upoważniona.

§ 12. Dokumenty włączone do indywidualnej dokumentacji wewnętrznej nie mogą być z niej usunięte.

§ 13. 1. Osoba kierująca na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi lub podmiotowi leczniczemu, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania, konsultacji lub leczenia.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) oznaczenie podmiotu lub podmiotu leczniczego, do którego kieruje się pacjenta na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie;
- 4) inne informacje, w szczególności rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie lub wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- 5) datę wystawienia skierowania;
- 6) oznaczenie osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

4. W przypadku skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, finansowane ze środków publicznych, wystawionego w postaci papierowej, oznaczenie podmiotu lub podmiotu leczniczego wystawiającego skierowanie zawiera dodatkowo 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. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.⁵⁾), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli został nadany.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991.

§ 14. 1. Dokumentacja indywidualna zawiera:

- 1) dane identyfikujące podmiot:
 - a) nazwę podmiotu i jego siedzibę,
 - b) kod resortowy stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
- 2) dane identyfikujące jednostkę lub komórkę organizacyjną podmiotu:
 - a) nazwę jednostki lub komórki organizacyjnej,
 - b) kod resortowy jednostki organizacyjnej stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) kod resortowy komórki organizacyjnej stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych;
- 3) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, przy czym określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony;
- 4) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych oraz osobę kierującą na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej, felczera i starszego felczera,
 - e) podpis;
- 5) datę dokonania wpisu i datę udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 6) informacje o stanie zdrowia i choroby oraz procesie diagnostycznym, leczniczym, pielęgnacyjnym lub rehabilitacji, w szczególności:
 - a) opis udzielonych świadczeń wykonywanych przez lekarza, pielęgniarkę lub położną,
 - b) rozpoznanie problemu zdrowotnego, choroby, urazu lub rozpoznanie ciąży,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich;
- 7) informacje o zakresie udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) informacje o lekach, wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust. 1 pkt 4 lit. e, może być złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 61.

3. Każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji, jest opatrzony datą jego sporządzenia, umożliwia ustalenie tożsamości pacjenta, którego dotyczy, oraz osoby sporządzającej dokumentację.

4. Jeżeli ustalenie tożsamości pacjenta, którego dotyczy dokumentacja nie jest możliwe, w dokumentacji tej dokonuje się wpisu oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 15. Jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, dokumentacja zbiorcza zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 14 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 – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja prowadzona w podmiocie

§ 16. Podmiot, który prowadzi szpital, sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną:

- 1) wewnętrzną, która składa się z historii choroby lub karty noworodka;
- 2) zewnętrzną, która składa się z:
 - a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - b) dokumentów przeznaczonych dla innych podmiotów lub podmiotów leczniczych oraz uprawnionych organów i podmiotów,
 - c) książeczki zdrowia dziecka,
 - d) skierowań lub zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem.

§ 17. 1. Podmiot, który prowadzi szpital, sporządza i prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną i zewnętrzną.

2. Dokumentacja zbiorcza wewnętrzna składa się z:

- 1) księgi głównej przyjęć i wypisów;
- 2) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym;
- 3) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, finansowanego ze środków publicznych;
- 4) księgi porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala;
- 5) księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej;
- 6) księgi raportów lekarskich;
- 7) księgi raportów pielęgniarskich;
- 8) księgi zabiegów komórki organizacyjnej szpitala;
- 9) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej;
- 10) księgi bloku porodowego lub sali porodowej;
- 11) księgi pracowni diagnostycznej;
- 12) księgi noworodków.

3. Dokumentacja zbiorcza zewnętrzna składa się z dokumentacji prowadzonej do celów określonych w odrębnych przepisach, w szczególności dotyczących spraw z zakresu statystyki publicznej oraz prowadzenia prac badawczo-naukowych.

§ 18. 1. Historia choroby jest zakładana w izbie przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym 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.

3. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych:
 - a) karty obserwacji, w tym karty gorączkowej,
 - b) karty zleceń lekarskich,
 - c) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
 - d) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane,

- e) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja,
- f) okołoperacyjnej karty kontrolnej,
- g) karty zabiegów fizjoterapeutycznych,
- h) karty obserwacji porodu, jeżeli poród miał miejsce,
- i) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, jeżeli opieka była prowadzona,
- j) wyników badań diagnostycznych lub konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane do formularza historii choroby,
- k) karty medycznych czynności ratunkowych,
- l) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, dołączanej po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

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

- 1) indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta;
- 2) indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne podmiotu;
- 3) dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta, jeżeli jest istotna dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.

5. Oryginał dokumentacji, o której mowa w ust. 4 pkt 1, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisaniu ze szpitala, sporządzając jej kopię, którą pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.

6. W przypadku wykonania sekcji zwłok do historii choroby dołącza się protokół badania sekcyjnego.

§ 19. Wzór karty obserwacji porodu jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 20. Formularz historii choroby zawiera informacje dotyczące:

- 1) przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) przebiegu hospitalizacji;
- 3) wypisu pacjenta ze szpitala;
- 4) rozpoznania onkologicznego ustalonego po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala.

§ 21. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 14 ust. 1 pkt 1–5 oraz:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, wraz z numerem księgi głównej;
- 2) numer w księdze chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, wraz z numerem tej księgi;
- 3) tryb przyjęcia;
- 4) datę przyjęcia pacjenta – rok, miesiąc, dzień, godzinę i minutę w systemie 24-godzinnym;
- 5) istotne dane z wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego i postępowania lekarskiego przy przyjęciu do szpitala oraz wyniki badań dodatkowych i uzasadnienie przyjęcia;
- 6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 7) dane identyfikujące lekarza przyjmującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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 w szczególności:

- 1) oznaczenie podmiotu lub podmiotu leczniczego wystawiającego skierowanie na leczenie lub badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1 lub pkt 4;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą na leczenie lub badanie;
- 4) datę wystawienia skierowania;

- 5) inne informacje, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
- 6) oznaczenie osoby kierującej na leczenie lub badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 22. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:

- 1) informacje uzyskane z wywiadu lekarskiego, pielęgniarzkiego, położnej i badania przedmiotowego;
- 2) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta, jego badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 3) informacje o zaleceniach lekarskich;
- 4) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

2. Do formularza historii choroby dołącza się:

- 1) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 2) kartę zleceń lekarskich;
- 3) kartę indywidualnej opieki pielęgniarzkiej lub kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 4) okołooperacyjną kartę kontrolną.

3. Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i kontrolowane przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem.

4. Wpisy w dokumentach dodatkowych, o których mowa w § 18 ust. 3 pkt 2 lit. a–i, są dokonywane przez lekarza prowadzącego, pielęgniarkę, położną lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych i opatrzone danymi identyfikującymi, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

5. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty.

6. Koordynator karty, o którym mowa w ust. 5, dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

§ 23. 1. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1, oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych przed:

- 1) znieczuleniem pacjenta;
- 2) wykonaniem nacięcia;
- 3) opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

2. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta, zawiera w szczególności:

- 1) imię i nazwisko pacjenta;
- 2) datę operacji;
- 3) nazwę komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 5) określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły–pilny, przyspieszony);
- 6) potwierdzenie:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej,
 - d) zgody na operację,
 - e) rodzaju znieczulenia;

- 7) informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie);
- 8) potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia;
- 9) potwierdzenie zapewnienia monitorowania:
 - a) EKG,
 - b) pulsoksymetrii,
 - c) ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) kapnometrii;
- 10) informacje o alergiach (tak – ze wskazaniem jakie, nie);
- 11) informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak – zapewniono właściwy sprzęt, nie);
- 12) informację o ryzyku krwawienia >500 ml u dorosłych albo >7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak – zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne, nie).

3. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed wykonaniem nacięcia, zawiera w szczególności:

- 1) informację o potwierdzeniu przez członków zespołu operacyjnego, że znają wzajemnie swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym (tak, nie);
- 2) informację o przedstawieniu się wszystkich członków zespołu operacyjnego (tak, nie) – w przypadku gdy członkowie zespołu operacyjnego nie znają się wzajemnie;
- 3) potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej;
- 4) potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta;
- 5) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną właściwego zestawu narzędzi;
- 6) informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w szczególności zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, oczekiwanej utracie, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi:
 - a) przez operatora (tak, nie, nie dotyczy),
 - b) przez anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
 - c) przez pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
- 7) informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
- 8) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (tak – ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy);
- 9) informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

4. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego, zawiera w szczególności:

- 1) potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury;
- 2) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów;
- 3) informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy);
- 4) informację o wystąpieniu powikłań w trakcie operacji (tak, nie);
- 5) informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie);

- 6) informację o określeniu przez operatora i anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);
- 7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:
 - a) operatora (tak, nie),
 - b) anestezjologa (tak, nie);
- 8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).

5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje co najmniej koordynator karty.

§ 24. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne określające chorobę zasadniczą, choroby współistniejące i powikłania;
- 2) numery statystyczne choroby zasadniczej i chorób współistniejących ustalone zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury, ustalonego zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) datę wypisu;
- 6) informację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala, zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Wypisu pacjenta ze szpitala dokonuje lekarz wypisujący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi albo lekarzowi kierującemu oddziałem lub lekarzowi przez niego upoważnionemu.

§ 25. Formularz historii choroby w przypadku zgonu pacjenta zawiera informacje wymienione w § 24 ust. 1 pkt 1–4 oraz:

- 1) datę zgonu pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 2) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce;
- 3) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok, wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
- 4) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów;
- 5) 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.

§ 26. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisania pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby.

§ 27. 1. Karta noworodka jest zakładana noworodkowi urodzonemu w szpitalu.

2. Karta noworodka zawiera dane określone w § 14 ust. 1 pkt 1–5 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 – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki,
 - e) grupę krwi oraz czynnik Rh;
- 3) dane dotyczące poprzednich ciąż i porodów matki noworodka:
- a) liczbę ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych i martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) inne informacje dotyczące poprzednich porodów;
- 4) dane dotyczące rodzeństwa noworodka:
- a) rok urodzenia,
 - b) stan zdrowia,
 - c) 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,
 - d) powikłania porodowe,
 - e) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 6) dane dotyczące noworodka:
- a) datę urodzenia – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
 - b) płeć,
 - c) masę ciała,
 - d) długość ciała,
 - 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 (odsłuzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane leki);
- 8) informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach;
- 9) informacje o stanie noworodka w dniu wypisania ze szpitala;
- 10) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;
- 11) datę wypisu, a w razie zgonu noworodka – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, oraz przyczynę zgonu.

§ 28. 1. Lekarz wypisujący pacjenta ze szpitala sporządza kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 21, § 22, § 24 i § 25, albo w karcie noworodka.

2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący, ordynator lub lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1, oraz dane, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 2–4;
- 2) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym choroby, o którym mowa w § 9 ust. 1;
- 3) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 4) informację o zastosowanym leczeniu, a w przypadku wykonania zabiegu – jego datę;
- 5) zalecenia dotyczące dalszego leczenia, żywienia, pielęgnowania i trybu życia;
- 6) adnotację o orzecznym przy wypisie pacjenta ze szpitala okresie czasowej niezdolności do pracy, a w razie potrzeby – ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy;
- 7) informacje o lekach, wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 8) terminy planowanych wizyt kontrolnych lub konsultacji, na które wystawiono skierowanie.

4. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 4 ust. 3 pkt 2, są wydawane dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, w tym jeden dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.

5. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej karta informacyjna z leczenia szpitalnego jest dołączana do historii choroby oraz udostępniana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 4 ust. 3 pkt 2, w postaci elektronicznej lub w postaci papierowego wydruku w dwóch egzemplarzach, w tym jeden dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

6. W przypadku zgonu pacjenta karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1–4 oraz w § 25 pkt 1, 3 i 5.

7. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się w dniu wypisania pacjenta ze szpitala, a w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 1 pkt 2 lub 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bez zbędnej zwłoki.

§ 29. 1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby wypełnioną w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala lekarz prowadzący przekazuje lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym w dwóch egzemplarzach. Jeden egzemplarz protokołu badania sekcyjnego pozostaje w podmiocie, w którym wykonano sekcję, drugi jest dołączany do historii choroby.

3. Historię choroby wraz z protokołem badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem, w celu porównania rozpoznania klinicznego i epikryzy z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W przypadku rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

§ 30. Księga główna przyjęć i wypisów jest opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, oraz numerem księgi i zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) nazwy i kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 5) numer karty depozytowej, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ustawy;
- 6) rozpoznanie wstępne;

- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 9) informację o rodzaju leczenia, w tym istotnych badaniach diagnostycznych i wszystkich zabiegach operacyjnych;
- 10) datę wypisu pacjenta, a w razie jego zgonu – datę jego zgonu oraz adnotację o wydaniu karty zgonu;
- 11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 12) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 13) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne ustalone zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 14) informację o ewentualnym pobraniu opłat;
- 15) dane identyfikujące lekarza wypisującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d.

§ 31. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę zgłoszenia się pacjenta do izby przyjęć albo szpitalnego oddziału ratunkowego – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 5) dane identyfikujące lekarza kierującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d, i rozpoznanie ustalone przez tego lekarza albo adnotację o braku skierowania;
- 6) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- 7) ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 8) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz lekach, wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom przepisanych na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi;
- 9) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 10) powód odmowy przyjęcia;
- 11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 12) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

2. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, 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 9, informację o tym zamieszcza się w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym.

4. W przypadku dokumentacji prowadzonej w wersji elektronicznej informacja, o której mowa w ust. 2, jest udostępniana w postaci elektronicznej lub wydawana w postaci papierowego wydruku.

§ 32. Księga porad ambulatoryjnych udzielanych w poradni szpitala oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 5) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

§ 33. Księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) numer księgi głównej przyjęć i wypisów oraz numer kolejny pacjenta w tej księdze;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 5) dane identyfikujące lekarza prowadzącego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;
- 6) datę wypisu pacjenta ze szpitala lub przeniesienia do innej komórki organizacyjnej albo zgonu pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie pacjenta ze szpitala albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 9) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) dane identyfikujące lekarza wypisującego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d.

§ 34. Księga raportów lekarskich, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;
- 3) treść raportu uwzględniającą imię i nazwisko, a w razie potrzeby inną informację pozwalającą na zidentyfikowanie pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 35. Księga raportów pielęgniarskich, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;

- 3) treść raportu uwzględniającą imię i nazwisko, a w razie potrzeby inną informację pozwalającą na zidentyfikowanie pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu oraz przyjęcia raportu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 5) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych lub zmarłych.

§ 36. Księga zabiegów, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy, także dane identyfikujące ten podmiot lub ten podmiot leczniczy, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 6) dane identyfikujące lekarza lub inną osobę wykonującą zabieg, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 37. Księga bloku lub sali operacyjnej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 3) kod resortowy komórki organizacyjnej stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych, w której pacjent przebywał;
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne i dane identyfikujące lekarza kierującego na zabieg albo operację, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d, a jeżeli kierującym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy, także dane identyfikujące ten podmiot lub ten podmiot leczniczy, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 5) dane identyfikujące lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;
- 6) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 7) adnotację o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji;
- 8) szczegółowy opis zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg albo operację, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 9) zlecone badania diagnostyczne;
- 10) określenie rodzaju zastosowanego znieczulenia i jego szczegółowy opis oraz dane identyfikujące lekarza anestezjologa, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 11) dane identyfikujące osoby wchodzące odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zabiegowego lub anestezjologicznego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.

§ 38. Księga bloku porodowego lub sali porodowej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjentki w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL pacjentki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

- 3) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki;
- 4) kod resortowy komórki organizacyjnej, stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych, w której pacjentka przebywała;
- 5) rozpoznanie wstępne i ostateczne;
- 6) informacje o zastosowanych produktach leczniczych;
- 7) określenie rodzaju zastosowanego znieczulenia i jego szczegółowy opis oraz dane identyfikujące lekarza anestezjologa, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 8) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy lub salę porodową – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 9) datę porodu – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 10) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 11) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 12) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego lub sali porodowej – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 13) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego lub sali porodowej;
- 14) dane identyfikujące osobę przyjmującą poród, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 39. 1. Księga noworodków zawiera:

- 1) dane identyfikujące podmiot, zgodnie z § 14 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 – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 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,
 - e) 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.

§ 40. Księga pracowni diagnostycznej, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę wpisu i wykonania badania – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) nazwę i kod resortowy komórki organizacyjnej, stanowiący część VII systemu kodów identyfikacyjnych, zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny podmiot lub podmiot leczniczy, także dane identyfikujące ten podmiot lub ten podmiot leczniczy, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;

- 5) dane identyfikujące osobę zlecającą badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;
- 6) adnotację o rodzaju badania;
- 7) dane identyfikujące osobę wykonującą badanie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

§ 41. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 18 ust. 1, 3–5, § 20–22, § 24, § 25, § 28, § 30, § 32–36, z zastrzeżeniem że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu.

§ 42. 1. Podmiot 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, która składa się z:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi zabiegów,
 - e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

2. Historia choroby w przypadku, o którym mowa w ust. 1, składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, w szczególności:
 - a) karty obserwacji,
 - b) karty gorączkowej,
 - c) karty zleceń lekarskich,
 - d) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane,
 - e) wyników badań diagnostycznych,
 - f) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja.

3. Przepisy § 18, § 20, § 21, § 24, § 25, § 28, § 30, § 33–37 i § 40 stosuje się odpowiednio do dokumentacji prowadzonej w podmiocie lub jego komórce organizacyjnej, w której czas pobytu pacjenta nie przekracza 24 godzin.

§ 43. Przepisy § 16, § 17, § 18 ust. 3–5, § 28, § 30, § 33–36 i § 40 stosuje się odpowiednio do dokumentacji prowadzonej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

§ 44. 1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi dokumentację:

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 2) datę wezwania – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- 4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);

- 5) oznaczenie wzywającego:
 - a) numer telefonu, z którego przyjęto zgłoszenie,
 - b) imię i nazwisko lub adres, jeżeli zostały podane;
- 6) dane identyfikujące 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-godzinnym przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;
- 9) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym 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.

3. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

4. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia.

5. 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 lub podmiotu leczniczego – jest wydawana temu podmiotowi lub temu podmiotowi leczniczemu.

§ 45. Podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi dokumentację:

- 1) indywidualną wewnętrzną, w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) indywidualną zewnętrzną, która składa się w szczególności ze skierowania do innych podmiotów lub podmiotów leczniczych, karty przebiegu ciąży, orzeczenia, opinii, zaświadczenia lekarskiego;
- 3) zbiorczą, która składa się z:
 - a) kartoteki pacjentów prowadzonej w układzie alfabetycznym, terytorialnym lub chronologicznie według daty urodzenia pacjenta,
 - b) księgi przyjęć, odrębnej dla każdej komórki organizacyjnej,
 - c) księgi pracowni diagnostycznej,
 - d) kartoteki środowisk epidemiologicznych,
 - e) księgi zabiegów odrębnej dla każdego gabinetu zabiegowego,
 - f) księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej,
 - g) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.

§ 46. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu pacjentowi po raz pierwszy świadczenia zdrowotnego.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się odrębnie w każdej poradni podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

§ 47. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera:

- 1) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 2) dane identyfikujące podmiot, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 3) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych oraz opieki środowiskowej.

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43–47 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w historii zdrowia i choroby zamieszcza się o tym adnotację, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

3. Historia zdrowia i choroby, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia oraz istotnych 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) obciążeniach dziedzicznych;
- 7) uczuleniach.

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 lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zleconych zabiegach i informacje o lekach, wraz z ich dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 6) wyniki badań diagnostycznych i konsultacji;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) dane identyfikujące lekarza, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

5. Historia zdrowia i choroby, w części dotyczącej opieki środowiskowej, zawiera:

- 1) opis środowiska epidemiologicznego;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, pozostającego pod opieką pielęgniarki lub położnej w środowisku;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 4) informację o rodzaju i zakresie czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, a w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- 5) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

6. Do historii zdrowia i choroby można dołączyć:

- 1) kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego;
- 2) odpisy lub kopie innych dokumentów związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych przedstawionych przez pacjenta.

§ 48. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 14 ust. 1 pkt 1–5 oraz informacje o:

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

2. Karta przebiegu ciąży, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, zawiera informacje, o których mowa w § 47 ust. 3, oraz:

- 1) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh;
- 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 § 47 ust. 4, oraz:

- 1) dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
- 2) każdorazowo wynik pomiaru masy ciała;
- 3) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

§ 49. Księga przyjęć, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 4) informacje o rodzaju udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 5) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 6) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 50. Księga pracowni diagnostycznej sporządzona i prowadzona przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w § 40.

§ 51. Kartoteka środowisk epidemiologicznych składa się z kart, które zawierają:

- 1) dane identyfikujące podmiot, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 1;
- 2) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 3) dane identyfikujące środowisko epidemiologiczne, w szczególności opis środowiska i adres;
- 4) listę osób zamieszkałych wspólnie, z podaniem ich nazwiska i imienia (imion), numeru PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość, i daty urodzenia;
- 5) ocenę warunków socjalnych w środowisku – w przypadku gdy są istotne dla zdrowia pacjenta.

§ 52. Księga zabiegów sporządzana i prowadzona przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w § 36.

§ 53. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi księgę pracowni oraz indywidualne karty zleceń.

2. Księga pracowni, oznaczona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) dane identyfikujące pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
- 2) dane identyfikujące lekarza zlecającego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a, b i d;
- 3) datę przyjęcia i zakończenia zlecenia;
- 4) dane identyfikujące osobę wykonującą zlecenie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 5) informacje o rodzaju zleconej pracy.

3. Indywidualna karta zlecenia zawiera informacje, o których mowa w ust. 2, oraz:

- 1) opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 2) dane o zużytych materiałach;
- 3) dane identyfikujące osobę wykonującą zlecenie, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 4) dane identyfikujące kierownika pracowni, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

4. Do indywidualnej karty zlecenia dołącza się zlecenie lekarza.

§ 54. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi księgę zabiegów leczniczych oraz karty pacjentów, którym są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1, nazwą jednostki lub komórki organizacyjnej i jej kodem resortowym stanowiącym część VII systemu kodów identyfikacyjnych oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania;
- 3) datę zabiegu leczniczego;
- 4) informację o rodzaju wykonanego zabiegu leczniczego.

3. Karta pacjenta zawiera informacje wymienione w ust. 2 oraz:

- 1) dane identyfikujące lekarza zlecającego świadczenie zdrowotne, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4 lit. a–d;
- 2) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
- 3) dane identyfikujące osoby wchodzące w skład zespołu zabiegowego udzielającego świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4, rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych.

4. Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy.

§ 55. Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwane dalej „Centrum”, prowadzi:

- 1) rejestr dawców krwi, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332);
- 2) książkę badań grup krwi;
- 3) rejestr osób zastrzeżonych.

Rozdział 3

Książeczka zdrowia dziecka

§ 56. 1. Lekarz podmiotu, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka przy wypisie noworodka ze szpitala.

2. Książeczka zdrowia dziecka zawiera informacje dotyczące okresu prenatalnego, porodu, stanu zdrowia po urodzeniu, wizyt patronażowych, badań profilaktycznych, w tym stomatologicznych, przebytych chorób zakaźnych, uczuleń i reakcji anafilaktycznych, zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnienia z zajęć sportowych oraz inne informacje istotne dla oceny prawidłowości rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności.

3. Książeczka zdrowia dziecka jest wydawana przedstawicielowi ustawowemu dziecka za pokwitowaniem.

4. Wpisy w książeczce zdrowia dziecka są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę, położną lub inną osobę wykonującą zawód medyczny niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w przypadku kiedy nie jest to możliwe, są dokonywane w trakcie następczej wizyty na podstawie dokumentacji wewnętrznej.

5. Książeczka zdrowia dziecka zawiera kartki formatu A5, dwustronnie zadrukowane, w oprawie z tektury.

6. Książeczkę zdrowia dziecka wydaje się według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy.

Rozdział 4

Przechowywanie dokumentacji medycznej

§ 57. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana w podmiocie, w którym została sporządzona.

2. Dokumentacja indywidualna zewnętrzna, o której mowa w § 4 ust. 6 pkt 1 i 2, pozostaje w podmiocie, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

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

4. Zakończoną dokumentację indywidualną i zbiorczą przechowuje archiwum podmiotu, który ją sporządził.

5. Archiwum przechowuje dokumentację podmiotu w układzie:

- 1) w przychodni – na podstawie numeru kartoteki pacjentów;
- 2) w szpitalu – na podstawie numeru księgi głównej przyjęć i wypisów.

6. Dopuszcza się archiwizację dokumentacji przez inny podmiot, pod warunkiem zabezpieczenia jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

§ 58. Podmiot, który ulega likwidacji albo wykreśleniu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przekazuje dokumentację podmiotowi przejmującemu jego zadania albo archiwum wskazanemu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rozdział 5

Udostępnianie dokumentacji

§ 59. Dokumentacja jest udostępniana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta oraz uprawnionym organom i podmiotom na podstawie art. 26 ustawy, bez zbędnej zwłoki, w sposób zapewniający zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

§ 60. W przypadku udostępniania dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

Rozdział 6

Dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej

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

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) integralność treści dokumentacji i metadanych polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzeniem zmian, z wyjątkiem zmian wprowadzanych w ramach ustalonych i udokumentowanych procedur;
- 3) stały dostęp do dokumentacji osobom uprawnionym oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych;
- 5) przyporządkowanie cech informacyjnych dla odpowiednich rodzajów dokumentacji, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4;
- 6) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF);
- 7) eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 8) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

§ 62. 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 dostarczona przez pacjenta jest zwracana pacjentowi albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

§ 63. 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 do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

§ 64. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

2. 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 zawierającym imię, nazwisko, stanowisko i podpis. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt 4.

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

§ 66. 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.

§ 67. 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 formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i przepis końcowy

§ 68. 1. Książeczka zdrowia dziecka, o której mowa w § 56, jest wydawana noworodkom urodzonym po dniu wejścia w życie rozporządzenia.

2. Książeczka zdrowia dziecka wydana przed dniem wejścia w życie rozporządzenia staje się książeczką zdrowia dziecka, o której mowa w § 56.

§ 69. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.⁶⁾

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji: *M. Błaszczak*

⁶⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 125, poz. 712), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 2 ustawy z dnia 12 czerwca 2015 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1163).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. (poz. 249)

Załącznik nr 1

KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I URODZEŃ MARTWYCH

1. **Czas trwania ciąży** oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego. Prawidłowy czas trwania ciąży wynosi 280 dni (40 tygodni) od pierwszego dnia ostatniego krwawienia miesięczkowego cyklu 28-dniowego albo 266 dni (38 tygodni) od dnia owulacji (reguła Naegelego). W przypadku gdy zastosowanie reguły Naegelego nie jest możliwe, czas trwania ciąży ustala się na podstawie wyniku badania ultrasonograficznego.

2. **Poronieniem** określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, jeżeli nastąpiło to przed upływem 22 tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

3. **Urodzeniem żywym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

4. **Urodzeniem martwym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, jeżeli nastąpiło po upływie 22 tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

