

Warszawa, dnia 8 czerwca 2018 r.

Poz. 1108

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ**

z dnia 25 kwietnia 2018 r.

**w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych
utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) rodzaje i zakres dokumentacji medycznej;
- 2) sposób przetwarzania dokumentacji medycznej;
- 3) wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej.

§ 2. 1. W podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, zwanych dalej „podmiotami”, dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej i dzieli się na:

- 1) dokumentację indywidualną – dotyczącą poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentację zbiorczą – dotyczącą ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

2. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

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

3. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta noworodka;
- 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 5) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;

- 6) karta wizyty patronażowej;
- 7) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
- 8) karta uodpornienia – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151).

4. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

- 1) skierowanie do szpitala lub do innego podmiotu;
- 2) skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie;
- 3) karta przebiegu ciąży;
- 4) książeczka zdrowia dziecka;
- 5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
- 6) pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla kierującego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217 oraz z 2018 r. poz. 1000), zwanego dalej „lekarzem POZ”, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych;
- 7) książeczka szczepień – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
- 8) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska.

5. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Dokumentację indywidualną zewnętrzną, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej, jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

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

§ 4. 1. Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

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

§ 6. 1. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, a kolejne strony – co najmniej imię i nazwisko pacjenta.

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

3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

4. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

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

§ 7. 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 stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie ma trzyznakowe rozwinięcie, podaje się trzy znaki.

§ 8. 1. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o:

- 1) 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) upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- 3) 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”.

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1, złożone w postaci elektronicznej za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697), przechowuje się w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

3. W przypadku gdy pacjent nie złożył oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, adnotację o tym zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

§ 9. 1. Osoba kierująca na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie przekazuje podmiotowi, 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 § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2;
- 3) oznaczenie rodzaju przedsiębiorstwa podmiotu, do którego kieruje się pacjenta;
- 4) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
- 5) inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- 6) datę wystawienia skierowania;
- 7) oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. W przypadku skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie, finansowane ze środków publicznych, wystawionego w postaci papierowej, oznaczenie podmiotu 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 2018 r. poz. 160, 138 i 650), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli został nadany.

4. Zlecenie na badania laboratoryjne zawiera informacje i dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 2245, z 2017 r. poz. 1524 oraz z 2018 r. poz. 650).

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu:
 - a) nazwę podmiotu,
 - b) kod resortowy stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) nazwę 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,
 - f) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 2) oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy;
 - 3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera,
 - e) podpis;
 - 4) datę dokonania wpisu;
 - 5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:
 - a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lekarskich lub zaświadczeniach,
 - e) informacje o lekach, wraz z dawkowaniem, lub o wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
 - 6) inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej podpis, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 lit. e, może być również złożony oraz weryfikowany przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, o którym mowa w § 61.

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

Rozdział 2

Dokumentacja podmiotu

§ 12. Podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,
 - c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,

- d) księgi chorych oddziału,
 - e) księgi raportów lekarskich,
 - f) księgi raportów pielęgniarskich,
 - g) księgi zabiegów,
 - h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
 - i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej,
 - j) księgi noworodków,
 - k) księgi pracowni diagnostycznej;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, książeczki zdrowia dziecka, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz dokumentację dla celów określonych w odrębnych przepisach;
 - 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 13. 1. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.

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

§ 14. Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

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

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

- 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
- 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
- 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji porodu;
- 4) kartę gorączkową;
- 5) kartę zleceń lekarskich;
- 6) kartę przebiegu znieczulenia;
- 7) kartę zabiegów fizjoterapeutycznych;
- 8) kartę medycznych czynności ratunkowych, jeżeli została sporządzona;
- 9) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala;
- 10) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 11) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
- 12) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja;
- 13) okołoperacyjną kartę kontrolną.

2. W przypadku operacji w trybie natychmiastowym, dopuszcza się odstępianie od prowadzenia okołoperacyjnej karty kontrolnej.

3. Każdy z dokumentów dodatkowych, o których mowa w ust. 1, zawiera co najmniej imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

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

- 1) dokumentację indywidualną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, kartę przebiegu ciąży, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie,
- 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne szpitala i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta

– jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 pkt 1, dostarczone w postaci papierowej, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie albo odwzorowanie cyfrowe, które pozostawia się w historii choroby.

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

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;
- 2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;
- 3) tryb przyjęcia;
- 4) datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinym;
- 5) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz z ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
- 6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 7) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

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

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

- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 2) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem, jeżeli został sporządzony;
- 3) wyniki konsultacji;
- 4) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

2. Do historii choroby w części, o której mowa w ust. 1, dołącza się:

- 1) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji porodu;
- 2) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich;
- 3) informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w sali operacyjnej, w postaci okołoperacyjnej karty kontrolnej;
- 4) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgnarskich lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgnarskiej lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.

3. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

4. W przypadku porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej prowadzi się kartę przebiegu znieczulenia.

5. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.

6. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego.

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

8. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub w karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.

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

§ 18. Wzór karty obserwacji porodu określają przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy.

§ 19. 1. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu zgodnie z § 10 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) informację 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 (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 krwi, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi przez:
 - a) operatora (tak, nie, nie dotyczy),
 - b) anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
 - c) 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 do sali pooperacyjnej (tak, nie).

5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty, o którym mowa w § 17 ust. 6.

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

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;

- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, w przypadkach, o których mowa w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 6) datę wypisu.

§ 21. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 20 pkt 1–4, zawiera:

- 1) datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
 - a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
 - b) przyczynę wtórną,
 - c) przyczynę bezpośrednią;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce;
- 4) adnotację o wykonaniu albo niewykonaniu sekcji zwłok, a w przypadku określonym w art. 31 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – adnotację o zaniechaniu sekcji zwłok z powodu sprzeciwu;
- 5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

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

§ 23. 1. Niezwłocznie po urodzeniu się noworodka zakłada się kartę noworodka.

2. Karta noworodka zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1–4, oraz:

- 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 lub martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) inne informacje dotyczące poprzedniego porodu;
- 4) dane dotyczące rodzeństwa noworodka: rok urodzenia, stan zdrowia, a w przypadku śmierci – przyczynę zgonu;
- 5) dane dotyczące obecnej ciąży i przebiegu porodu:
 - a) czas trwania ciąży (w tygodniach),
 - b) informacje dotyczące przebiegu porodu,
 - c) charakterystykę porodu (fizjologiczny, zabiegowy),
 - d) powikłania porodowe,
 - e) czas trwania poszczególnych okresów porodu;

- 6) dane dotyczące noworodka:
 - a) datę urodzenia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-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 porodem czy w trakcie porodu;
- 7) opis postępowania po urodzeniu (odśluzowanie, 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 wypisu;
- 10) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;
- 11) datę wypisania, a w przypadku zgonu noworodka – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, oraz opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

§ 24. 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 16–21, albo w karcie noworodka.

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

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1–4, oraz:

- 1) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym, o którym mowa w § 7 ust. 1;
- 2) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem oraz wyniki konsultacji;
- 3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
- 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- 5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby – ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
- 6) adnotacje o lekach, wraz z dawkowaniem, i o wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom przepisany na receptach wystawionych pacjentowi;
- 7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

4. W przypadku, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy, dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łacińskim.

5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1–4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 21 pkt 1, 2 i 4.

6. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 2, są wydawane dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, w tym jeden dla lekarza POZ. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego dołącza się do historii choroby.

7. 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 § 8 ust. 1 pkt 2, w postaci elektronicznej lub w postaci papierowego wydruku w dwóch egzemplarzach, w tym jeden dla lekarza POZ.

8. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wydaje się w dniu wypisu, 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.

§ 25. 1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym, który jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję oraz dołączany do historii choroby.

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

§ 26. 1. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby albo kartę noworodka do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

2. W przypadku, o którym mowa w § 22, uzupełnioną historię choroby przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

3. W przypadku, o którym mowa w § 25 ust. 3, lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

§ 27. Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-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 pacjenta;
- 5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 9) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
- 10) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – datę zgonu;
- 11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 12) adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 13) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 14) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 15) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

- 16) imię i nazwisko lekarza wypisującego;
- 17) numer karty depozytowej, potwierdzającej przyjęcie rzeczy wartościowych oddanych przez pacjenta do depozytu podmiotu, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.

§ 28. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera:

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

2. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o ewentualnych zaleceniach.

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

4. W przypadku odmowy podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 12, informację o tym zamieszcza się w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć.

§ 29. Księga chorych oddziału, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 5) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki;
- 6) imię i nazwisko lekarza prowadzącego;

- 7) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
- 8) rozpoznanie wstępne;
- 9) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 10) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
- 11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 12) imię i nazwisko lekarza wypisującego.

§ 30. Księga raportów lekarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby – innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań;
- 5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 31. Księga raportów pielęgniarskich zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby – innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań;
- 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 32. Księga zabiegów zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę wykonania zabiegu;
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta;
- 5) imię i nazwisko lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także nazwę tego podmiotu;
- 6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 7) oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 33. Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawiera:

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

- 4) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 5) rozpoznanie przedoperacyjne;
- 6) imię i nazwisko lekarza kierującego na zabieg albo operację, a w przypadku gdy kierującym jest inny podmiot – także nazwę tego podmiotu;
- 7) imię i nazwisko lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji;
- 8) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 9) rodzaj zabiegu albo operacji;
- 10) szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym;
- 11) zlecone badania diagnostyczne;
- 12) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz imię i nazwisko lekarza anestezjologa;
- 13) oznaczenie osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.

§ 34. Księga bloku porodowego albo sali porodowej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjentki w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjentki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki;
- 5) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała;
- 6) rozpoznanie wstępne i ostateczne;
- 7) informację o zastosowanych lekach;
- 8) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
- 9) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy albo salę porodową, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 10) datę porodu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 11) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 12) szczegółowy opis przebiegu porodu;
- 13) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego albo sali porodowej, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;
- 14) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo z sali porodowej;
- 15) oznaczenie lekarza albo położnej przyjmującej poród, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 35. 1. Księga noworodków zawiera:

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

- 4) datę urodzenia noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 5) dane dotyczące noworodka:
 - a) płeć,
 - b) masę ciała,
 - c) długość ciała,
 - d) ocenę według skali Apgar;
- 6) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, oraz przyczynę zgonu.

2. W księdze noworodków wpisuje się noworodki urodzone w szpitalu.

§ 36. Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także nazwę tego podmiotu;
- 6) imię i nazwisko lekarza zlecającego badanie;
- 7) adnotację o rodzaju badania;
- 8) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 37. 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub w innym zakładzie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14–17, § 20, § 21, § 24, § 26 ust. 1, § 27, § 29–32 i § 36, z zastrzeżeniem że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym.

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

§ 38. 1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital, w którym czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin, sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
- 2) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi zabiegów,
 - e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę obserwacji;
- 2) kartę gorączkową;

- 3) kartę zleceń lekarskich;
- 4) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
- 5) wyniki badań diagnostycznych;
- 6) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.

3. Przepisy § 13, § 14, § 15 ust. 2–5, § 16–22, § 24–27, § 29–33 i § 36 stosuje się odpowiednio.

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.

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

- 1) indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1–4 i 6–8;
- 3) zbiorczą w formie:
 - a) księgi przyjęć,
 - b) księgi pracowni diagnostycznej,
 - c) księgi zabiegów,
 - d) księgi porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej,
 - e) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.

§ 40. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w podmiocie, o którym mowa w § 39.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się w określonej komórce organizacyjnej podmiotu, o którym mowa w § 39.

§ 41. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1–4 oraz informacje dotyczące:

- 1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
- 2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- 3) opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43–47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.¹⁾), 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, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, zawiera w szczególności informacje o:

- 1) przebytych chorobach;
- 2) chorobach przewlekłych;
- 3) pobytach w szpitalu;
- 4) zabiegach lub operacjach;
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- 6) uczuleniach;
- 7) obciążeniach dziedzicznych;
- 8) orzeczeniu o niepełnosprawności, orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności albo o innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771, 858, 912 i 932.

4. Historia zdrowia i choroby, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych, zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz lekach, wraz z dawkowaniem, lub o wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom przepisanych na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne, wydanych pacjentowi;
- 6) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem;
- 7) wyniki konsultacji;
- 8) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 9) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 10) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

5. Historia zdrowia i choroby, w części dotyczącej opieki środowiskowej oraz pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, zawiera:

- 1) opis warunków zamieszkania;
- 2) uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach nauczania, wychowania lub pracy;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 4) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej, 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) oznaczenie pielęgniarki lub położnej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

6. W przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji, o których mowa w ust. 4 pkt 6 i 7, dołącza się do historii choroby w formie oryginału albo kopii, albo zamieszcza się w niej ich dokładny opis.

7. Do historii zdrowia i choroby dołącza się istotną dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego dokumentację medyczną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności karty informacyjne z leczenia szpitalnego.

§ 42. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1–4 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 § 41 ust. 3, oraz dodatkowo:

- 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 § 41 ust. 4, oraz dodatkowo:

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

§ 43. Księga przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) imię i nazwisko osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego;
- 6) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 7) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 44. Do księgi pracowni diagnostycznej prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepis § 36.

§ 45. Do księgi zabiegów prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepis § 32.

§ 46. 1. Księga porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) opis udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 6) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

2. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie prowadzi dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

§ 47. 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, karty medycznych czynności ratunkowych albo karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

2. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej dysponenta zespołów ratownictwa medycznego nie ma stanowiska dyspozytora medycznego, przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się.

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) datę wezwania, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) oznaczenie miejsca zdarzenia;
- 4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);
- 5) oznaczenie wzywającego;
- 6) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, 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.

§ 49. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego określają przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy.

§ 50. 1. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określają przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy.

2. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany w postaci papierowej lub udostępniany w postaci elektronicznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu leczniczego – temu podmiotowi leczniczemu.

§ 51. Wzór karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określają przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy.

§ 52. Do dokumentacji prowadzonej przez zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne stosuje się odpowiednio przepis § 36.

§ 53. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację zbiorczą w formie księgi pracowni.

2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2;
- 3) imię i nazwisko lekarza zlecającego;
- 4) datę przyjęcia i datę zakończenia zlecenia;
- 5) rodzaj i opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 6) dane o użytych materiałach;
- 7) imię i nazwisko osoby wykonującej zlecenie;
- 6) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. Do księgi pracowni dołącza się zlecenie lekarza.

§ 54. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

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

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

- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę zabiegu leczniczego;
- 5) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

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

- 1) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
- 2) imię i nazwisko lekarza zlecającego zabieg leczniczy;
- 3) oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg leczniczy, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

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

§ 55. 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 3

Szczególne rodzaje dokumentacji

§ 56. 1. Podmiot leczniczy będący jednostką budżetową lub jednostką wojskową sporządza i prowadzi, stosownie do specyfiki i potrzeb, w szczególności:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie:
 - a) historii zdrowia i choroby,
 - b) historii choroby,
 - c) karty segregacyjnej – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia,
 - d) karty zgonu – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 144 ust. 7 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 2064, z 2017 r. poz. 1524 oraz z 2018 r. poz. 696),
 - e) karty oględzin zwłok – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia,
 - f) karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej,
 - g) karty indywidualnej ratownika medycznego – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 oraz z 2018 r. poz. 650),

- h) karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
 - i) karty uodpornienia – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - j) karty badania profilaktycznego służby medycyny pracy – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184 oraz z 2017 r. poz. 60),
 - k) karty kontrolnej intensywnego nadzoru dyspanseryzacyjnego – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 173 i 138),
 - l) polowej karty ewakuacyjnej TCCC – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 4 do rozporządzenia,
 - m) karty rekordera „Trauma Treatment Record (TTR)” – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 5 do rozporządzenia,
 - n) formularzy oceny stanu zdrowia po wstrząśnięciu mózgu (formularze MACE) – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do rozporządzenia,
 - o) karty informacyjnej dla pacjenta po przebytych wstrząśnięciu mózgu – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia,
 - p) arkusza badania nurka – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia,
 - r) arkusza 4-minutowego badania neurologicznego nurka – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie:
- a) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, książeczki zdrowia dziecka, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz dokumentację dla celów określonych w odrębnych przepisach,
 - b) skierowania do szpitala lub innego podmiotu,
 - c) skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub na leczenie,
 - d) karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
 - e) karty ewakuacji medycznej – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 10 do rozporządzenia,
 - f) książeczki szczepień, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - g) zaświadczenia, orzeczenia, opinii lekarskiej,
 - h) skierowania na turnus leczniczo-profilaktyczny – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych,
 - i) kwestionariusza skierowania do wojskowej komisji lekarskiej – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych,
 - j) kwestionariusza wywiadu lekarskiego dla żołnierzy zawodowych kierowanych do służby poza granicami państwa – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych,
 - k) kwestionariusza wywiadu epidemiologicznego dla żołnierzy zawodowych powracających z misji poza granicami kraju – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 67 ust. 7 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych,
 - l) kwestionariusza informacji o wykonaniu szczepienia ochronnego – zgodnie z zakresem danych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 67b ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych,
 - m) formularza zgłoszenia niepożądanego odczynu po szczepieniu innym niż BCG – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 21 ust. 8 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - n) formularza zaświadczenia o przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi,
 - o) Międzynarodowej Książeczki Szczepień – zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

- 3) dokumentację zbiorczą w formie:
- a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych,
 - c) księgi przyjęć,
 - d) księgi raportów lekarskich,
 - e) księgi raportów pielęgniarskich,
 - f) księgi konsultacji specjalistycznych,
 - g) księgi pracowni diagnostycznej,
 - h) księgi zabiegów,
 - i) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
 - j) księgi szczepień,
 - k) sprawozdania sanitarno-epidemiologicznego przesyłanego przez lekarzy do Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej – WOMP – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 11 do rozporządzenia,
 - l) sprawozdania z wykonywania szczepień ochronnych wśród żołnierzy i pracowników wojska – zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 12 do rozporządzenia.

2. Dla pacjentów przebywających w docelowej polowej placówce medycznej lub przebywających na danym poziomie pomocy medycznej powyżej 2 godzin tworzy się dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby.

3. W sytuacjach zdarzeń o charakterze masowym (MASCAL) dopuszcza się ograniczenie ilości tworzonej dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. W tej sytuacji tworzy się kopie dokumentów wewnętrznych celem archiwizacji w placówce polowej służby zdrowia, a oryginały są przekazywane wraz z pacjentem do placówek kolejnego poziomu pomocy medycznej jako dokumentacja zewnętrzna (dokumentacja określająca stan pacjenta i wykonane procedury – minimum połowa karta ewakuacyjna TCCC lub karta indywidualna ratownika medycznego, lub karta rekordera „Trauma Treatment Record (TTR)”, ewentualnie wyniki badań dodatkowych).

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 § 2 ust. 4 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 się w 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. Dokumentację podmiotu, który ulega likwidacji albo wykreśleniu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przekazuje się podmiotowi przejmującemu jego zadania albo właściwemu archiwum wskazanemu przez Ministra Obrony Narodowej.

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 ust. 1 pkt 3 ustawy pozostawia się kopię albo pełny odpis wydanej dokumentacji.

Rozdział 6

Sposób przetwarzania dokumentacji 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 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 zgodnie z art. 11 ust. 1a 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 niszczona 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 podpisem z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d.

§ 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 § 55, jest wydawana noworodkom urodzonym po dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

2. Książeczka zdrowia dziecka wydana przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia staje się książeczką zdrowia dziecka, o której mowa w § 55 niniejszego rozporządzenia.

§ 69. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Obrony Narodowej: wz. *T. Zdzikot*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1508), które 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) utraciło moc z dniem 29 lutego 2016 r.

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.

WZÓR KARTY OGLEDZIN ZWŁOK

.....
(pieczęć nagławkowa placówki służby zdrowia).....
(miejsowość, data)

KARTA OGLEDZIN ZWŁOK

Ogledziny zwłok
(tożsamość zwłok: stopień, imię, nazwisko, data urodzenia, narodowość)

PESEL wykonane w dniu , czynności wykonali:

1. lek.

2.

3.

W , w godzinach od do
(nazwa placówki służby zdrowia)

Stwierdzono następujące obrażenia ciała:

1. Głowa i szyja:
.....
.....2. Klatka piersiowa i brzuch:
.....
.....3. Kończyny górne:
.....
.....4. Kończyny dolne:
.....

Dokumentację fotograficzną wykonał:

Do karty załączono
(liczba i rodzaj załączników).....
(podpis i pieczętka imienna lekarza dokonującego oględzin)

WZÓR POŁOWEJ KARTY EWAKUACYJNEJ TCCC

TRIAGE ■ Natychmiastowy ■ Opóźniony ■ Minimalny ■ Terminalny NR POSZKODOWANEGO: _____

TCCC – POŁOWA KARTA EWAKUACYJNA

STOPIEŃ: _____ NAZWISKO I IMIĘ: _____
 NR KARTY ID: _____ DATA (DD-MM-RR): _____ CZAS: _____
 JEDNOSTKA WOJSKOWA: _____ UCZULENIA: _____

PRZYCZYNA URAZU:

Rana postrzałowa Wypadek komunikacyjny Granat Inny
 Oparzenia IED RPG
 Upadek Artyleria Mina przeciwpiechotna

OBRAŻENIA: (zaznacz za pomocą)

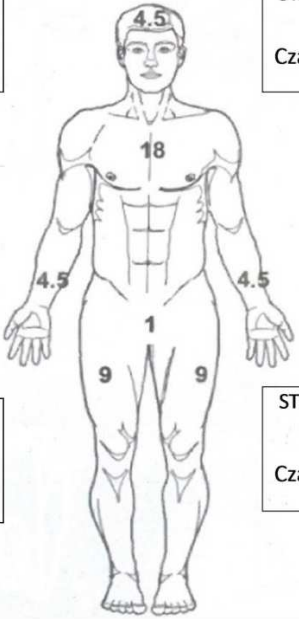
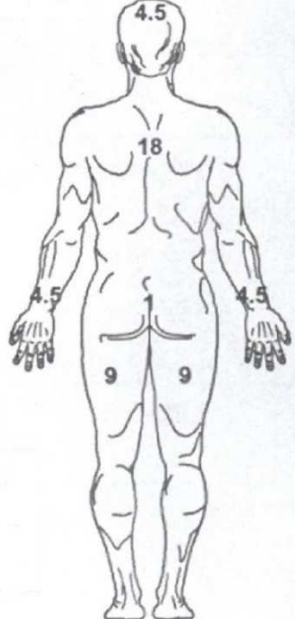
Rana postrzałowa Oparzenie
 Złamanie Krwotok

STAZA KOŃCZYNA GÓRNA PRAWA

Czas: _____

STAZA KOŃCZYNA GÓRNA LEWA

Czas: _____

STAZA KOŃCZYNA DOLNA PRAWA

Czas: _____

STAZA KOŃCZYNA DOLNA LEWA

Czas: _____

PARAMETRY I OBJAWY:

Czas				
Tętno (częstość i lokalizacja)				
Ciśnienie krwi				
Ilość oddechów				
Saturacja				
Skala AVPU				
Skala bólu (0-10)				

■ TRIAGE ■ Natychmiastowy ■ Opóźniony ■ Minimalny ■ Terminalny NR POSZKODOWANEGO: _____

Leczenie: (oznacz za pomocą X)

Staza na kończynie Inne
 C- circulation: Opatrunek uciskowy Środek hemostatyczny Rodzaj: _____

Bez zaopatrzenia Rurka nosowo-gardłowa Intubacja
 A-air: Konikopunkcja Inne Rodzaj: _____

Tlen Odbarczanie odmy igłą
 B-breathing: Dren Opatrunek wentylowy Inne: _____

C-circulation:

	Nazwa	Objętość	Droga podania	Czas
Płyny				
Preparaty krwi				

LEKI

	Nazwa	Dawka	Droga podania	Czas
Przeciwbólowe				
Antybiotyki				
Inne				

Opatrunek na oczy (Prawe Lewe) Unieruchomienie
 Inne Działanie przeciwko hipotermii
 IZAS Rodzaj leku: _____

Informacje dodatkowe: _____

Ratownik:

Stopień, nazwisko i imię: _____ Numer ID karty: _____

Dane pacjenta					
Imię i nazwisko:			Imię i nazwisko pielęgniarki:		
Nr dokumentu tożsamości:			Data:		
			Podpis:		
		Wykonano	Do wykonania	Wynik	Kolejne oględziny
R T G	K L P	<input type="checkbox"/> Leżący <input type="checkbox"/> Stojący <input type="checkbox"/> _____			Otarcie Amputacja Oderwanie Krwawienie Oparzenie Trzeszczenie Deformacja Zdarcie skóry Wybroczyny Złamane Ciało obce Postrzał Krwiak Rana szarpana Rana kluta Ból Zasinienie od pasa Dźgnięcie
	I N N E	<input type="checkbox"/> Kregosłup <input type="checkbox"/> Miednica <input type="checkbox"/> Lewa k.dolna <input type="checkbox"/> Prawa k.dolna <input type="checkbox"/> Prawa k.górna <input type="checkbox"/> Lewa k.górna <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____			
Obecne tętno <input type="checkbox"/> Silne <input type="checkbox"/> Słabe <input type="checkbox"/> Nieobecne					
Stan ogólny					
Diagnoza					
1					
2					
3					
4					
Plan					
Przyczyna choroby/Urazu niebojowego					
<input type="checkbox"/> Kardiologiczna <input type="checkbox"/> Endokrynologiczna <input type="checkbox"/> Zakaźna <input type="checkbox"/> Uraz, Praca/Szkolenie <input type="checkbox"/> Psychiatryczna, stres <input type="checkbox"/> Inna medyczna/chirurgiczna					
<input type="checkbox"/> Dermatologiczna <input type="checkbox"/> Gastroenterologiczna <input type="checkbox"/> Uraz sportowy <input type="checkbox"/> Uraz, inna <input type="checkbox"/> Płucna					
<input type="checkbox"/> Gorączka nieznanego pochodzenia <input type="checkbox"/> Przegrzanie/wychłodzenie <input type="checkbox"/> Uraz komunikacyjny <input type="checkbox"/> Neurologiczna <input type="checkbox"/> Przenoszona drogą płciową					
Środki bezpieczeństwa <input type="checkbox"/> Nieznane		Nosił	Nie nosił	Uderzone	Przebite
Helm <input type="checkbox"/> Kevlar <input type="checkbox"/> ACH <input type="checkbox"/> MICH <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> AVN <input type="checkbox"/> USMC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kamizelka kuloodporna <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL <input type="checkbox"/> XXXXL		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Płyta ceramiczna <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył	<input type="checkbox"/> Przód <input type="checkbox"/> Tył
Okulary <input type="checkbox"/> SPECS <input type="checkbox"/> SG-1 <input type="checkbox"/> BLPS <input type="checkbox"/> UVEX XC <input type="checkbox"/> ESS Land <input type="checkbox"/> ESS NVG <input type="checkbox"/> SWDG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naramienne/pachowe <input type="checkbox"/> Boczne <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo	<input type="checkbox"/> Lewo <input type="checkbox"/> Prawo
Zabezpieczenie szyi <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zabezpieczenie pachwin/nóg <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi	<input type="checkbox"/> Pachwina <input type="checkbox"/> Nogi
Przyjęty/przeniesiony do			Kontrola urazu		
<input type="checkbox"/> Przyjęty do: <input type="checkbox"/> Przeniesiony do <input type="checkbox"/> Opieka tymczasowa wojenna <input type="checkbox"/> Opieka docelowa <input type="checkbox"/> Opieka lokalna <input type="checkbox"/> Opieka koalicji Nazwa zakładu opieki: <input type="checkbox"/> Powrót do służby <input type="checkbox"/> Zmarł (zobacz poniżej) Czas przeniesienia: Misja:			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Hipotermia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Koagulopatia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Wstrząs <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Klasa krwotoku <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV		

Personel		Przyczyna zgonu	
Podpis lekarza: Nazwisko i imię lekarza (drukowanymi):		Anatomiczna: <input type="checkbox"/> Drogi oddechowe <input type="checkbox"/> Miednica <input type="checkbox"/> Głowa <input type="checkbox"/> Brzuch <input type="checkbox"/> Szyja <input type="checkbox"/> Kończyna dolna/górna <input type="checkbox"/> Klatka piersiowa <input type="checkbox"/> Inna (wpisać): _____	Patologiczna <input type="checkbox"/> Niewydolność wielonarządowa <input type="checkbox"/> Ogólne uszkodzenia ciała <input type="checkbox"/> OUN <input type="checkbox"/> Krwotok <input type="checkbox"/> Posocznica oddechowa <input type="checkbox"/> Inna:
Stopień, nazwisko i imię		Data urodzenia	
Numer karty ID	Wiek	Data	MTF

WZÓR

**FORMULARZE OCENY STANU ZDROWIA PO WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU
(MILITARY ACUTE CONCUSSION EVALUATION – MACE)****MACE – OCENA STANU ZDROWIA PO WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU NA POLU WALKI****FORMULARZ A**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

.....

ID:

JEDNOSTKA:

DATA URAZU:/...../..... GODZINA URAZU:

BADAJĄCY:

.....

DATA BADANIA:/...../..... GODZINA BADANIA:

WYWIAD: (I–VIII)**I. OPIS WYPADKU**

Pytaj o:

- a) Co się stało?
- b) Powiedz mi, co pamiętasz?
- c) Czy byłeś zamroczony, zdezorientowany? Czy widziałeś gwiazdy w oczach?

TAK

NIE

- d) Czy uderzałeś się w głowę w czasie urazu?

TAK

NIE

II. PRZYCZYNA URAZU (właściwe zaznaczyć obwódką)

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 1) EKSPOZYCJA/WYBUCH | 4) ODŁAMKI |
| 2) OBIEKT TĘPY | 5) UPADEK |
| 3) ZDERZENIE Z POJAZDEM SILNIKOWYM | 6) RANA POSTRZAŁOWA |

III. CZY MIAŁEŚ ZAŁOŻONY HEŁM? TAK NIE

TYP:

IV. NIEPAMIĘĆ WSTECZNA (przedwypadkowa)

CZY SĄ JAKIEŚ WYDARZENIA BEZPOŚREDNIO PRZED URAZEM, KTÓRYCH NIE PAMIĘTASZ? (ocena pamięci ciągła, aż do chwili urazu).

 TAK NIE

JEŚLI TAK, TO JAK DŁUGO?

V. PAMIĘĆ POWYPADKOWA

CZY SĄ JAKIEŚ WYDARZENIA BEZPOŚREDNIO PO URAZIE, KTÓRE NIE ZOSTAŁY ZAPAMIĘTANE? (ocena pamięci po urazie)

 TAK NIE

JEŻELI TAK, TO JAK DŁUGO TRWAŁA?

VI. CZY DOSZŁO DO UTRATY ŚWIADOMOŚCI LUB DO KRÓTKOTRWAŁEJ UTRATY PRZYTOMNOŚCI TAK NIE

JEŻELI TAK, TO JAK DŁUGO TRWAŁA?

VII. CZY KTOŚ OBSERWOWAŁ OKRES UTRATY ŚWIADOMOŚCI LUB OKRES BRAKU KONTAKTU Z PACJENTEM? TAK NIE**VIII. OBJAWY U POSZKODOWANEGO (właściwe zaznacz obwódką)**

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| 1) BÓL GŁOWY | 2) ZAWROTY GŁOWY |
| 3) PROBLEMY Z PAMIĘCIĄ | 4) PROBLEMY Z WAGĄ CIAŁA |
| 5) NUDNOŚCI/WYMIOTY | 6) PROBLEMY Z KONCENTRACJĄ |
| 7) DRAŻLIWOŚĆ | 8) ZABURZENIA WZROKU |
| 9) DZWONIENIE W USZACH | 10) INNE |

BADANIE (IX – XIII)

Zbadaj każdy zakres. Maksymalna liczba punktów wynosi 30.

IX. ORIENTACJA (1 punkt za prawidłową odpowiedź)

MIESIĄC	0	1
DATA	0	1
DZIEŃ TYGODNIA	0	1
ROK	0	1
CZAS	0	1

WYNIK W PUNKTACH (orientacja):/5

X. PAMIĘĆ BEZPOŚREDNIA

Przeczytać poszkodowanemu 5 słów ze spisu i poprosić go o powtórzenie słów w dowolnej kolejności. Powtórzyć jeszcze 2 razy. Przyznajemy 1 pkt za prawidłową odpowiedź.

Podliczamy punkty po 3 próbach. Maksymalna liczba punktów to 15.

LISTA	PRÓBA 1		PRÓBA 2		PRÓBA 3	
ŁOKIEĆ	0	1	0	1	0	1
JABŁKO	0	1	0	1	0	1
DYWAN	0	1	0	1	0	1
SIODŁO	0	1	0	1	0	1
BANKA	0	1	0	1	0	1
WYNIK						

WYNIK W PUNKTACH (pamięć bezpośrednia):/15

XI. BADANIE NEUROLOGICZNE

JEŻELI STAN PACJENTA NA TO POZWALA, NALEŻY SPRAWDZIĆ:

1. **OCZY** – reakcja źrenic oraz ruchy gałek ocznych
2. **REAKCJA WERBALNA** – biegłość mowy oraz znajdowanie słów
3. **FUNKCJE MOTORYCZNE** – napięcie mięśniowe, koordynacja ruchów w czasie chodzenia

Zanotuj każdą nieprawidłowość. Za to nie ma punktów.

XII. KONCENTRACJA

Odwrotne cyfry (powtarzanie): idź do następnego szeregu, jeżeli są poprawne odpowiedzi po pierwszej próbie. Przerwij, jeżeli są złe odpowiedzi po dwóch próbach.

4-9-3	6-2-9	0	1
3-8-1-4	3-2-7-9	0	1
6-2-9-7-1	1-5-2-8-5	0	1
7-1-8-4-6-2	5-3-9-1-4-8	0	1

Miesiące w odwrotnej kolejności: 1 pkt w przypadku prawidłowego powtórzenia sekwencji.

GRUDZIEŃ – LISTOPAD – PAŹDZIERNIK – WRZESIEŃ – SIERPIEŃ – LIPIEC –
CZERWIEC – MAJ – KWIECIEŃ – MARZEC – LUTY – STYCZEŃ.

WYNIK W PUNKTACH (koncentracja)/5

XIII. OPÓŹNIONE PRZYPOMNIENIE (1 PKT KAŻDA ODPOWIEDŹ)

Poproś pacjenta, aby przypomniał 5 słów zapamiętanych z wcześniejszego testu na pamięć bezpośrednią (nie przypominaj).

ŁOKIEĆ	0	1
JABŁKO	0	1
DYWAN	0	1
SIODŁO	0	1
BAŃKA	0	1

OPÓŹNIONE PRZYPOMNIENIE – WYNIK W PUNKTACH/5

WYNIK OGÓLNY/30

UWAGI

DIAGNOZA: zaznacz obwódką lub napisz w rozpoznaniu

NUMERY STATYSTYCZNE WG ICD-9 (**MIANOWNICTWO AMERYKAŃSKIE**)

NIE MA WSTRZĄSU MÓZGU

850.0 WSTRZĄS MÓZGU BEZ UTRATY PRZYTOMNOŚCI (LOC)

850.1 WSTRZĄS MÓZGU Z UTRATĄ PRZYTOMNOŚCI (LOC)

NUMERY STATYSTYCZNE WG ICD-10 (**MIANOWNICTWO POLSKIE**)

S06.0 WSTRZĄŚNIENIE MÓZGU

INNE

ROZPOZNANIE:

FORMULARZ B

Formularz MACE B jest testem alternatywnym.

PAMIĘĆ BEZPOŚREDNIA

Przeczytaj głośno wszystkie 5 słów i poproś pacjenta o powtórzenie ich w dowolnej kolejności. Potwórz jeszcze 2 razy w celu wykonania 3 prób (przyznajemy 1 punkt za każdą poprawną odpowiedź).

Lista	Próba 1	Próba 2	Próba 3
Śweczka	0 1	0 1	0 1
Papier	0 1	0 1	0 1
Cukier	0 1	0 1	0 1
Kanapka	0 1	0 1	0 1
Wagon	0 1	0 1	0 1
Łączna liczba			

KONCENTRACJA

Przeczytaj ciąg cyfr. Oczekuj odpowiedzi w odwrotnej kolejności (od tyłu). Jeżeli próba przebiega pomyślnie, przeprowadź kolejne próby. Przyznajemy 1 pkt za każde 2 ciągi liczb w jednej kolumnie.

5-2-6	4-1-5	0	1
1-7-9-5	4-9-6-8	0	1
4-8-5-2-7	6-1-8-4-3	0	1
8-3-1-9-6-4	7-2-4-8-5-6	0	1

OPÓŹNIONE PRZYPOMINANIE

Poproś pacjenta o przypomnienie 5 słów zapamiętanych wcześniej (nie czytaj słów). Przyznajemy 1 pkt za każdą prawidłową odpowiedź.

Śweczka	0	1
Papier	0	1
Cukier	0	1
Kanapka	0	1
Wagon	0	1

FORMULARZ C

Formularz MACE C jest testem alternatywnym.

PAMIĘĆ BEZPOŚREDNIA

Przeczytaj głośno wszystkie 5 słów i poproś pacjenta o powtórzenie ich w dowolnej kolejności. Powtórz jeszcze 2 razy w celu wykonania 3 prób (przyznajemy 1 punkt za każdą poprawną odpowiedź.)

Lista	Próba 1	Próba 2	Próba 3
Laska	0 1	0 1	0 1
Małpa	0 1	0 1	0 1
Perfumy	0 1	0 1	0 1
Zachód słońca	0 1	0 1	0 1
Żelazo	0 1	0 1	0 1
Łączna liczba			

KONCENTRACJA

Przeczytaj ciąg cyfr. Oczekuj odpowiedzi w odwrotnej kolejności (od tyłu). Jeżeli próba przebiega pomyślnie, przeprowadź kolejne próby. Przyznajemy 1 pkt za każde 2 ciągi liczb w jednej kolumnie.

1-4-2	6-5-8	0	1
6-8-3-1	3-4-8-1	0	1
4-9-1-5-3	6-8-2-5-1	0	1
3-7-6-5-1-9	9-2-6-5-1-4	0	1

OPÓŹNIONE PRZYPOMINANIE

Poproś pacjenta o przypomnienie 5 słów zapamiętanych wcześniej (nie czytaj słów). Przyznajemy 1 pkt za każdą prawidłową odpowiedź.

Laska	0	1
Małpa	0	1
Perfumy	0	1
Zachód słońca	0	1
Żelazo	0	1

WZÓR

**KARTA INFORMACYJNA DLA PACJENTA
PO PRZEBYTYM WSTRZĄŚNIENIU MÓZGU****WSTRZĄŚNIENIE MÓZGU****1. Co to jest wstrząśnienie mózgu?**

Wstrząśnienie mózgu jest chorobą polegającą na zaburzeniach pracy mózgu spowodowanym bezpośrednim lub pośrednim urazem głowy. W warunkach bojowych obrażenie jest przeważnie skutkiem wybuchu (narażenie na działanie fali uderzeniowej), bezpośredniego uderzenia pociskiem, odłamkiem lub elementem wyposażenia (także podczas przebywania w pojeździe), upadkiem z wysokości lub upadkiem komunikacyjnym. U części poszkodowanych w takich przypadkach dochodzi do czasowej utraty przytomności.

2. Główne objawy wstrząśnienia mózgu:

- a. ból głowy
- b. zmęczenie
- c. nadwrażliwość na światło i dźwięk
- d. utrudniona koncentracja
- e. zaburzenia równowagi
- f. nudności/wymioty
- g. bezsenność/zaburzenia snu
- h. zaburzenia widzenia/nieostre widzenie
- i. dzwonienie w uszach
- j. zawroty głowy
- k. senność
- l. zaburzenia pamięci/zapamiętywania
- m. drażliwość
- n. splątanie/dezorientacja

Objawy wstrząśnienia mózgu zwykle ustępują w ciągu kilku godzin/dni i zazwyczaj całkowicie zanikają w okresie kilkunastu dni.

3. W jaki sposób rozpoznaje się wstrząśnienie mózgu?

Po pierwsze, personel medyczny (ratownik/pielęgniarka/lekarz) podda Cię badaniu. Jednym z elementów badania jest przeprowadzenie testu MACE, który został wprowadzony dla szczegółowej oceny poszkodowanych z podejrzeniem wstrząśnienia mózgu. Następnie przeprowadzający badanie będzie chciał uzyskać informacje od świadków zdarzenia, co ma szczególne znaczenie w przypadku utraty przez Ciebie przytomności (okoliczności zdarzenia, jak długo pozostawałeś nieprzytomny itp.).

Na podstawie tych badań personel medyczny zdecyduje, czy wymagana jest Twoja ewakuacja na dalszy etap pomocy medycznej (konsultacje i specjalistyczne badania w tym badanie tomograficzne głowy), dalsza obserwacja

w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych, zwolnienie na pewien okres z wykonywania obowiązków służbowych czy powrót do służby.

4. Sygnały ostrzegawcze:

Niektóre objawy wstrząśnienia mózgu są związane z koniecznością niezwłocznego podjęcia intensywnych procedur diagnostycznych i leczniczych. **Jeśli zauważysz którykolwiek z niżej wymienionych objawów, natychmiast zgłoś się do punktu pomocy medycznej:**

- a. pogarszający się stan świadomości
- b. drgawki
- c. podwójne widzenie
- d. nierówne źrenice
- e. nawracające wymioty
- f. narastający ból głowy
- g. niezdolność do rozpoznawania osób i miejsc
- h. niewyraźna mowa
- i. osłabienie siły lub zaburzenia czucia w kończynach

5. Kiedy mogę wrócić do służby?

Po przeprowadzeniu badania członek personelu medycznego najprawdopodobniej zleci Ci ograniczenia w zakresie wykonywania obowiązków służbowych. Nie powinieneś wracać do służby, jeśli występują dolegliwości takie jak bóle czy zawroty głowy. Jeśli Twój uraz był miernie nasilony, bez utraty przytomności, najprawdopodobniej wrócisz do służby po kilkudziesięciu godzinach od zdarzenia. Jeśli natomiast wystąpiła u Ciebie utrata pamięci (tzw. niepamięć wsteczna) lub utrata przytomności, wrócisz do wykonywania obowiązków służbowych po kilku albo kilkunastu dniach. Natomiast, jeśli był to Twój kolejny uraz głowy, koniecznie może okazać się skierowanie Cię na specjalistyczne badania.

6. Czy mogę obawiać się jakichkolwiek długotrwałych zaburzeń po urazie?

Większość poszkodowanych wraca do zdrowia bez jakichkolwiek zaburzeń, jednakże stopniowo zmniejszające się objawy mogą występować nawet przez kilka tygodni po urazie. Zagroženiem są powtarzające się urazy głowy, które mogą spowodować utrwalone objawy.

7. Co jeszcze powinienem wiedzieć?

- a. Sen to podstawa – daj odpocząć swojemu mózgowi przez zapewnienie co najmniej 8 godzin nieprzerwanego snu w nocy
- b. Wracaj do normalnej aktywności stopniowo
- c. Unikaj sportów kontaktowych, które mogą spowodować powtórny uraz głowy
- d. Jeśli czujesz się porytowany/zdenerwowany – zastosuj techniki relaksacyjne
- e. Bądź cierpliwy!!! Powrót do pełnej aktywności zajmie trochę czasu.

WZÓR

ARKUSZ BADANIA NURKA

WYWIAD LEKARSKI I SPRAWDZENIE SPRZĘTU					
Wypełnia nurek			Wypełnia nurek		
Imię: _____			Imię: _____		
Nazwisko: _____			Nazwisko: _____		
Tak	Nie	Wywiad	Tak	Nie	Wywiad
		Czy czujesz się zdolny do nurkowania?			Czy czujesz się zdolny do nurkowania?
		Czy w ciągu ostatnich 24 godzin piłeś alkohol?			Czy w ciągu ostatnich 24 godzin piłeś alkohol?
		Czy jesteś wyspany i wypoczęty?			Czy jesteś wyspany i wypoczęty?
		Czy sprawdziłeś poprawność działania sprzętu i jego ukompletowanie?			Czy sprawdziłeś poprawność działania sprzętu i jego ukompletowanie?
Komisja lekarska z dnia: _____			Komisja lekarska z dnia: _____		
Test tolerancji tlenowej z dnia: _____			Test tolerancji tlenowej z dnia: _____		
Ostatnie nurkowanie			Ostatnie nurkowanie		
data: _____			data: _____		
rodzaj czynnika oddechowego: _____			rodzaj czynnika oddechowego: _____		
głębokość: _____			głębokość: _____		
czas pobytu na dnie: _____			czas pobytu na dnie: _____		
Stwierdzam prawdziwość powyższych danych			Stwierdzam prawdziwość powyższych danych		
podpis nurka: _____			podpis nurka: _____		
Badania lekarskie (wypełnia lekarz)					
Tętno			Tętno		
Ciśnienie tętnicze krwi			Ciśnienie tętnicze krwi		
Liczba oddechów na minutę			Liczba oddechów na minutę		
Opinia lekarza: _____			Opinia lekarza: _____		
Data, podpis i pieczęć lekarza: _____			Data, podpis i pieczęć lekarza: _____		

WZÓR

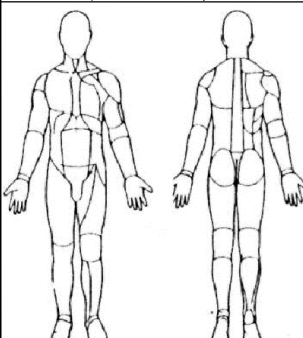
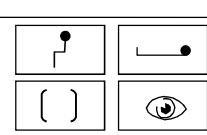
ARKUSZ 4-MINUTOWEGO BADANIA NEUROLOGICZNEGO NURKA

Nazwisko i imię, wiek:

Miejsce badania: data:/...../..... godzina:

Parametr	Norma	Patologia / objaśnienie
GŁOWA I SZYJA		
Orientacja (czas, miejsce, osoba)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostrość wzroku (liczenie palców, podwójne widzenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pole widzenia (wodzenie oczami za palcem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Żrenice (szerokość, reakcja na światło)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruchy gałek ocznych (wodzenie „H”, oczopląs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czucie (czoło, policzki, żuchwa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaciskanie zębów (żwacze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marszczenie czoła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zamykanie oczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uśmiech lub grymas twarzy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badanie słuchu (orientacyjne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Język (wysuwanie, zbaczanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Połykanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BARKI		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wzruszanie ramionami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOŃCZYNY GÓRNE		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siła mięśniowa:		
a) symetryczność uścisku palców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) próba „kciuk w dół” (opór siły przywodzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) próba „kciuk w kciuk” (opór siły odwodzenia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KLATKA PIERSIOWA		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KOŃCZYNY DOLNE		
Czucie dotyku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siła mięśniowa:		
a) zgięcie i prostowanie stawów wbrew oporowi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Objaw Babińskiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WZÓR KARTY EWAKUACJI MEDYCZNEJ

Karta ewakuacji medycznej						
Identyfikacja	Początek objawów data, godz.	Narodowość	Nr identyfikacyjny	Wyznanie	Stopień	Jednostka
	Przybycie (data, godz.)	Kategoria	Nazwisko			Skażenie Bez <input type="checkbox"/> Radiacyjne <input type="checkbox"/> Biologiczne <input type="checkbox"/> Chemiczne <input type="checkbox"/>
	Czas między zranieniem	Wojskowy <input type="checkbox"/> Cywil <input type="checkbox"/> Jeniec <input type="checkbox"/>	Imiona			
	Stan lekki <input type="checkbox"/> Stan średni <input type="checkbox"/> Stan ciężki <input type="checkbox"/>	Przyczyna zranienia Ranny w boju <input type="checkbox"/> Choroba <input type="checkbox"/> Ranny w wypadku <input type="checkbox"/> Zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/>			Płeć <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Uczulenia
Spostrzeżenia kliniczne przy przybyciu	Stan świadomości data, godz.		data, godz.		Data, godz. obserwacji	
	Otwieranie oczu	Kontakt słowny	Reakcja ruchowa		Ciśnienie krwi	
	Spontanizm <input type="checkbox"/>	Zorientowany <input type="checkbox"/>	Wykonuje komendy <input type="checkbox"/>		Puls/min	
	Reakcja na mowę <input type="checkbox"/>	Dialog nieskoordynowany <input type="checkbox"/>	Lokalizacja bólu <input type="checkbox"/>		Ilość oddech/min	
	Reakcja na ból <input type="checkbox"/>	Niewłaściwe słowa <input type="checkbox"/>	Normalne zgięcie <input type="checkbox"/>			
Bez reakcji <input type="checkbox"/>	Niezrozumiałe dźwięki <input type="checkbox"/>	Niewłaściwe zgięcie <input type="checkbox"/>				
	Brak <input type="checkbox"/>	Wyprost <input type="checkbox"/>				
		Brak <input type="checkbox"/>				
Spostrzeżenia kliniczne:						
Rozpoznanie:				Rana Oparzenie <input type="checkbox"/> Złamanie Krwawienie <input type="checkbox"/>		
Leczenie	Kolejność leczenia ① ② ③ ④			Rodzaj	Objętość	Data, godz.
	Leczenie:			Znieczulenia		
				Podane płyny dożylnie		
				Anatoksyna tężcowa		
				Leczenie oparzeń chemicznych		
				Antybiotyki		
	Opaska uciskowa	Data, godz.	Czas rozluźnienia data, godz.			
Ewakuacja	Kategoria ewakuacji ① ② ③		Powrót do jednostki	Ewakuacja do jednostki medycznej		
	Uwagi do ewakuacji:					
	Podpis		Jednostka medyczna		Wyjazd data, godz.	

WZÓR SPRAWOZDANIA SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNEGO PRZESYŁANEGO PRZEZ LEKARZY
DO WOJSKOWEGO OŚRODKA MEDYCZYNY PREWENCYJNEJ – WOMP

Jednostka Wojskowa Nr

Województwo

Powiat

SPRAWOZDANIE SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNE NR /
miesiąc / rok

Zachorowania na choroby zakaźne, zatrucia związkami chemicznymi i choroby zawodowe związane ze służbą
wojskową/stanowiskiem pracy pracownika wojska
zgłoszone w okresie od do

Jednostka chorobowa (symbole wg „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” ICD-10)	Żołnierze	Pracownicy wojska
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności: ogółem (B20–B24)		
Dur brzuszny (A01.0)		
Dury rzekome A.B.C. (A01.1–A01.3)		
Salmonellozy: ogółem (A02)		
Czerwonka bakteryjna/szigeloza (A03)		
Inne bakteryjne zakażenia jelit.: razem (A04)		
wywołane przez <i>E. Coli</i> (A04.0–4)		
wywołane przez <i>Campylobacter</i> (A04.5)		
wywołane przez <i>Yersinia enterocolitica</i> (A04.6)		
inne (A04.7–9)		
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem (A05)		
w tym: gronkowce (A05.0)		
salmonellozy (A02.0)		
jadem kielbasianym/botulizm (A05.1)		
wywołane <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)		
inne określone (A05.3–A05.8)		
Wirusowe i inne określone zakażenia jelitowe: razem (A08)		
wywołane przez rotawirusy (A08.0)		
ostra gastroenteropatia (czynnik Norwalk) (A08.1)		
inne (A08.2–5)		
Biegunka i zapalenia żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnym zakaźnym pochodzeniu (A09)		
Zatrucia naturalnie toksycz. pokarm: razem (T62)		
w tym: grzybami (T62.0)		
inne zatrucia (T62.1–9)		
Inne zatrucia: razem		
w tym: lekami, preparatami farmakologicznymi, substancjami biologicznymi (T36–T50)		
środ. narkotycznymi i halucynogennymi (T40)		
alkoholem (T51)		
inne zatrucia (T52–T61; T63–T65)		
Wirusowe zapalenie wątroby: razem		
typu A (B15)		
typu B (B16; B18.0–B18.1)		
typu C (B17.1; B18.2)		
typu B+C (B16; B18.0–1 + B17.1; B18.2)		
inne i nieokreślone (B17.0; B17.2–8; B18.8–9; B19)		
Jelitowe infestacje pasożytnicze: razem		
w tym: włośnica (B57)		
ameboza (A06)		
giardioza/lambioza (A07.1)		

kryptosporidioza (A07.2)		
pozostałe (B67-69; B77; B79)		
Posocznice: razem		
w tym: meningokokowa (A39.0)		
paciorkowcowa (A40.0-3; A40.8-9)		
gronkowcowa (A41.0-2)		
wywołana <i>Haemophilus Influenzae</i> (A41.3)		
wywołana przez bakterie Gram(-) (A41.5)		
pozostałe (B67-69; B77; B79)		
Zapalenie opon mózgowych: razem		
w tym: meningokokowe (A39.0)		
wywołane <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)		
inne bakteryjne, określone i nieokreślone (G00.1-9)		
wirusowe, określone i nieokreślone (A87; B00.3; B02.1)		
inne i nieokreślone (G03)		
Zapalenie mózgu: razem		
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne (A39.8; G04.2)		
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)		
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4)		
wirusowe, nieokreślone (A86)		
poszczepienne (G04.0)		
inne i nieokreślone (G04.8-G04.9)		
Grypa: ogółem (J10; J11)		
Infekcje GDO/zapalenie gardła, krtani, tchawicy, migdałków, przeziębienia (J00; J01; J02; J03; J20)		
Infekcje DDO/zapalenia płuc i oskrzeli (J00; J12-J22; J40-J47)		
Gruźlica płuc (A15.9)		
Grzybice skóry (B35)		
Ropne zakażenia skóry i ropnie skóry (L01; L02)		
Wszawica (B85)		
Świerzb (B86)		
Listerioza (A32)		
Tężec (A35)		
Błonica (A36)		
Szkarlatyna/płonica (A38)		
Kiła (A51)		
Rzeżączka (A54)		
Zakażenia chlamydiami przenoszonymi drogą płciową (A55; A56)		
Borelioza/Choroba z Lyme (A69.2)		
Zakażenia <i>Chlamydia psittaci</i> (A70)		
Ospa wietrzna (B01)		
Półpasiec (B02)		
Odra (B05)		
Różyczka: ogółem (B06)		
Świnka/nagminne zapalenie przyusznicy (B26)		
Mononukleozą (B27)		
Róża (A46)		
Leiszmanioza (B55.9)		
Toksoplazmoza (B58)		
Malaria (B50-B54)		
Cholera (A00)		
Dżuma (A20)		
Tularemia (A21)		

Wąglik (A22)		
Bruceleza (A23)		
Nosacizna (A24.0)		
Leptospiroza (A27.9)		
Legioneloza (A48.1-2)		
Dur wysypkowy/plamisty (A75)		
Gorączka Q (A78)		
Wścieklizna (A82)		
Styczność i narażenie na wściekliznę/potrzeba szczepień (Z20.3/Z24.2)		
Denga (A90.0)		
Wirusowe gorączki krwotoczne (A92-A94; A96-99)		
Żółta febra (A95)		
Ospa prawdziwa (B03)		
Choroby zawodowe		
Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne		
Gorączka metaliczna		
Pylice płuc:		
Pylica krzemowa		
Pylica górników kopalń węgla		
Pylico-gruźlica		
Pylica spawaczy		
Pylica azbestowa oraz pozostałe pylice krzemianowe		
Pylica talkowa		
Pylica grafitowa		
Pylice wywoływane pyłami metali		
Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu (rozległe zgrubienia opłucnej, rozległe blaszki opłucnej lub osierdzia, wysięk opłucnowy)		
Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli, które spowodowało trwałe upośledzenie sprawności wentylacyjnej płuc z obniżeniem natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) poniżej 60% wartości należnej, wywołane narażeniem na pyły lub gazy drażniące, jeżeli w ostatnich 10 latach pracy zawodowej co najmniej w 30% przypadków stwierdzono na stanowisku pracy przekroczenia najwyższych dopuszczalnych stężeń		
Astma oskrzelowa		
Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych (postać ostra, podostra, przewlekła)		
Ostre uogólnione reakcje alergiczne		
Beryloza		
Byssinoza		
Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych		
Alergiczny nieżyt nosa		
Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym		
Przedziurawienie przegrody nosa wywołane substancjami o działaniu żrącym lub drażniącym		
Przewlekłe choroby narządu głosu spowodowane nadmiernym wysiłkiem głosowym, trwającym co najmniej 15 lat (guzki głosowe twarde, wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych, niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią)		
Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego:		
Ostra choroba popromienna uogólniona po napromieniowaniu całego ciała lub przeważającej jego części		

Ostra choroba popromienna o charakterze zmian zapalnych lub zapalno-martwiczych skóry i tkanki podskórnej		
Przewlekłe popromienne zapalenie skóry		
Przewlekłe uszkodzenie szpiku kostnego		
Zaćma popromienna		
Nowotwory złośliwe powstałe w następstwie działania czynników występujących w środowisku pracy, uznanych za rakotwórcze u ludzi:		
Rak płuca, rak oskrzela		
Międzybłonniak opłucnej albo otrzewnej		
Nowotwór układu krwiotwórczego		
Nowotwór skóry		
Nowotwór pęcherza moczowego		
Nowotwór wątroby		
Rak krtani		
Nowotwór nosa i zatok przynosowych		
Nowotwory wywołane działaniem promieniowania jonizującego z prawdopodobieństwem indukcji przekraczającym 10%		
Choroby skóry:		
Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry		
Kontaktowe zapalenie skóry z podrażnienia		
Trądzik olejowy, smarowy lub chlorowy o rozległym charakterze		
Drożdżakowe zapalenie skóry rąk u osób pracujących w warunkach sprzyjających rozwojowi drożdżaków chorobotwórczych		
Grzybice skóry u osób stykających się z materiałem biologicznym pochodzącym od zwierząt		
Pokrzywka kontaktowa		
Fotodermatozy zawodowe		
Przewlekłe choroby układu ruchu wywołane sposobem wykonywania pracy:		
Przewlekłe zapalenie ścięgna i jego pochewki		
Przewlekłe zapalenie kaletki maziowej		
Przewlekłe uszkodzenie łokotki u osób wykonujących pracę w pozycji kłęzącej lub kucznej		
Przewlekłe zapalenie okołostawowe barku		
Przewlekłe zapalenie nadkłykcia kości ramiennej		
Zmęczeniowe złamanie kości		
Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego wywołane sposobem wykonywania pracy:		
Zespół cieśni w obrębie nadgarstka		
Zespół rowka nerwu łokciowego		
Zespół kanału de Guyona		
Uszkodzenie nerwu strzałkowego wspólnego u osób wykonujących pracę w pozycji kucznej		
Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego spowodowany hałasem, wyrażony podwyższeniem progu słuchu o wielkości co najmniej 45 dB w uchu lepiej słyszającym, obliczony jako średnia arytmetyczna dla częstotliwości audiometrycznych 1,2 i 3 kHz		
Zespół wibracyjny:		
Postać naczyniowo-nerwowa		
Postać kostno-stawowa		
Postać mieszana: naczyniowo-nerwowa i kostno-stawowa		
Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego:		
Choroba dekompresyjna		
Urazy ciśnieniowe		

Następstwa oddychania mieszaninami gazowymi pod zwiększonym ciśnieniem		
Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia:		
Udar cieplny albo jego następstwa		
Wyczerpanie cieplne albo jego następstwa		
Odmroziny		
Choroby układu wzrokowego wywołane czynnikami fizycznymi, chemicznymi lub biologicznymi:		
Alergiczne zapalenie spojówek		
Ostre zapalenie spojówek wywołane promieniowaniem nadfioletowym		
Epidemiczne wirusowe zapalenie spojówek lub rogówki		
Zwyrodnienie rogówki wywołane czynnikami drażniącymi		
Zaćma wywołana działaniem promieniowania podczerwonego lub długofalowego nadfioletowego		
Centralne zmiany zwyrodnieniowe siatkówki i naczyńówki wywołane krótkofalowym promieniowaniem podczerwonym lub promieniowaniem widzialnym z obszaru widma niebieskiego		

WZÓR SPRAWOZDANIA Z WYKONANYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH WŚRÓD ŻOŁNIERZY
I PRACOWNIKÓW WOJSKA

SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W /..... W SIŁACH ZBROJNYCH RP
miesiąc / rok

Rodzaj szczepienia	Ogółem liczba zaszczepionych	Liczba zaszczepionych wyjeżdżających na misje	Odczyn poszczepienny	
			miejsc.	ogólny
p/durowi brzuszному i tężcowi: podstawowe (2x)				
doszczepienie (1x)				
p/odrze				
p/świnie				
p/różyczce				
p/ospie wietrznej				
p/grypie				
p/WZW A				
p/WZW B				
p/WZW A+B (Twinrix)				
p/tężcowi				
p/błonicy				
p/durowi brzuszному				
p/meningokowemu zapaleniu OMR gr. A				
p/meningokowemu zapaleniu OMR gr. C				
p/meningokowemu zapaleniu OMR gr. A, C, Y, W135				
p/KZM				
p/polio				
p/wścieklicznie				
p/żółtej febrze				
p/japoń. zapaleniu mózgu				
inne (wąglik, ospa prawdziwa, cholera)				