

Jakie dane pacjenta powinna zawierać dokumentacja ?

[z rozporządzenia MZ ws dokumentacji medycznej]

§ 42.

1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

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

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43 – 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm. 3)) w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, 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.

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 produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
- 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) **oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.**

5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:

- 1) opis środowiska epidemiologicznego;
- 2) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 3) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, a w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- 4) **oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.**

Par 10 definiując niezbędne dane pacjenta odsyła do art 25 ustawy o prawach pacjenta. Ten z kolei przepis wymienia co składa się na oznaczenie pacjenta.

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

a) nazwisko i imię (imiona),

b) datę urodzenia,

c) oznaczenie płci,

d) adres miejsca zamieszkania,

e) 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,

f) W przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona)

przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;

6. Do historii zdrowia i choroby dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.

[powyższe przepisy dotyczyły dokumentacji w podmiocie leczniczym. Poniżej zamieszczone są przepisy dotyczące danych pacjenta w dokumentacji w praktykach. Przepisy te częściowo odsyłają do przepisów obowiązujących podmioty lecznicze]

Rozdział 3.

Dokumentacja prowadzona przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej

§ 57.

Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo grupowej praktyki lekarskiej, zwanych dalej „praktyką lekarską”, prowadzi dokumentację indywidualną.

§ 58.

Dokumentacja, o której mowa w § 57, obejmuje dokumentację:

- 1) wewnętrzną w formie:
 - a) historii zdrowia i choroby lub karty noworodka,
 - b) karty obserwacji przebiegu porodu;
- 2) zewnętrzną w formie skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje, karty przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia lub opinii lekarskiej.

§ 59.

1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.
2. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:
 - 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia, chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach pacjenta;
 - 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych;
 - 3) ocenę środowiskową.
3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3.
4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4.
5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym dotyczące:
 - 1) zawodu wykonywanego przez pacjenta oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczeniu o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem,
 - 2) zagrożeń zdrowia w miejscu zamieszkania- jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.
6. Przepis § 42 ust. 2 stosuje się.

Patrz ramka powyżej