

ZARZĄDZENIE NR 1/2014
DYREKTORA INSTYTUTU REUMATOLOGII IM. PROF. DR HAB. MED.
ELEONORY REICHER W WARSZAWIE
z dnia 2 stycznia 2014 r.
w sprawie dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 24 ust. 6 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2010 r. Nr 96, poz. 618, z późn. zm.), w zw. z § 8 ust. 6 statutu Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie zarządza się, co następuje:

§ 1.

Dokumentacja medyczna w Instytucie Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, zwanym dalej „Instytutem”, prowadzona jest zgodnie z zasadami określonymi w przepisach w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹.

§ 2.

1. Dokumentacja medyczna prowadzona jest jednocześnie w formie papierowej oraz elektronicznej w systemie komputerowym Hipokrates.
2. Wpisów w dokumentacji medycznej dokonuje się niezwłocznie po wykonaniu każdego świadczenia zdrowotnego, najpóźniej do końca dnia, w którym udzielono świadczenia.
3. Wszystkie wpisy w dokumentacji papierowej muszą być zgodne co do daty i treści z wpisami w dokumentacji elektronicznej. Dopuszcza się, aby wpis w dokumentacji papierowej zawierał więcej informacji, niż w dokumentacji elektronicznej w przypadku, gdy system komputerowy nakłada ograniczenia co do zawartości wpisu.
4. Z chwilą przyjęcia pacjenta do dowolnej komórki leczniczej Instytutu wprowadza się dane o przyjęciu do systemu komputerowego ruchu chorych.
5. Wszystkie księgi prowadzone w formie papierowej muszą być zszyte (zbroszurowane), a ich strony winne być numerowane kolejno. Każda księga winna być opatrzona nazwą księgi, numerem kolejnym oraz datą pierwszego i ostatniego wpisu.
6. Wpisy do ksiąg prowadzonych w formie papierowej muszą być opatrzone oznaczeniem osoby uprawnionej dokonującej wpisu i musi zawierać:
 - 1) nazwisko i imię;
 - 2) tytuł zawodowy;

¹ W dniu wydania zarządzenia obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 252, poz. 1697, z późn.zm.)

- 3) uzyskane specjalizacje;
 - 4) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej;
 - 5) podpis.
7. Niezależnie od formy prowadzenia zapisów w dokumentacji medycznej, dokumentacja zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej musi zawierać co najmniej wszystkie elementy określone w przepisach sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania².

§ 3.

W zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń lecznictwa szpitalnego obowiązują następujące zasady:

- 1) historię choroby zakłada się w dniu przyjęcia;
- 2) wpisy w dokumentacji medycznej dokonywane są bieżąco, najpóźniej do końca dnia, w którym udzielono świadczenia lub wykonano czynność medyczną;
- 3) lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem;
- 4) lekarz wypełniający kartę statystyczną jest zobowiązany do kompletnego wypełnienia karty statystycznej wraz z określeniem kodów rozpoznania wg ICD-10 w obowiązującej na dzień udzielenia świadczenia wersji jak i podania kodów zrealizowanych procedur medycznych wg ICD-9. Karta statystyczna musi odzwierciedlać zapisy zawarte w dokumentacji medycznej;
- 5) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego lekarz sporządza najpóźniej w dniu wypisania pacjenta ze szpitala; kartę sporządza się w systemie komputerowym ruchu chorych, a następnie drukuje, podpisuje i włącza do dokumentacji medycznej; kartę wręcza się pacjentowi przy wypisie;
- 6) kierownik kliniki lub osoba go zastępująca podpisuje dokumentację medyczną po dokonaniu sprawdzenia jej kompletności i prawidłowości oraz zgodności z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³; kierownik kliniki ponosi odpowiedzialność za prawidłowość i terminowość dokumentacji medycznej;
- 7) kompletną historię choroby wraz z kartą statystyczną szpitalną ogólną przekazuje się do działu statystyki medycznej w dniu wypisu, nie później niż następnego dnia roboczego po dokonaniu wypisu pacjenta;

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 252, poz. 1697, z późn.zm.).

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 252, poz. 1697, z późn.zm.).

- 8) w przypadku stwierdzenia przez kierownika kliniki niezgodności dokumentacji medycznej z przepisami lub stanem faktycznym wydaje on polecenie bezzwłocznego uzupełnienia dokumentacji lekarzowi wypisującemu, a w przypadkach powtarzających się naruszeń zasad prowadzenia dokumentacji zwraca się do Dyrektora Instytutu o udzielenie kary dyscyplinarnej dla pracownika odpowiedzialnego za naruszenia.

§ 4.

W zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń leczenia ambulatoryjnego obowiązują następujące zasady:

- 1) historię zdrowia i choroby zakłada się pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu z chwilą rejestracji;
- 2) lekarz udzielający świadczenia dokonuje wpisu w historii zdrowia i choroby oraz wypełnia kartę świadczenia ambulatoryjnego bezzwłocznie po udzieleniu świadczenia, przed rozpoczęciem udzielania świadczeń następnemu pacjentowi;
- 3) lekarz udzielający świadczenia jest zobowiązany do kompletnego wypełnienia karty statystycznej wraz z określeniem kodów rozpoznania wg ICD-10 w obowiązującej na dzień udzielenia świadczenia wersji jak i podania kodów zrealizowanych procedur medycznych wg ICD-9; odpowiedzialność za prawidłowość wypełnienia karty ponosi lekarz udzielający świadczenia;
- 4) karty świadczeń ambulatoryjnych są wprowadzane przez pracowników rejestracji do systemu komputerowego niezwłocznie po udzieleniu świadczenia; wprowadzenie świadczenia do systemu jest potwierdzane datą, pieczętą imienną i podpisem pracownika na karcie świadczeń;
- 5) karty wraz z historią zdrowia i choroby są przekazywane w dniu udzielenia świadczenia, nie później niż w następnym dniu roboczym po udzieleniu świadczenia do działu statystyki medycznej celem weryfikacji prawidłowości wprowadzenia danych do systemu komputerowego.

§ 5.

W zakresie dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń innych niż określone w § 3 i 4, obowiązują następujące zasady:

- 1) księga główna przyjęć i wypisów prowadzona jest w punkcie przyjęć w formie papierowej i elektronicznej, przy czym wymagana jest tożsamość wpisów w obydwu formach; wypisy winny być uzupełniane w księdze prowadzonej w formie papierowej najpóźniej następnego dnia roboczego po sporządzeniu wypisu w formie elektronicznej;
- 2) księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć prowadzona jest w punkcie przyjęć w formie papierowej i elektronicznej, przy czym forma papierowa może zawierać dodatkowe, bardziej szczegółowe informacje; dodatkowo lekarz podejmujący decyzję

- o odmowie przyjęcia sporządza dla pacjenta kartę odmowy hospitalizacji, zawierającą pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach;
- 3) lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego prowadzona jest w punkcie przyjęć w formie papierowej i elektronicznej;
 - 4) księga chorych oddziału prowadzona jest w oddziałach w formie papierowej i elektronicznej, przy czym wymagana jest tożsamość wpisów w obydwu formach; wypisy winny być uzupełniane w księdze prowadzonej w formie papierowej najpóźniej z chwilą wydania wypisu pacjentowi;
 - 5) księga raportów lekarskich prowadzona jest w oddziałach w formie papierowej;
 - 6) księga raportów pielęgniarskich prowadzona jest w oddziałach w formie papierowej;
 - 7) księga zabiegów prowadzona jest w komórkach wykonujących świadczenia zabiegowe w formie elektronicznej, przy czym dopuszcza się stosowanie formy papierowej, która może zawierać dodatkowe, bardziej szczegółowe informacje;
 - 8) Księga bloku operacyjnego prowadzona jest na bloku operacyjnym w formie papierowej, przy czym dopuszcza się sporządzanie dodatkowych informacji zawierających szczegółowy opis zabiegów jako załącznik do księgi pod warunkiem ujęcia w księdze wszystkich wymaganych danych;
 - 9) księga pracowni diagnostycznej prowadzona jest przez pracownie diagnostyczne w formie papierowej lub elektronicznej, przy czym forma papierowa może zawierać dodatkowe, bardziej szczegółowe informacje.

§ 6.

1. Wszystkie osoby biorące udział w sporządzaniu dokumentacji medycznej, niezależnie od formy zatrudnienia, zobowiązane są do ścisłego przestrzegania:
 - 1) przepisów obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej (obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. nr 252, poz. 1697, z późn.zm.));
 - 2) postanowień niniejszego zarządzenia.
2. W przypadku podmiotów i osób wykonujących świadczenia zdrowotne na podstawie umów cywilno-prawnych bądź umów o zamówienie na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, albo wykonujących świadczenia na zasadach podwykonawstwa postanowienia

o zobowiązaniu do przestrzeganiu zarządzenia zostaną umieszczone w umowach.

§ 7.

Naruszenie powszechnie obowiązujących przepisów, w tym w szczególności przepisów w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, lub postanowień zarządzenia stanowi ciężkie naruszenie obowiązków pracownika, a w przypadku osób niebędących pracownikami rażące naruszenie warunków wykonywania umowy.

§ 8.

Nadzór nad wykonaniem zarządzenia powierza się Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych.

§ 9.

1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 7 stycznia 2014 r, z mocą od dnia 1 stycznia 2014 r.
2. W terminie do dnia 15 stycznia 2014 r. zostaną uzupełnione wszelkie braki w dokumentacji medycznej powstałe w okresie pomiędzy 1 stycznia 2014r. a 7 stycznia 2014 r. wynikające z zaniechania prowadzenia jednej z form dokumentacji medycznej (elektronicznej lub papierowej).

DYREKTOR
Instytutu Reumatologii
Dr. n. med. Piotr Bednarski