

Dokumentacja medyczna

MAGDALENA ŁOPUSZAŃSKA-WYKROTA

Dokumentacja medyczna

Prawidłowe prowadzenie oraz udostępnianie dokumentacji medycznej stanowi jeden z kluczowych obowiązków zawodowych pielęgniarki.

Dokumentacja ta ma nie tylko znaczenie organizacyjne, ale również **pełni istotną funkcję dowodową** – zarówno w zakresie ochrony praw pacjenta, jak i w sytuacjach, gdy konieczna jest obrona placówki medycznej przed ewentualną odpowiedzialnością prawną.

Praktyka pokazuje, że to właśnie dokumentacja medyczna stanowi **podstawowe źródło informacji w sprawach dotyczących błędów medycznych**.

Na szczególną uwagę zasługuje stanowisko Sądu Najwyższego, który wskazał, że **niedające się usunąć braki w dokumentacji medycznej nie mogą być interpretowane na niekorzyść pacjenta**.

Dokumentacja medyczna

W praktyce personel medyczny często ogranicza się w dokumentacji do lakonicznych zapisów dotyczących udzielonych świadczeń, takich jak np. pomiar temperatury, ciśnienia krwi czy wykonanie zlecenia lekarskiego, nie zamieszczając szczegółowych wyników badań ani opisu przebiegu realizacji zlecenia.

Tymczasem w dokumentacji powinny znaleźć się wszystkie informacje związane z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, nawet te, które mogą wydawać się mniej istotne z punktu widzenia prowadzącego leczenie. Zapisy te stanowią potwierdzenie, że świadczenie miało miejsce oraz że przebiegło zgodnie z opisem zawartym w odpowiedniej części dokumentacji medycznej przeznaczonej dla pielęgniarek i położnych.

W związku z tym każdy dokument sporządzany przez pielęgniarkę lub położną w ramach opieki nad pacjentem powinien mieć odzwierciedlenie w historii zdrowia i choroby – zarówno tej prowadzonej przez lekarza, jak i w dokumentacji medycznej prowadzonej przez samą pielęgniarkę lub położną.

Rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna pozwala ograniczyć ryzyko odpowiedzialności osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych.

Obowiązujące akty prawne regulujące dokumentację medyczną

1. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (z dnia 6 listopada 2008 r.)

1. Ustawa ta wciąż obowiązuje, w ujednoliconym tekście (z nowelizacjami). Prawo pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej jest zapisane w art. 23 tej ustawy. Artykuły 26 i 27 określają warunki udostępniania dokumentacji (kto, w jaki sposób).

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2024 r.

1. Dotyczy dokumentacji medycznej w medycynie pracy — wprowadza zmiany dotyczące sposobu prowadzenia, przechowywania i wzorów dokumentacji w obszarze służby medycyny pracy.

Obowiązujące akty prawne regulujące dokumentację medyczną

3. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (podstawowy akt wykonawczy)**
 1. Podstawowy akt to rozporządzenie z 6 kwietnia 2020 r.
 2. To rozporządzenie zostało zmienione kilkakrotnie i obecnie obowiązuje w wersji ujednoliconej, uwzględniającej nowelizacje. Najnowsza nowelizacja to **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 lutego 2024 r.**, które zmienia rozporządzenie z 2020 r. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 16 kwietnia 2024 r. ogłasza jednolity tekst tego rozporządzenia, z uwzględnieniem zmian.

Dokumentacja medyczna a rodo

Dane medyczne stanowią szczególną kategorię **danych osobowych**, które zgodnie z **Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych** są objęte szczególną ochroną prawną. Zaliczane są do tzw. **danych wrażliwych (sensytywnych)**, ponieważ dotyczą bezpośrednio stanu zdrowia i życia człowieka.

Ustawa dopuszcza ich **przetwarzanie, gromadzenie lub udostępnianie** wyłącznie w określonych celach, takich jak:

- ochrona zdrowia,
- udzielanie świadczeń medycznych,
- leczenie pacjentów,
- zarządzanie procesem udzielania świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja medyczna a rodo

Warunkiem legalnego przetwarzania danych medycznych jest zapewnienie **pełnych gwarancji ich bezpieczeństwa**, w tym:

- stosowanie odpowiednich **zabezpieczeń technicznych i organizacyjnych**,
- dokładne określenie, **kto ma prawo dostępu** do danych,
- zapewnienie ochrony przed **nieuprawnionym ujawnieniem, utratą lub modyfikacją informacji**.

Dokumentacja medyczna

Wprowadzenie do dokumentacji medycznej nieprawdziwych informacji przez osobę prowadzącą lub współprowadzącą leczenie może skutkować poniesieniem odpowiedzialności karnej.

Z tego względu **każdy dokument sporządzony przez pielęgniarkę lub położną** powinien być oparty na faktach i posiadać odzwierciedlenie w **historii zdrowia i choroby pacjenta** — zarówno w dokumentacji lekarskiej, jak i tej prowadzonej samodzielnie przez pielęgniarkę bądź położną.

Prawidłowo i rzetelnie prowadzona dokumentacja stanowi istotny element zabezpieczenia prawnego osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, **ograniczając lub całkowicie wyłączając jej odpowiedzialność** w przypadku sporów dotyczących udzielonej opieki.

Definicja dokumentacja medyczna

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta **nie zawiera jednoznacznej definicji dokumentacji medycznej**. Wskazuje jedynie, że pacjent ma prawo wglądu do dokumentacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (art. 23 ust. 1).

Wcześniej pojęcie to było zdefiniowane w art. 18d ust. 1 pkt 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (ZOZ). Zgodnie z tym przepisem, dokumentacja medyczna obejmowała **dane i informacje odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta oraz do świadczeń zdrowotnych udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej**, gromadzone i udostępniane zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Choć definicja ta ograniczała się do zakładów opieki zdrowotnej, można ją uogólnić, przyjmując, że **dokumentacja medyczna stanowi zbiór danych opisujących stan zdrowia pacjenta oraz zakres udzielonych mu świadczeń zdrowotnych**.

Dokumentacja medyczna

Zakres informacji, które powinny być zawarte w dokumentacji medycznej, **uzależniony jest od jej rodzaju.**

Z przepisów wykonawczych wynika, że dokumentację medyczną można podzielić na **indywidualną** oraz **zbiorczą** – przy czym ta druga prowadzona jest wyłącznie w podmiotach leczniczych.

W ramach dokumentacji indywidualnej wyróżnia się **dokumentację wewnętrzną** oraz **zewnętrzną**.

- **Dokumentacja wewnętrzna** tworzona jest na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (np. lekarza, przychodni, szpitala) i obejmuje m.in. historię zdrowia oraz choroby pacjenta.
- **Dokumentacja zewnętrzna** natomiast przeznaczona jest dla pacjenta. Zawiera m.in. skierowania do szpitala lub na badania diagnostyczne, karty przebiegu ciąży, zaświadczenia, opinie i orzeczenia lekarskie, a także karty informacyjne z leczenia szpitalnego i inne dokumenty o podobnym charakterze.

Dokumentacja medyczna wg ustaw

- § 1. 1. Dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, jest prowadzona przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, zwany dalej „podmiotem”, **w postaci elektronicznej.**
2. Dokumentacja **może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej.**
3. Dokument prowadzony w jednej z postaci, o których mowa w ust. 1 i 2, nie może być jednocześnie prowadzony w drugiej z nich.

Biorąc pod uwagę wymogi związane z komunikatywnością zamieszczonych w niej wpisów, prawodawca wskazuje, by w przypadku dokumentacji papierowej wpisów dokonywać w sposób czytelny (§ 4 ust. 1 DokMedR). Ma to istotne znaczenie nie tylko dla samego pacjenta, ale przede wszystkim dla innych pracowników medycznych, którzy muszą z łatwością odczytać zawarte w dokumentacji medycznej informacje (jest to istotne zwłaszcza przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w przypadkach nagłych). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na konieczność starannego dokonywania wpisów, z użyciem prawidłowego nazewnictwa i szerszym opisem poczynionych ustaleń.

Aktualne wymagania (art. 25 Ustawy o prawach pacjenta)

Zgodnie z obowiązującym tekstem ustawy, dokumentacja medyczna musi zawierać co najmniej:

1. Oznaczenie pacjenta, umożliwiające identyfikację — w tym:

- a) nazwisko i imię (imiona)
- b) data urodzenia
- c) oznaczenie płci
- d) adres miejsca zamieszkania
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany; w przypadku noworodka — numer PESEL matki; a w przypadku osób bez nadanego PESEL — rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
- f) jeżeli pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody — nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz jego adres zamieszkania

2. Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z wyszczególnieniem komórki organizacyjnej, w której świadczenia zostały udzielone

3. Opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń medycznych

4. Data sporządzenia dokumentacji

Dokumentacja medyczna

W aktach wykonawczych do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta **duży nacisk położono na określenie zawartości merytorycznej dokumentacji medycznej**, w szczególności tej odnoszącej się do opisu stanu zdrowia i przebiegu choroby pacjenta.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, **dokumentacja indywidualna** – o ile przepisy szczególne nie stanowią inaczej – powinna zawierać m.in. oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w tym:

1. **Nazwę podmiotu leczniczego**,
2. **Kod resortowy** (część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych),
3. **Nazwę zakładu leczniczego** – jeśli dokumentację prowadzi podmiot leczniczy,
4. **Nazwę jednostki organizacyjnej** oraz jej kod resortowy (część V systemu kodów identyfikacyjnych) – w przypadku podmiotów, w których strukturze wyodrębniono jednostki organizacyjne,
5. **Nazwę komórki organizacyjnej**, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy (część VII systemu kodów identyfikacyjnych) – jeżeli podmiot leczniczy posiada taką strukturę organizacyjną.

Dokumentacja medyczna

Kolejnym elementem dokumentacji medycznej jest **oznaczenie pacjenta**, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W praktyce oznacza to, że dokumentacja powinna zawierać dane umożliwiające jednoznaczną identyfikację pacjenta, z uwzględnieniem następujących zasad:

- **Wskazuje się rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta**, podając jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony.
- **Datę urodzenia i płeć pacjenta** wpisuje się wyłącznie w sytuacji, gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL.
- **Adres miejsca zamieszkania pacjenta** odnotowuje się tylko w pierwszym egzemplarzu dokumentacji wewnętrznej wytworzonej dla danego pacjenta.

Dokumentacja medyczna

3. Dane identyfikacyjne osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej pacjenta na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:

- a) imię i nazwisko (oraz ewentualne imiona dodatkowe),
- b) tytuł zawodowy – nie dotyczy osób upoważnionych zgodnie z art. 31b ust. 1 ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- c) numer prawa wykonywania zawodu, jeśli został nadany, lub
- d) unikalny identyfikator upoważnienia nadany przez Rejestr Asystentów Medycznych, o którym mowa w art. 31b ust. 7 pkt 7 tej ustawy – w przypadku osób upoważnionych zgodnie z art. 31b ust. 1,
- e) podpis.

Dokumentacja medyczna

4. dane dotyczące stanu zdrowia lub sprawności pacjenta oraz przebiegu procesów diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych lub rehabilitacyjnych, w szczególności obejmujące:
- a) opis udzielonych świadczeń medycznych,
 - b) diagnozę choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub ciążę, a także opis stanu funkcjonowania pacjenta,
 - c) zalecenia terapeutyczne,
 - d) informacje o wydanych zaświadczeniach, orzeczeniach i opiniach medycznych,
 - e) dane dotyczące przepisanych leków, w tym dawkowanie, oraz wyrobów medycznych, wraz z unikalnymi numerami recept elektronicznych, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.).

Dokumentacja medyczna

5. inne informacje wymagane przez obowiązujące przepisy prawa;a
6. adres e-mail lub elektroniczna skrzynka podawcza pacjenta, na który ma zostać przesłana dokumentacja medyczna – dotyczy to sytuacji udostępniania dokumentacji w trybie określonym w art. 27 ust. 1 pkt 4 oraz ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 1. Termin dokonywania wpisu w dokumentacji

Wpis w dokumentacji medycznej powinien być dokonany **niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego**, najlepiej bezpośrednio po jego wykonaniu. W praktyce przyjmuje się, że najpóźniej wpis powinien znaleźć się w dokumentacji do końca dnia, w którym świadczenie zostało udzielone.

Odwlekanie sporządzenia wpisu jest niedozwolone. Przykładem może być sytuacja, w której pielęgniarka nie odnotuje podania leku, a następnie inny pracownik poda pacjentowi ten sam lek – może to stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta.

Brak wpisów w dokumentacji może również prowadzić do problemów przy rozliczeniach świadczeń refundowanych, generując nieporozumienia i konflikty.

W uzasadnionych przypadkach dokumentację można uzupełnić w terminie późniejszym (np. kilka dni po udzieleniu świadczenia), jednak **każdy taki wpis powinien być opatrzony datą sporządzenia**, a nie datą świadczenia, która pierwotnie została odnotowana w historii choroby pacjenta.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 2. Czytelność wpisów w dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna jest własnością placówki medycznej, jednak pacjent ma prawo do pełnego wglądu w informacje dotyczące jego osoby.

Personel medyczny sporządzający dokumentację musi pamiętać, że pacjent lub osoba przez niego upoważniona może mieć wgląd w dokumentację w każdym momencie świadczenia opieki zdrowotnej. W związku z tym wszystkie wpisy powinny być **czytelne i zrozumiałe nie tylko dla osoby sporządzającej zapis, ale także dla osób trzecich**, które mogą potrzebować informacji o sposobie, metodzie i przebiegu leczenia.

Czytelność oznacza, że każdy, kto ma prawo wglądu w dokumentację, jest w stanie samodzielnie odczytać i zrozumieć zapisane informacje, bez konieczności konsultowania się z autorem wpisu.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 3. Chronologiczny porządek wpisów w dokumentacji

Wpisy w dokumentacji medycznej powinny być dokonywane **w porządku chronologicznym**. Zasada ta dotyczy całej dokumentacji, nie tylko części związanej z procesem pielęgnacyjnym czy hospitalizacją, np. karty obserwacji pacjenta.

Chronologiczny porządek obejmuje między innymi:

- wywiad pielęgniarSKI,
- udzielone świadczenia zdrowotne,
- przebieg hospitalizacji,
- informacje dotyczące wypisu pacjenta, w tym zalecenia pielęgniarSKie.

Każda czynność medyczna powinna być zapisana w kolejności jej wykonania. Każdy wpis należy **rozpocząć datą dokonania wpisu**, a kończyć **podpisem lub oznaczeniem osoby sporządzającej zapis**, co pozwala zachować przejrzystość i umożliwia weryfikację przebiegu świadczenia zdrowotnego.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 4. Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

Każdy wpis w dokumentacji medycznej musi być **opatrzony informacją o osobie, która go sporządziła**.

Do dokonywania wpisów uprawnione są:

- **pracownicy administracyjni** – np. recepcjonista, pracownik rejestracji lub sekretarka medyczna, którzy zakładają karty pacjentów i przygotowują je przed wizytą;
- **pracownicy medyczni** – osoby udzielające świadczenia lub asystujące przy jego realizacji, odpowiedzialne za odnotowanie udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Każda osoba mająca kontakt z dokumentacją musi być **upoważniona przez Administratora Danych Osobowych** placówki do przetwarzania zawartych w niej danych osobowych.

- **Pracownicy medyczni** powinni mieć dostęp do pełnej historii zdrowia i choroby pacjenta.
- **Pracownicy administracyjni** mogą korzystać jedynie z danych niezbędnych do wykonywania swoich obowiązków, takich jak umawianie wizyt, aktualizacja danych osobowych czy zmiana terminu wizyty.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia o dokumentacji medycznej, oznaczenie osoby dokonującej wpisu powinno zawierać:

- imię i nazwisko,
- tytuł zawodowy,
- posiadane specjalizacje,
- numer prawa wykonywania zawodu,
- podpis.

Taki sposób oznaczania obowiązuje dla wszystkich wpisów związanych ze świadczeniami zdrowotnymi, w tym:

- udzielonych świadczeń,
- niezgłoszenia się pacjenta na wizytę,
- potwierdzenia zgody pacjenta na świadczenie,
- wykonania zlecenia lekarskiego,
- wpisów w karcie obserwacji lub raporcie pielęgniarstwie.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 5. Niezmiennność wpisów w dokumentacji

Każdy wpis dokonany w dokumentacji medycznej **musi być zachowany i nie może być usunięty**. Dokumentacja jest przechowywana przez okres określony w ustawie o prawach pacjenta.

Żaden pracownik placówki medycznej **nie ma prawa usuwać ani w jakikolwiek sposób likwidować wpisów**, w tym również tych, które zawierają błędy. Niedozwolone jest również stosowanie korektora lub innych metod fizycznej zmiany treści wpisu.

Zasada ta ma na celu zachowanie pełnej historii udzielonych świadczeń oraz umożliwienie odtworzenia przebiegu leczenia w sposób zgodny z rzeczywistością. W przypadku błędnego wpisu dopuszczalne jest dokonanie **poprawki w sposób umożliwiający odczytanie pierwotnej treści**, przy jednoczesnym zachowaniu daty i oznaczenia osoby dokonującej wpisu.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 6. Postępowanie w przypadku błędnych wpisów

Jeżeli wpis w dokumentacji medycznej został dokonany błędnie, należy go **przekreślić w taki sposób, aby jego treść pozostała czytelna**, wprowadzić poprawny wpis (jeśli jest to konieczne) oraz zamieścić **adnotację wyjaśniającą przyczynę błędu** wraz z datą i oznaczeniem osoby dokonującej poprawki.

W przypadku drobnych nieprawidłowości, takich jak błędny numer PESEL, wystarczy umieścić obok niego poprawny numer – nie ma obowiązku podawania przyczyny błędu.

Jeżeli błąd dotyczy wpisu w części dotyczącej **spisu świadczeń ambulatoryjnych**, każdorazowo należy wskazać przyczynę pomyłki. W przypadku wpisu w **niewłaściwej karcie pacjenta**, dopuszcza się adnotację np.: „wpis dokonany omyłkowo w źle przygotowanej karcie pacjenta”.

Błędne wpisy **stanowią integralną część dokumentacji** i nie mogą być usuwane ani przepisywane do nowej karty. Dokumentacja powinna być prowadzona **w jednej, oryginalnej wersji**, co zapewnia spójność historii zdrowia i choroby pacjenta.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 7. Numeracja i chronologiczne porządkowanie stron dokumentacji papierowej

W dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej **wszystkie strony muszą być ponumerowane** i tworzyć **chronologicznie uporządkowaną całość**. Podobnie jak wpisy w karcie pacjenta, kolejne strony dokumentacji powinny odzwierciedlać chronologię zdarzeń i świadczeń.

Numeracja dotyczy **każdej zapisanej strony**. Strony, na których nie dokonano wpisów, należy **przekreślić w sposób uniemożliwiający wprowadzenie dodatkowych zapisów**.

W przypadku pacjentów leczonych stacjonarnie dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki i położne **stanowi integralną część historii choroby**. Historia choroby obejmuje:

- dokumentację prowadzoną przez lekarza,
- dokumentację pielęgniarską i położniczą,
- wyniki badań i konsultacji,
- karty gorączkowe i obserwacyjne oraz inne dokumenty związane z przebiegiem leczenia.

Takie uporządkowanie zapewnia spójność dokumentacji i umożliwia pełny wgląd w przebieg świadczeń zdrowotnych pacjenta.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 8. Numeracja stron wydruków z dokumentacji elektronicznej

W przypadku dokumentacji medycznej prowadzonej elektronicznie, **wydruki stron muszą być numerowane**. Program używany do prowadzenia dokumentacji powinien automatycznie nadawać numery stronom wydruku.

Ręczne numerowanie stron jest niedozwolone, ponieważ mogłoby prowadzić do zarzutów fałszowania dokumentacji lub podstawiania odrębnych dokumentów w miejsce faktycznie prowadzonej dokumentacji medycznej.

Zasada 9. Oznaczanie stron dokumentacji indywidualnej

Każda strona dokumentacji indywidualnej, zarówno w formie papierowej, jak i w postaci wydruku z dokumentacji elektronicznej, **powinna być opatrzona co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta**. Takie oznaczenie umożliwia jednoznaczne powiązanie zapisów z konkretnym pacjentem i zapewnia porządek w dokumentacji.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Zasada 10. Oznaczanie pacjenta w przypadku niemożności ustalenia tożsamości

Gdy tożsamość pacjenta nie może zostać ustalona, w dokumentacji medycznej dokonuje się oznaczenia „**NN**”, wraz z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających identyfikację.

Taka sytuacja najczęściej występuje w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub w ambulatoriach POZ, gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia komunikację.

Osoba dokonująca wpisu powinna wówczas wskazać powód niemożności ustalenia tożsamości, np.: brak kontaktu z pacjentem, nieprzytomność, niemówienie pacjenta, brak dokumentu tożsamości itp.

W przypadku gdy dokumentację zakłada pracownik administracyjny, powinien on dodatkowo **zamieścić oznaczenie osoby sporządzającej kartę pacjenta**, aby zapewnić pełną identyfikowalność czynności administracyjnych.

Przechowywanie dokumentacji medycznej

Prawo pacjenta do wglądu w dokumentację medyczną realizuje **konstytucyjną gwarancję zawartą w art. 51 ust. 3 Konstytucji**, który zapewnia każdemu dostęp do urzędowych dokumentów i zbiorów danych dotyczących jego osoby.

Dokumentacja medyczna – zarówno bieżąca, jak i archiwalna – musi być przechowywana w sposób **zapewniający jej ochronę przed:**

- zniszczeniem,
- uszkodzeniem,
- utratą,
- dostępem osób nieupoważnionych.

Takie zabezpieczenie jest niezbędne dla ochrony prywatności pacjenta oraz zapewnienia integralności i wiarygodności prowadzonej dokumentacji medycznej.

Przechowywanie dokumentacji medycznej

Okres przechowywania dokumentacji medycznej zależy od jej rodzaju. **Standardowo dokumentację przechowuje się przez 20 lat** w placówce, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Ustawa o prawach pacjenta przewiduje jednak kilka wyjątków:

- **Dokumentacja medyczna w przypadku zgonu pacjenta w wyniku uszkodzenia ciała lub zatrucia** – przechowywana przez 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.
- **Zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją pacjenta** – okres przechowywania wynosi 10 lat od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie.
- **Skierowania na badania i zlecenia lekarza** – przechowywane przez 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia.
- **Dokumentacja medyczna dotycząca dzieci do ukończenia 2. roku życia** – przechowywana przez 22 lata.

Zastosowanie właściwych terminów przechowywania dokumentacji pozwala na zapewnienie zgodności z przepisami prawa oraz zachowanie możliwości wglądu w informacje medyczne w razie potrzeby.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Prawo pacjenta do wglądu i otrzymania kopii swojej dokumentacji medycznej wynika z **ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** oraz realizuje konstytucyjną gwarancję ochrony danych osobowych i prawa do informacji o stanie zdrowia.

1. Podmioty uprawnione do uzyskania dokumentacji

- **Pacjent** – ma prawo do wglądu w całą dokumentację dotyczącą jego stanu zdrowia, zarówno bieżącą, jak i archiwalną.
- **Osoba upoważniona przez pacjenta** – może otrzymać dostęp do dokumentacji po okazaniu pisemnego pełnomocnictwa lub innego dokumentu potwierdzającego upoważnienie.
- **Organy lub instytucje przewidziane prawem** – np. sądy, prokuratura, inspekcje sanitarne, ale tylko w zakresie niezbędnym do realizacji ich ustawowych zadań.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

2. Formy udostępniania

Dokumentacja medyczna może być udostępniana w kilku formach:

- **Wgląd na miejscu w placówce** – pacjent lub osoba upoważniona ma prawo zapoznać się z dokumentacją w gabinecie lub innym wskazanym miejscu.
- **Kopie dokumentów** – mogą być sporządzone w formie papierowej lub elektronicznej, w tym jako wydruk z systemu informatycznego.
- **Przesyłka elektroniczna** – dokumentacja może być przesłana na wskazany adres e-mail lub elektroniczną skrzynkę podawczą pacjenta, pod warunkiem zachowania bezpieczeństwa danych.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Zasady udostępniania

- Udostępnienie dokumentacji **nie może naruszać tajemnicy medycznej ani prywatności innych osób**, które mogłyby być wymienione w dokumentach.
- Dokumentacja powinna być udostępniana **niezwłocznie**, a w przypadku konieczności sporządzenia kopii – w terminie określonym przez przepisy, zwykle nieprzekraczającym 14 dni.
- **Opłaty za sporządzenie kopii** – placówka może pobrać jedynie zwrot kosztów materiałów i usług związanych z kopiowaniem dokumentów, zgodnie z obowiązującymi regulacjami.
- **Forma wydruku z dokumentacji elektronicznej** – strony wydruku muszą być numerowane automatycznie przez system; ręczne dopisywanie numerów jest niedozwolone.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

Obowiązki placówki medycznej

Placówka zobowiązana jest do:

- prowadzenia rejestru udostępnionej dokumentacji,
- zapewnienia ochrony danych osobowych pacjenta podczas udostępniania,
- wyjaśnienia pacjentowi lub osobie upoważnionej sposobu interpretacji zapisów dokumentacji, jeśli jest to konieczne.

Wyjątki w udostępnianiu

- Dokumentacja może być częściowo **wstrzymana lub ograniczona**, jeśli jej pełne ujawnienie mogłoby zagrażać życiu lub zdrowiu pacjenta lub naruszać prawa osób trzecich.
- W takich przypadkach pacjent otrzymuje informację o zakresie udostępnienia oraz przyczynach ograniczenia.

Dokumentacja pielęgniarstwa

Jak sama nazwa wskazuje, **karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa**, **karta obserwacji**, w tym **karta gorączkowa**, oraz **karta zleceń lekarskich**, a także w przypadku **zbiorczej dokumentacji medycznej – księga raportów pielęgniarstwa**, są dokumentami prowadzonymi przez pielęgniarki i położne.

Każdy z tych dokumentów pełni określoną funkcję w systemie dokumentacji medycznej:

- **Karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa** służy do szczegółowego rejestrowania czynności pielęgnacyjnych wykonywanych przy pacjencie, jego stanu zdrowia oraz obserwacji związanych z procesem leczenia i pielęgnacji.
- **Karta obserwacji** pozwala monitorować parametry życiowe pacjenta i rejestrować zmiany jego stanu zdrowia w trakcie hospitalizacji.

Dokumentacja pielęgniarska

- **Karta gorączkowa** umożliwia systematyczne dokumentowanie temperatury ciała pacjenta oraz związanych z nią objawów, co wspomaga diagnozę i leczenie.
- **Karta zleceń lekarskich** stanowi narzędzie do dokumentowania wszystkich zleceń wydawanych przez lekarza, w tym dawkowania leków, procedur diagnostycznych czy terapii wspomagających.
- **Księga raportów pielęgniarskich** w dokumentacji zbiorczej pozwala rejestrować wszystkie zdarzenia dotyczące grupy pacjentów lub oddziału, zapewniając przejrzysty zapis przebiegu świadczeń i interwencji pielęgniarskich.

W zależności od potrzeb i rodzaju świadczeń, dokumenty te **dołącza się do historii choroby pacjenta jako uzupełnienie podstawowej dokumentacji medycznej**, co pozwala stworzyć pełny i spójny obraz stanu zdrowia oraz udzielonej opieki.

Dokumentacja pielęgniarstwa

Raport pielęgniarski jest podstawowym dokumentem wprowadzanym przez pielęgniarki i położne w ramach dokumentacji medycznej. Stanowi zapis wszystkich istotnych czynności, obserwacji i zdarzeń związanych z opieką nad pacjentem w danym okresie czasu, najczęściej w trakcie dyżuru pielęgniarskiego.

[illegible]

Dokumentacja pielęgniarstwa

Funkcje raportu pielęgniarstwa:

- 1. Kontynuacja opieki nad pacjentem** – raport umożliwia przekazanie pełnej informacji kolejnym osobom podejmującym opiekę nad pacjentem, zapewniając ciągłość i spójność działań pielęgniarstwa.
- 2. Dokumentowanie udzielonych świadczeń** – zawiera szczegółowe informacje o wykonanych procedurach, podanych lekach, obserwacjach stanu pacjenta oraz reakcjach na terapię.
- 3. Bezpieczeństwo pacjenta** – raport pozwala śledzić zmiany stanu zdrowia pacjenta i natychmiast reagować w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia.
- 4. Podstawa rozliczeń i audytów** – dokumentacja raportowa może być wykorzystywana przy kontroli świadczeń zdrowotnych, audytach medycznych oraz w przypadku roszczeń prawnych.

Dokumentacja pielęgniarska

Elementy raportu pielęgniarskiego:

- dane identyfikacyjne pacjenta (imię, nazwisko, numer historii choroby),
- data i godzina sporządzenia raportu,
- informacje o stanie pacjenta na początku dyżuru i zmianach w jego stanie w trakcie dyżuru,
- opis udzielonych świadczeń pielęgniarskich i procedur medycznych,
- wyniki pomiarów parametrów życiowych i obserwacji klinicznych,
- informacje o podaniu leków i innych zleceń medycznych,
- uwagi dotyczące współpracy z personelem medycznym, rodziną pacjenta lub innymi służbami.

Raport pielęgniarski może być prowadzony **indywidualnie dla pacjenta** lub w formie **zbiorczej dokumentacji oddziałowej**, np. księgi raportów, w zależności od organizacji pracy placówki medycznej.

Dokumentacja pielęgniarstwa

Zasady prowadzenia raportu pielęgniarstwa:

- wpisy muszą być dokonywane **chronologicznie i niezwłocznie**,
- każdy wpis powinien być **czytelny** i opatrzony oznaczeniem osoby go sporządzającej,
- błędne wpisy należy **przekreślać w sposób czytelny** i dodawać adnotację wyjaśniającą,
- raport stanowi **część dokumentacji medycznej pacjenta** i podlega tym samym zasadom przechowywania i zabezpieczenia danych.

Raport pielęgniarstwa jest więc kluczowym narzędziem w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta, dokumentowaniu świadczeń oraz utrzymaniu ciągłości opieki.

Dokumentacja pielęgniarstwa

Wpis do księgi raportów pielęgniarstwa musi zawierać :

- 1) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych,
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarki dokonującej wpisu do raportu (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

Dokumentacja pielęgniarstwa

Wpisy do księgi zabiegów muszą zawierać :

- 1) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 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 – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis), a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu (podmiotu leczniczego lub praktyki zawodowej);
- 6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 7) oznaczenie lekarza, pielęgniarki albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

Dokumentacja pielęgniarska

Udzielanie świadczeń zdrowotnych **poza podmiotem leczniczym nakłada na pielęgniarkę osobistą odpowiedzialność za należyte prowadzenie dokumentacji medycznej każdego pacjenta.** Dokumentacja pacjenta prowadzona w ramach praktyk zawodowych dzieli się na:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną dla pielęgniarki;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną dla pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę.

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna prowadzona przez pielęgniarkę udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej obejmuje : kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę wizyty patronażowej oraz kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego, która należy założyć przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

Dokumentacja pielęgniarstwa

Dokumentacją zewnętrzną są opinie, zaświadczenia oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzane na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

Dokumentacja pielęgniarstwa, jak karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego, karta wizyty patronażowej, **ma zawierać następujące dane:**

- 1) oznaczenie podmiotu (pielęgniarstwa praktyki zawodowej),
- 2) oznaczenie pacjenta, (nazwisko i imię/imiona, data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania; w przypadku dziecka do 1. roku życia – także numer PESEL matki dziecka, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość);

Dokumentacja pielęgniarstwa

c.d.

oznaczenie pielęgniarki udzielającej świadczeń zdrowotnych (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis);

4) informacje dotyczące stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta;

5) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;

6) informacje dotyczące oceny środowiskowej;

7) oznaczenie lekarza (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu), w przypadku wykonywania zlecenia lekarskiego.

W części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych karty te powinny zawierać 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.

Dokumentacja pielęgniarstwa

Z kolei w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych karty powinny zawierać następujące informacje:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych.

W części dotyczącej oceny środowiskowej tej karty powinny zawierać informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

Dokumentacja medyczna jest także prowadzona przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielającą świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka lub higienistka szkolna prowadzi indywidualną dokumentację

ucznia oraz dokumentację zbiorczą odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ

