
	Ocena stanu pacjenta.	OS5	
		strona	1 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:			

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Psycholog	Natalia Bartczak	31.12.2018	mgr A. Bartczak psycholog
Sprawdził:	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa	Ewa Zalc- Budziszewska	31.12.2018	Z-ca dyrektora d.s. Lecznictwa WSZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy dr n. med. Ewa Zalc-Budziszewska
Zatwierdził:	Dyrektor Szpitala	Sławomir Wysocki	31.12.2018	DYREKTOR Wojewódzkiego Specjalistycznego ZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy/Kalisza lek. med. Sławomir Wysocki

OS 5.1 Dane identyfikacyjne:

- nazwisko i imię (imiona),
- datę urodzenia,
- oznaczenie płci (w Indywidualnej Karcie Zleceń Lekarskich, w Karcie gorączkowej, w Historii pielęgnowania)
- adres miejsca zamieszkania,
- numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- dane kontaktowe pacjenta (telefon, adres).

	Ocena stanu pacjenta.	OS5	
		strona	2 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:			


OS 5.2 Wskazanie osób lub osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia.

W dokumentacji medycznej znajduje się nazwisko, imię i numer telefonu osoby/ osób upoważnionych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz do wglądu w jego dokumentację medyczną. Brak wskazania osoby upoważnionej odnotowuje się w historii choroby.


Zasady udostępniania dokumentacji medycznej określa z art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Art. 26.

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
 - 2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;

	Ocena stanu pacjenta.	OS5	
		strona	3 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:			

- 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - 8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
 - 9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, w zakresie prowadzonego postępowania;
 - 10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
 - 11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657 i Nr 174, poz. 1039), w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

	Ocena stanu pacjenta.	OS5	
		strona	4 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:			

Pacjent może upoważnić wskazaną osobę do zapoznawania się z informacjami dotyczącymi jego stanu zdrowia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. Także przedstawiciel ustawowy pacjenta może upoważnić wyraźnie wskazaną osobę. Osoba upoważniona działa w imieniu pacjenta, a jej wyznaczenie nie stanowi przeszkody do dalszego, bezpośredniego korzystania z omawianego prawa przez samego pacjenta.


OS 5.3

Wyniki badania przedmiotowego:

W rutynowym wywiadzie uwzględnione są:

- powód przyjęcia,
- główne dolegliwości,
- ewentualne inne dolegliwości,
- przebieg dotychczasowego leczenia,
- stosowane leki,
- uczulenia i idiosynkrazje,
- przebyte choroby i operacje,
- używki, diety,
- wywiad rodzinny i środowiskowy,
- w przypadku kobiet – wywiad ginekologiczny.

Jeśli nie jest możliwe zebranie powyższych danych, fakt ten jest odnotowywany w historii choroby.

	Ocena stanu pacjenta.	OS5	
		strona	5 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:			

OS 5.4 Ocenę stanu psychicznego pacjenta:

Dokumentacja medyczna zawiera ocenę stanu psychicznego pacjenta (w systemie elektronicznym, we wzorze badania przedmiotowego).

OS 5.5 Ocenę stanu społecznego pacjenta:

Dokumentacja medyczna zawiera ocenę stanu społecznego pacjenta w dokumentacji pielęgniarskiej.

OS 5.6 Wyniki badania przedmiotowego:

Badanie przedmiotowe obejmuje ustalony przez szpital zakres badania fizykalnego, wzór w systemie elektronicznym).

OS 5.7 Ocenę potrzeb żywieniowych każdego pacjenta:

Każdy pacjent przyjmowany do szpitala oceniany jest pod kątem potrzeb żywieniowych – czy wymaga terapii żywieniowej lub specjalnej diety, czy istnieje ryzyko niedożywienia w trakcie diagnostyki i leczenia. Ocena dokumentowana jest w historii choroby (skala SGA).


OS 5.8 Rozpoznanie:

Historia choroby zawiera powód przyjęcia i rozpoznanie wstępne oraz rozpoznanie ostateczne ustalone na koniec hospitalizacji. Rozpoznanie wstępne może być rozpoznaniem objawowym.

OS 5.9 Codzienną ocenę lekarską:

Pierwsza obserwacja lekarska zawiera plan postępowania na czas hospitalizacji. Ocena dotycząca przebiegu diagnostyki i/lub leczenia jest dokonywana codziennie, aby na bieżąco rejestrować zmiany stanu pacjenta, tak, by ewentualnie modyfikować plan opieki.

Po dniach wolnych dokumentację lekarską uzupełnia lekarz prowadzący po konsultacji z lekarzem dyżurującym w trakcie porannej odprawy lekarskiej.

	Ocena stanu pacjenta.	OS5	
		strona	6 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:			

OS 5.10 Ocenę pielęgniarską:

Ocena pielęgniarska stanowi istotne źródło informacji o pacjencie i pozwala na modyfikowanie planu opieki.

Ocena pielęgniarska jest prowadzona codziennie w formie elektronicznej na koniec każdego dyżuru :

- dyżur dzienny,
- dyżur nocny.


Pozwala nam to ocenić uzyskane efekty pielęgnowania.

OS 5.11 Zapis określający lekarza odpowiadającego za opiekę nad pacjentem:

Nazwisko lekarza prowadzącego zapisywane jest w historii choroby na 1 stronie (pieczętka i podpis lekarza).

OS 5.12 Epikryzę ustaloną w czasie wypisu:

W epikryzie znajduje się krytyczne, analityczne podsumowanie odnoszące się do postępowania diagnostycznego i/lub terapeutycznego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu. Obejmuje również informacje o uzyskanych efektach, skutkach ubocznych zastosowanego postępowania i ewentualnych zdarzeniach niepożądanych.

	Ocena stanu pacjenta.	OS5	
		strona	7 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
DOKUMENTACJA MEDYCZNA PACJENTA ZAWIERA:			

OS 5.13 Zalecenia końcowe:

Zalecenia dotyczące dalszego postępowania z pacjentem i dla pacjenta, zawarte są na końcu Karty Informacyjnej:

- Leki, dawkowanie, pory przyjęcia leków (rano, południe, wieczór),
- Zalecenia odnośnie dalszego leczenia ambulatoryjnego i w POZ,
- W przypadku zaleceń leczenia w innej placówce szpitalnej zalecenie z wystawieniem skierowania.

Jeżeli pacjent nie korzystał ze wskazanej poradni specjalistycznej wypisywane jest skierowanie.

- Dieta zalecana dla pacjenta (wymienia się każdy rodzaj diety, także podstawowy).