	Zarządzenie Informacją.	Z15	
		strona	1 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>TWORZENIE I KONTROLA DOKUMENTACJI – OCENA ZAWARTOŚCI, KOMPLETNOŚCI ORAZ AUTORYZACJI.</b>			

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Psycholog	Natalia Bartczak	31.12.2018	mgr Natalia E. Psycholog
Sprawdził:	Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa	Ewa Zalc- Budziszewska	31.12.2018	Z-ca dyrektora Specjalizacji Lecznictwa WSZ Olsztyn, Plac 1 Grudnia w Wolcy dr h. med. Ewa Zalc-Budziszewska
Zatwierdził:	Dyrektor Szpitala	Sławomir Wysocki	31.12.2018	REKTOR Wódzkiego Specjalistycznego Prac i Gruźlicy w Wolcy k/Kalisza ed. Sławomir Wysocki

### 1. Cel

Zapewnienie, że dokumentacja medyczna będzie prowadzona w sposób pozwalający na prawidłową realizację świadczeń medycznych, jednocześnie w sposób zgodny z obowiązującymi wymaganiami prawnymi i pozwalający na zaprezentowanie zgodności świadczeń medycznych ze zidentyfikowanymi wymaganiami.


### 2. Przedmiot i zakres stosowania

Przedmiotem procedury są zasady tworzenia, identyfikowania, nadzorowania, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej.

### 3. Definicje i terminologia

**Dokumentacja medyczna** – jest to zbiór dokumentów medycznych.

**Dokument medyczny** – jest to każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji, który zawiera, co najmniej:

	Zarządzenie Informacją.	Z15	
		strona	2 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>TWORZENIE I KONTROLA DOKUMENTACJI – OCENA ZAWARTOŚCI, KOMPLETNOŚCI ORAZ AUTORYZACJI.</b>			

- oznaczenie pacjenta, którego dotyczy dokument, pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
- identyfikację osoby sporządzającej dokument,
- oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej oraz komórki organizacyjnej, w której sporządzono dokument,
- dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta lub udzielanych mu świadczeń medycznych, datę sporządzenia.

#### 4. Odpowiedzialność i uprawnienia

##### *Dyrektor*

odpowiada za zatwierdzenie niniejszej procedury.

##### *Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa*

odpowiada za treść i funkcjonowanie niniejszej procedury oraz za aktualizację wykazu prowadzonej dokumentacji medycznej.

##### *Przełożona Pielęgniarek*

odpowiada za treść i funkcjonowanie niniejszej procedury w zakresie pielęgniarskim oraz za aktualizację wykazu prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej.


##### *Lekarze kierujący oddziałami / kierownicy komórek organizacyjnych* każdy

w swoim zakresie odpowiadają za:

- właściwy nadzór nad prowadzoną w swojej komórce dokumentacją medyczną,
- wyznaczenie i zorganizowanie miejsc przechowywania dokumentacji medycznej,
- weryfikację zapisów zawartych w dokumentacji medycznej.

##### *Pielęgniarki oddziałowe i koordynujące pracę personelu pielęgniarskiego* odpowiadają za:

- właściwy nadzór nad prowadzoną w swojej komórce dokumentacją pielęgniarską,
- wyznaczenie i zorganizowanie miejsc przechowywania dokumentacji pielęgniarskiej,
- weryfikację zapisów zawartych w dokumentacji pielęgniarskiej.

	Zarządzenie Informacją.	Z15	
		strona	3 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>TWORZENIE I KONTROLA DOKUMENTACJI – OCENA ZAWARTOŚCI, KOMPLETNOŚCI ORAZ AUTORYZACJI.</b>			

### ***Osoba udzielająca świadczenia medycznego***

odpowiada za niezwłoczne sporządzenie wpisu w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

### ***Sekretarka medyczna***

odpowiedzialna jest przed przekazaniem dokumentacji medycznej do Archiwum, za sprawdzenie jej kompletności, uporządkowanie (ułożenie jej chronologicznie), ponumerowanie stron.

### ***Przewodniczący Zespołu ds. analizy dokumentacji medycznej***

odpowiada za przeprowadzanie przeglądów dokumentacji medycznej w zakresie wynikającym z zadań Zespołu/Komisji.

## **5. Opis postępowania**

### **5.1. Postanowienia ogólne**

**5.1.1.**Dokumentacja medyczna jest źródłem informacji do oceny i nadzorowania stanu zdrowia pacjenta oraz umożliwia pełną identyfikację udzielonych świadczeń medycznych.


**5.1.2.**Rola dokumentacji medycznej:

- dokumentowanie stanu zdrowia pacjenta,
- dokumentowanie potrzeb pacjenta,
- stanowi zbiór danych ułatwiających prowadzenie procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji.

**5.1.3.**Przegląd dokumentacji medycznej pozwala osobie odpowiedzialnej za nadzorowanie procesu leczenia lub osobie niezależnej na ocenę zgodności postępowania z obowiązującymi standardami.

**5.1.4.**W przypadku wystąpienia niezgodności dokumentacja medyczna ułatwia analizę przyczyn ich powstania, a także podjęcie właściwych działań naprawczych.



	Zarządzenie Informacją.	ZIS	
		strona	4 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>TWORZENIE I KONTROLA DOKUMENTACJI – OCENA ZAWARTOŚCI, KOMPLETNOŚCI ORAZ AUTORYZACJI.</b>			

Dokumentacja medyczna pozwala na identyfikowanie potencjalnych niezgodności i obszarów do doskonalenia realizacji świadczeń medycznych.

**5.1.5.** Dokumentacja medyczna prowadzona jest formularzach formie papierowej wytwarzanej elektronicznie oraz ręcznie na formularzach określonych w przepisach i umowach. W przypadku awarii systemu elektronicznego- dokumentacja medyczna prowadzona jest ręcznie na formularzach własnych zaprojektowanych w Zespołach.


**5.1.6.** Osoby wyznaczone do prowadzenia dokumentacji medycznej zobowiązane są zabezpieczać ją przed dostępem osób nieupoważnionych.

**5.1.7.** Wpisu w dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

**5.1.8.** Zapisów w dokumentacji medycznej dokonuje uprawniony personel poszczególnych komórek organizacyjnych. Zapisy te tworzone są zgodnie z udokumentowanymi procedurami, standardami i instrukcjami, z zachowaniem wymaganej formy i sposobu identyfikacji.

**5.1.9.** Ogólne wymagania odnośnie prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej są określone w:

- Ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.2007.14.89, z późn. zm.).
- Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2009.52.417).
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U.2010.252.1697).
- Zarządzeniach Prezesa NFZ

	Zarządzenie Informacją.	ZI5	
		strona	5 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>TWORZENIE I KONTROLA DOKUMENTACJI – OCENA ZAWARTOŚCI, KOMPLETNOŚCI ORAZ AUTORYZACJI.</b>			

## 5.2. Planowanie dokumentacji medycznej

5.2.1. Z-ca Dyrektora ds. leczenia oraz Lekarze Kierujący Oddziałami / Kierownicy komórek organizacyjnych lub wyznaczeni przez nich pracownicy planują zawartość merytoryczną, nośniki i formę dokumentacji medycznej.

0.0.2 Podstawą do planowania dokumentacji medycznej są:

- wymagania prawne,
- wymagania wynikające z zawartych umów,
- charakter wdrożonych procedur medycznych i metod diagnostycznych,
- posiadana infrastruktura,
- dostępność na rynku i w literaturze gotowych formularzy i programów komputerowych.

5.2.3. Opracowane lub zaadoptowane formularze dokumentacji medycznej są oceniane przez Radcę Prawnego Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy pod względem zgodności z prawem. Formularze zatwierdzane są do stosowania przez Dyrektora. Dokumentacja medyczna jest własnością Zespołu.


5.2.4. Właściwe stosowanie dokumentacji medycznej zapewniane jest poprzez szkolenie wewnętrzne na oddziałach, za co odpowiada kierownik oddziału. Szkolenia realizuje się na bieżąco i systematycznie.

## 5.3. Prowadzenie dokumentacji medycznej

5.3.1. Dla każdego pacjenta zakładana jest indywidualna dokumentacja medyczna – historia choroby, która zawiera:

5.3.2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zawierającym:

- nazwisko i imię;

	Zarządzenie Informacją.	ZI5	
		strona	6 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>TWORZENIE I KONTROLA DOKUMENTACJI – OCENA ZAWARTOŚCI, KOMPLETNOŚCI ORAZ AUTORYZACJI.</b>			

- numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku posiadania,
- podpis.

Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

**5.3.3.** Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość po zamknięciu historii choroby.


#### **5.4. Weryfikacja i przechowywanie dokumentacji medycznej**

**5.4.1.** Bieżąca indywidualna dokumentacja medyczna przechowywana jest w komórce w wyznaczonym miejscu w warunkach zabezpieczających ją przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiającą jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

**5.4.2.** Lekarz wypisujący pacjenta dokonuje zamknięcia dokumentacji medycznej, wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i Lekarz Kierujący Oddziałem. Dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego są wydawane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci – jeden egzemplarz karty informacyjnej wydawany jest osobie upoważnionej przez pacjenta za życia do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego dołącza się do historii choroby. Zamknięcie historii choroby powinno być dokonane w ciągu trzech dni roboczych od wypisania pacjenta.

**5.4.3.** Dokumentację medyczną udostępnioną przez pacjenta, która była dołączona do historii choroby należy zwrócić pacjentowi przy wypisie. Kopie tej dokumentacji należy dołączyć do historii choroby.



	Zarządzenie Informacją.	ZI5	
		strona	7 z 7
		edycja	01
		data wydania	31.12.2018
<b>TWORZENIE I KONTROLA DOKUMENTACJI – OCENA ZAWARTOŚCI, KOMPLETNOŚCI ORAZ AUTORYZACJI.</b>			

- 5.4.4. Lekarz kierujący oddziałem weryfikuje kompletność zapisów i dokumentów włączonych do historii choroby oraz podpisuje kartę informacyjną i zakończoną historię choroby oraz epikryzę.
- 5.4.5. Po zatwierdzeniu przez ordynatora, lekarz prowadzący przekazuje historię choroby sekretarce medycznej, która układa chronologicznie dokumenty, sprawdza kompletność dokumentacji medycznej”, numeruje wszystkie strony i przekazuje do Archiwum w dniu zamknięcia historii choroby (najpóźniej w ciągu pięciu dni roboczych od zakończenia hospitalizacji).
- 5.4.6. Dokumentacja jest archiwizowana zgodnie z Procedurą ZI 3 „Dokumentacja medyczna jest zabezpieczona”
- 5.4.7. Dokumentacja jest udostępniana zgodnie z Procedurą ZI3.3 „Procedura dostępu do archiwalnej dokumentacji medycznej przechowywanej w składnicy akt”.