

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 17 grudnia 1992 r.

w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.

Na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 i z 1992 r. Nr 63, poz. 315) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie — należy przez to rozumieć ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 i z 1992 r. Nr 63, poz. 315),
- 2) lekarzu — należy przez to rozumieć również lekarza dentyście,
- 3) numerze statystycznym choroby, urazu lub przyczyny zgonu — należy przez to rozumieć numer statystyczny choroby, urazu lub przyczyny zgonu według międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów,
- 4) PESEL — należy przez to rozumieć Powszechny Elektroniczny System Ewidencji Ludności.

§ 2. Dokumentacją medyczną w rozumieniu rozporządzenia są zbiory tworzonych w zakładzie opieki zdrowotnej danych i informacji medycznych, związanych z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi.

§ 3. 1. Dokumentacja medyczna dzieli się na:

- 1) dokumentację medyczną indywidualną, odnoszącą się do oznaczonych osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu,

- 2) dokumentację medyczną zbiorczą, odnoszącą się do ogółu osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup tych osób.

2. Dokumentacja medyczna indywidualna jest sporządzana i prowadzona w formie znormalizowanych formularzy lub druków bądź innych zapisów odnoszących się do oznaczonych osób.

3. Dokumentacja medyczna zbiorcza jest sporządzana i prowadzona w formie ksiąg, rejestrów lub kartotek.

§ 4. 1. Dokumentacja medyczna indywidualna dzieli się na dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną dla potrzeb zakładu, i na dokumentację medyczną indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną dla osób korzystających ze świadczeń zakładu.

2. Dokumentacją medyczną indywidualną wewnętrzną są w szczególności: historia zdrowia i choroby, historia choroby oraz inne o podobnym charakterze i przeznaczeniu.

3. Dokumentacją medyczną indywidualną zewnętrzną są w szczególności: skierowanie do szpitala, skierowanie na badania diagnostyczne, zaświadczenia, orzeczenia i opinie lekarskie, karty informacyjne z leczenia szpitalnego oraz inne o podobnym charakterze i przeznaczeniu.

§ 5. 1. Dokumentacja medyczna powinna być sporządzona i prowadzona czytelnie, w miarę możliwości pismem maszynowym; kolejne zapisy należy sporządzać w porządku chronologicznym.

2. Zbiory danych i informacji objętych dokumentacją medyczną mogą być sporządzane i przechowywane w kom-

puterowych nośnikach informacji pod warunkiem sporządzenia i przechowywania wydruków komputerowych będących odpowiednikami dokumentacji przewidzianej w dalszych przepisach rozporządzenia.

§ 6. 1. Dokumentacja medyczna indywidualna, jeżeli z dalszych przepisów rozporządzenia nie wynika inaczej, powinna zawierać:

- 1) identyfikatory zakładu sporządzającego dokumentację w formie nadruku lub pieczęci z określeniem:
 - a) nazwy zakładu,
 - b) siedziby zakładu (adresu),
 - c) numeru wpisu do rejestru, dokonanego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy,
 - d) numeru identyfikacyjnego nadanego zakładowi w systemie kodowania podmiotów statystycznymi numerami identyfikacyjnymi REGON,
- 2) identyfikatory osoby, której dokumentacja dotyczy:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres,
 - e) numer PESEL,
- 3) identyfikatory osoby udzielającej świadczeń:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) numer rejestru uprawnień zawodowych, jeżeli został ustalony na podstawie odrębnych przepisów,
 - c) podpis,
- 4) datę dokonania wpisu,
- 5) informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń oraz inne dane określone w odrębnych przepisach,
- 6) informacje medyczne niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia badania lub konsultacji.

2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby, której dokumentacja dotyczy, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości; zakład opieki zdrowotnej podejmuje stosowne działania dla ustalenia tożsamości.

§ 7. 1. Dokumenty medyczne indywidualne zewnętrzne wydawane są pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub opiekunowi faktycznemu.

2. W dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej lub zbiorczej zakładu, w którym sporządzono dokument medyczny indywidualny zewnętrzny, powinna pozostać kopia tego dokumentu lub adnotacja o jego wydaniu.

3. Dokumenty medyczne w postaci skierowania lub zlecenia pozostają w zakładzie, który zrealizował świadczenie wymienione w tych dokumentach.

4. Zakład opieki zdrowotnej może włączyć do prowadzonej dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej danej osoby kopie posiadanych przez nią dokumentów medycznych indywidualnych zewnętrznych lub odnotować tylko zawarte w nich informacje.

§ 8. Dokumentacja medyczna zbiorcza, jeżeli z dalszych przepisów rozporządzenia nie wynika inaczej, powinna za-

wierać numer kolejny wpisu, dane wymienione w § 6 ust. 1 pkt 2—4 oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, związane informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

§ 9. Dokumentację medyczną podpisuje pracownik medyczny zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w zakładzie zakresem czynności.

Rozdział 2

Dokumentacja medyczna w szpitalach

§ 10. Szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną, składającą się co najmniej z historii choroby,
- 2) dokumentację medyczną zbiorczą, składającą się co najmniej z:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych,
 - c) księgi ruchu chorych oddziału szpitala (równorzędnej jednostki organizacyjnej),
 - d) księgi raportów lekarskich,
 - e) księgi raportów pielęgniarских,
 - f) księgi zabiegów,
 - g) księgi bloku lub sali operacyjnej bądź porodowej,
 - h) księgi pracowni diagnostycznej.

§ 11. Historię choroby zakłada się możliwie bezzwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala, po ustaleniu tożsamości pacjenta zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 2 lub przy zastosowaniu § 6 ust. 2.

§ 12. 1. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby,
- 2) dokumentów dodatkowych, a w szczególności:
 - a) kart obserwacji,
 - b) kart zleceń lekarskich,
 - c) karty gorączkowej,
 - d) wyników badań diagnostycznych,
 - e) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby.

2. Do historii choroby dołącza się, na czas pobytu pacjenta w szpitalu:

- 1) oryginały posiadanych przez pacjenta dokumentów medycznych indywidualnych zewnętrznych (karty informacyjne, opinie, zaświadczenia itp.); dokumenty te powinny być zwrócone pacjentowi przy wypisie; do historii choroby na stałe mogą zostać włączone tylko kopie lub odpisy takich dokumentów,
- 2) dokumentację archiwalną z poprzednich hospitalizacji w tym samym szpitalu.

3. W razie wykonywania sekcji zwłok, do historii choroby dołącza się protokół badania sekcyjnego.

§ 13. Formularz historii choroby powinien zawierać pogrupowane informacje dotyczące:

- 1) przyjęcia pacjenta do szpitala,
- 2) przebiegu hospitalizacji,
- 3) wypisania pacjenta ze szpitala.

§ 14. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera:

- 1) dane administracyjne i organizacyjne:
 - a) identyfikatory zakładu,
 - b) numer księgi głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala (§ 21),
 - c) numer księgi ruchu chorych oddziału szpitala, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta na oddział (§ 23),
 - d) datę przyjęcia pacjenta,
 - e) identyfikatory pacjenta: imię (imiona), nazwisko, oznaczenie płci, datę urodzenia, miejsce zamieszkania, kod pocztowy, telefon, rodzaj wykształcenia (podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe), numer PESEL,
 - f) identyfikatory oddziału, na który pacjent został przyjęty,
 - g) numer książeczki ubezpieczeniowej lub innego dokumentu uprawniającego do świadczeń, jeżeli szpital jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub zakładem wykonującym obowiązki takiego zakładu w myśl art. 35 ustawy,
 - h) symbol GUS grupy produkcji i usług,
 - i) identyfikatory lekarza ogólnego (domowego, rodzinnego, rejonowego),
 - j) identyfikatory lekarza kierującego, jeżeli jest to lekarz inny niż lekarz ogólny (domowy, rodzinny, rejonowy),
 - k) adres (kod pocztowy, telefon) przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna faktycznego lub innej osoby wskazanej przez pacjenta,
 - l) pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala w formie wymaganej przez odrębne przepisy oraz adnotację o poinformowaniu pacjenta o treści art. 19 pkt 2 i 3 ustawy lub — jeżeli stan pacjenta na to nie pozwala — osób towarzyszących,
 - ł) dane o przekazaniu przedmiotów pacjenta do depozytu i numer kwitu depozytowego,
- 2) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego,
- 3) datę przyjęcia (rok, miesiąc, dzień i godzinę przyjęcia w formie 24-godzinnej),
- 4) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta oraz ewentualne obserwacje, wyniki badań dodatkowych i postępowanie lekarskie,
- 5) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego,
- 6) identyfikatory lekarza przyjmującego i jego podpis.

§ 15. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:

- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego,
- 2) zapisy obserwacji stanu zdrowia pacjenta,
- 3) zapisy zleceń lekarskich dotyczących:

- a) podania leków,
 - b) wykonania zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych,
 - c) zastosowania diety,
- 4) zapisy o wynikach badań diagnostycznych i konsultacyjnych.

2. Zapisy dotyczące przebiegu hospitalizacji powinny być dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora.

3. Zapisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarzy dyżurnych. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i składa podpis.

4. Zapisy w kartach obserwacyjnych, kartach gorączkowych itp. powinny być dokonywane przez lekarza prowadzącego, lekarzy dyżurnych oraz pielęgniarki (położne).

§ 16. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań,
- 2) numer statystyczny choroby zasadniczej i głównej choroby współistniejącej,
- 3) rodzaj leczenia, z wymienieniem wykonanych zabiegów operacyjnych,
- 4) epikryzę,
- 5) adnotacje o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala (art. 22 ustawy),
- 6) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania i trybu życia, jeżeli zachodzi taka potrzeba,
- 7) adnotacje o lekach i artykułach sanitarnych, zapisanych na receptach wydanych pacjentowi,
- 8) datę wypisania.

2. Przy ustalaniu wskazań, jakich pacjent ma przestrzegać po opuszczeniu szpitala, o których mowa w ust. 1 pkt 6, należy podać ponadto przypuszczalny okres czasowej niezdolności do pracy oraz w miarę potrzeby ocenę zdolności wykonywania dotychczasowego zatrudnienia.

3. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi oddziału.

§ 17. 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby trzy egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Kartę informacyjną podpisuje lekarz wystawiający i ordynator.

2. W karcie informacyjnej należy podać rozpoznanie choroby, wyniki badań diagnostycznych, konsultacyjnych, stosowane leczenie, wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania i trybu życia oraz orzecznony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy.

3. Jeden egzemplarz karty informacyjnej wydaje się pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź opiekunowi faktycznemu; drugi egzemplarz przekazuje się do lekarza ogólnego (domowego, rodzinnego, rejonowego)

wskazanego przez osobę, której wydano kartę informacyjną, lub do zakładu opieki zdrowotnej zapewniającego całodobową opiekę nad pacjentem, jeżeli pacjent zostaje skierowany do dalszego leczenia w takim zakładzie.

4. Przekazywanie kart informacyjnych odbywa się w trybie poufnym.

5. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej dołącza się do historii choroby.

§ 18. Formularz historii choroby w razie zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 16 ust. 1 pkt 1—4, zawiera:

- 1) datę i godzinę zgonu,
- 2) przyczynę zgonu oraz numer statystyczny przyczyny zgonu,
- 3) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji,
- 4) adnotację o ewentualnym pobraniu ze zwłok narządów lub tkanek.

§ 19. 1. W razie podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok, historię choroby po wypełnieniu części dotyczącej wypisu przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok wystawia w dwóch egzemplarzach protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym. Jeden egzemplarz protokołu badania sekcyjnego pozostaje u lekarza wykonującego sekcję.

3. Historię choroby, wraz z oryginałem protokołu badania sekcyjnego, przekazuje się lekarzowi prowadzącemu, który porównuje rozpoznanie kliniczne i epikryzę z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W razie rozbieżności pomiędzy rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym, lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

4. Lekarz prowadzący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi oddziału.

§ 20. 1. Zakończoną historię choroby przekazuje się do komórki dokumentacji chorych i statystyki medycznej.

2. Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności historii choroby przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.

§ 21. 1. Księga główna przyjęć i wypisów zawiera:

- 1) identyfikatory zakładu,
- 2) numer kolejny księgi,
- 3) datę przyjęcia pacjenta,
- 4) identyfikatory pacjenta: nazwisko i imię (imiona), oznaczenie płci, datę urodzenia, miejsce zamieszkania, kod pocztowy, rodzaj wykształcenia (podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe), numer PESEL,
- 5) identyfikatory oddziałów, na których pacjent przebywał,
- 6) dane odnoszące się do przedmiotów przekazanych do depozytu i numer kwitu depozytowego,
- 7) rozpoznanie wstępne (numer statystyczny choroby lub urazu),

8) rozpoznanie przy wypisie (numer statystyczny choroby lub urazu),

9) główne i dodatkowe postępowanie medyczne,

10) datę wypisu (rok, miesiąc, dzień),

11) miejsce, dokąd pacjent został wypisany,

12) adnotacje o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy,

13) przyczynę zgonu (numer statystyczny przyczyny zgonu),

14) informację o ewentualnym pobraniu opłat za leczenie,

15) identyfikatory lekarza wypisującego.

2. Sposób wpisywania do księgi głównej danych wymienionych w ust. 1 pkt 9 zostanie ustalony odrębnie.

§ 22. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych zawiera:

- 1) numer kolejny księgi,
- 2) datę odmowy przyjęcia,
- 3) identyfikatory pacjenta,
- 4) identyfikatory lekarza kierującego i rozpoznanie ustalone przez tego lekarza,
- 5) istotne dane z wywiadu i badania przedmiotowego oraz wyniki ewentualnie wykonanych badań dodatkowych,
- 6) ustalone rozpoznanie,
- 7) zastosowane postępowanie lekarskie i zalecenia,
- 8) adnotacje o podjętych czynnościach, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy,
- 9) powód odmowy przyjęcia,
- 10) miejsce, dokąd pacjent został skierowany,
- 11) identyfikatory i podpis lekarza.

2. W przypadku nieprzyjęcia na oddział szpitala pacjent otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, wynikach badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, zastosowanym postępowaniu lekarskim oraz ewentualnych zaleceniach.

§ 23. Księga ruchu chorych oddziału szpitala (równorzędnej jednostki organizacyjnej) zawiera:

- 1) numer kolejny księgi,
- 2) datę przyjęcia,
- 3) numer księgi głównej przyjęć i wypisów,
- 4) identyfikatory pacjenta,
- 5) identyfikatory lekarza prowadzącego,
- 6) datę wypisania (przeniesienia na inny oddział),
- 7) rozpoznanie wstępne (numer statystyczny choroby lub urazu),
- 8) rozpoznanie przy wypisie (numer statystyczny choroby lub urazu),
- 9) adnotację, dokąd pacjent został wypisany,
- 10) identyfikatory lekarza wypisującego.

§ 24. Księgi raportów lekarskich i pielęgniarskich zawierają: datę, treść raportu oraz w przypadku księgi raportów

lekarskich — identyfikatory i podpisy lekarzy dyżurnych, a w przypadku księgi raportów pielęgniarskich — identyfikatory i podpisy pielęgniarek dyżurnych.

§ 25. Księga zabiegów komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny księgi,
- 2) datę wpisu,
- 3) identyfikatory pacjenta,
- 4) identyfikatory lekarza zlecającego zabieg,
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu,
- 6) identyfikatory lekarza i pielęgniarki (położnej) wykonujących zabieg i ich podpisy.

§ 26. Księga bloku lub sali operacyjnej bądź porodowej zawiera:

- 1) numer kolejny księgi,
- 2) identyfikatory pacjenta,
- 3) identyfikatory oddziału,
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne i identyfikatory lekarza kierującego na zabieg operacyjny,
- 5) identyfikatory lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu operacyjnego,
- 6) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu operacyjnego,
- 7) adnotacje o rodzaju zabiegu operacyjnego,
- 8) szczegółowy opis zabiegu operacyjnego, w tym zlecone badania diagnostyczne,
- 9) rozpoznanie po zabiegu operacyjnym,
- 10) identyfikatory i podpisy lekarzy wykonujących zabieg operacyjny,
- 11) rodzaj znieczulenia i identyfikatory lekarza anestezjologa oraz pielęgniarki anestezjologicznej,
- 12) identyfikatory pielęgniarki instrumentariuszki i jej podpis.

§ 27. Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

- 1) numer kolejny księgi,
- 2) datę wpisu i datę wykonania badania,
- 3) identyfikatory pacjenta,
- 4) identyfikatory oddziału,
- 5) identyfikatory lekarza zlecającego badanie,
- 6) adnotację o rodzaju i wyniku badania,
- 7) identyfikatory i podpis osoby wykonującej badanie,
- 8) identyfikatory i podpis kierownika pracowni lub osoby upoważnionej do podpisania dokumentów wydawanych na zewnątrz pracowni.

§ 28. 1. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do szpitali uzdrowiskowych i sanatoriów innych niż sanatoria uzdrowiskowe.

2. Przepisy rozdziału stosuje się odpowiednio do sanatoriów uzdrowiskowych.

Rozdział 3

Dokumentacja medyczna przychodni lekarskiej (ośrodka zdrowia)

§ 29. 1. Przychodnia lekarska (ośrodek zdrowia) sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację medyczną indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby oraz karty zdrowia dziecka,
- 2) dokumentację medyczną indywidualną zewnętrzną w formie karty przebiegu ciąży,
- 3) dokumentację medyczną zbiorczą w formie księgi głównej przychodni, kartoteki pacjentów oraz, z zastrzeżeniem ust. 2, kartotekę środowisk epidemiologicznych,
- 4) dokumentację medyczną zbiorczą w formie księgi (ksiąg) pracowni diagnostycznych — dla każdej pracowni wchodzącej w skład przychodni (ośrodka zdrowia),
- 5) dokumentację medyczną zbiorczą w formie księgi (ksiąg) zabiegów — jeżeli w skład przychodni (ośrodka zdrowia) wchodzi gabinet zabiegowy.

2. Kartotekę środowisk epidemiologicznych prowadzą publiczne zakłady opieki zdrowotnej lub wykonujący na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy obowiązki publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 30. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia po raz pierwszy osobie dotychczas nie zarejestrowanej w danej przychodni lekarskiej (ośrodku zdrowia).

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historia zdrowia i choroby może być również założona w określonej poradni.

§ 31. 1. Formularz historii zdrowia i choroby zawiera informacje dotyczące identyfikacji osoby, istotnych problemów medycznych, porad ambulatoryjnych i wizyt domowych, opieki środowiskowej.

2. Część formularza dotycząca identyfikacji osoby zawiera dane wymienione w § 6 ust. 1 pkt 2, a w publicznych zakładach opieki zdrowotnej lub wykonujących na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy obowiązki publicznego zakładu opieki zdrowotnej ponadto:

- 1) oznaczenie środowiska epidemiologicznego,
- 2) numer książki ubezpieczeniowej lub innego dokumentu uprawniającego na podstawie odrębnych przepisów do korzystania ze świadczeń przychodni,
- 3) symbol GUS grupy produkcji i usług,
- 4) identyfikatory poradni podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza ogólnego (domowego, rodzinnego, rejonowego), jeżeli historia zdrowia i choroby jest założona w przychodni specjalistycznej.

3. Część formularza dotycząca istotnych problemów medycznych zawiera informacje o ważnych problemach medycznych (np. cukrzyca, padaczka, jaskrze, gruźlica, nadciśnieniu tętniczym itp.) oraz inne, ważne w opinii lekarza informacje (np. o grupie krwi, o przebytych szczepieniach i stosowanych surowicach, o uczuleniach na leki itp.).

4. Część formularza dotycząca porad ambulatoryjnych i wizyt domowych zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej,
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- 3) rozpoznanie i numer statystyczny choroby lub urazu,
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacyjnych,
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach i przepisanych lekach,
- 6) wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych,
- 7) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy,
- 8) identyfikatory lekarza i jego podpis.

5. Część formularza dotycząca opieki środowiskowej zawiera:

- 1) oznaczenie środowiska epidemiologicznego,
- 2) identyfikatory osoby objętej działalnością pielęgniarki (położnej) w środowisku,
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia działalności pielęgniarskiej (położnej),
- 4) identyfikatory pielęgniarki (położnej) środowiskowej,
- 5) rodzaj i zakres czynności pielęgniarskich (położnej) obejmujących pacjenta i jego środowisko, a w szczególności: rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan działalności pielęgniarskiej (położnej) oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich,
- 6) podpis pielęgniarki (położnej) środowiskowej,
- 7) identyfikatory i podpis osoby nadzorującej pracę pielęgniarki (położnej) środowiskowej.

6. Do historii zdrowia i choroby można dołączać kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innych dokumentów medycznych, posiadanych przez pacjenta.

§ 32. Kartę zdrowia dziecka, według wzoru zalecanego przez jednostkę badawczo-rozwojową Instytut Matki i Dziecka, sporządza i prowadzi przychodnia lekarska (ośrodek zdrowia) sprawująca opiekę nad dzieckiem.

§ 33. Kartę przebiegu ciąży, według wzoru zalecanego przez jednostkę badawczo-rozwojową Instytut Matki i Dziecka, sporządza i prowadzi przychodnia lekarska (ośrodek zdrowia) sprawująca opiekę nad kobietą ciężarną.

§ 34. Księga główna przychodni (ośrodka zdrowia) zawiera następujące informacje:

- 1) numer kolejny,
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta,
- 3) identyfikatory pacjenta,
- 4) wiek i oznaczenie płci pacjenta,
- 5) identyfikatory osoby udzielającej świadczenia,
- 6) rodzaj świadczenia (porada ambulatoryjna, wizyta domowa, porada telefoniczna).

§ 35. 1. Kartoteka pacjentów składa się ze znormalizowanych kart obejmujących informacje zawarte w części

formularza historii zdrowia i choroby, o której mowa w § 31 ust. 2.

2. Kartoteka pacjentów może mieć układ alfabetyczny, terytorialny lub chronologiczny według daty urodzenia (numer PESEL).

§ 36. Kartoteka środowisk epidemiologicznych składa się ze znormalizowanych kart zawierających:

- 1) identyfikatory zakładu opieki zdrowotnej,
- 2) identyfikatory środowiska epidemiologicznego, a w szczególności: adres (kod pocztowy, telefon) i oznaczenie środowiska epidemiologicznego,
- 3) listę osób zamieszkałych wspólnie w domu jednorodzinnym lub w jednym lokalu domu wielorodzinnego w układzie: nazwisko i imię (imiona) oraz numer PESEL lub datę urodzenia,
- 4) ocenę warunków socjalnych w środowisku,
- 5) inne informacje o środowisku ważne dla lekarza przychodni.

§ 37. Do księgi pracowni diagnostycznej stosuje się odpowiednio § 27.

§ 38. Do księgi zabiegów stosuje się odpowiednio § 25.

Rozdział 4

Dokumentacja medyczna w innych zakładach opieki zdrowotnej

§ 39. Do sporządzania i prowadzenia dokumentacji medycznej w zakładach przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, takich jak: zakłady leczniczo-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej i zawodowej, dzienne ośrodki rehabilitacji leczniczej bądź rehabilitacyjno-wychowawcze, stosuje się odpowiednio § 6, § 10 pkt 2, § 21, 24, 25, 27, 29, 37 i 38.

§ 40. 1. Zakład pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego) sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację medyczną zbiorczą w formie dziennika (księgi) zakładu pomocy doraźnej,
- 2) dokumentację medyczną indywidualną w formie zlecenia wyjazdu i karty informacyjnej udzielenia pomocy doraźnej.

2. Dziennik (księga) pracy zakładu pomocy doraźnej zawiera:

- 1) datę, godzinę i minutę zgłoszenia,
- 2) miejsce oczekiwanej interwencji,
- 3) powód zgłoszenia (objawy),
- 4) dane osobowe zgłaszającego,
- 5) dane osobowe pacjenta (nazwisko i imię, wiek, oznaczenie płci, adres, telefon),
- 6) identyfikatory zespołu wyjazdowego,
- 7) godzinę i minutę przekazania zlecenia zespołowi wyjazdowemu,

- 8) godzinę i minutę przyjazdu zespołu wyjazdowego do miejsca wezwania,
- 9) rozpoznanie i numer statystyczny choroby lub urazu,
- 10) postępowanie i zalecenia.

3. Zlecenie wyjazdu zawiera informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1—8, oraz:

- 1) godzinę i minutę przybycia na miejsce wezwania,
- 2) zwięzłe dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- 3) rozpoznanie i numer statystyczny choroby lub urazu,
- 4) adnotację o rodzaju udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 5) postępowanie i zalecenia,
- 6) adnotację o zapisanych lekach i materiałach medycznych,
- 7) godzinę i minutę ewentualnego przekazania opieki nad pacjentem zakładowi opieki zdrowotnej.

4. Zapisy zawierające informacje zawarte w ust. 2 pkt 1—8 dokonywane są przez osobę przyjmującą zgłoszenie i potwierdzone jej podpisem.

5. Zapisy odnoszące się do informacji zawartych w ust. 2 pkt 9 i 10 oraz ust. 3 pkt 1—7 dokonywane są przez lekarza udzielającego pomocy doraźnej i potwierdzone jego podpisem.

6. Pacjent otrzymuje kartę informacyjną udzielenia pomocy doraźnej, która zawiera:

- 1) identyfikatory pacjenta,
- 2) datę i godzinę oraz miejsce udzielenia pomocy,
- 3) rozpoznanie,
- 4) adnotację o rodzaju udzielonych świadczeń,
- 5) adnotację o zapisanych lekach i materiałach medycznych,
- 6) zalecenia lekarza,
- 7) identyfikatory i podpis osoby udzielającej pomocy.

7. Jeżeli w skład stacji pomocy doraźnej (pogotowia ratunkowego) wchodzi: szpital, przychodnia, pracownia diagnostyczna lub gabinet zabiegowy, do sporządzania i prowadzenia dokumentacji medycznej stosuje się odpowiednio przepisy rozporządzenia odnoszące się do tego rodzaju zakładów opieki zdrowotnej lub ich wewnętrznych jednostek organizacyjnych.

§ 41. Pracownia diagnostyczna będąca odrębnym zakładem opieki zdrowotnej sporządza i prowadzi księgę pracowni diagnostycznej w sposób określony w § 27 oraz kartotekę osób korzystających ze świadczeń pracowni.

§ 42. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodontji sporządza i prowadzi dokumentację medyczną w formie indywidualnych kart.

2. Karta zawiera:

- 1) identyfikatory osoby, na której rzecz wykonano świadczenie,
- 2) datę przyjęcia zlecenia i datę jego zakończenia,
- 3) identyfikatory zakładu lub lekarza zlecającego,
- 4) identyfikatory osoby wykonującej zlecenie,
- 5) rodzaj świadczenia,
- 6) dane o użytych materiałach,
- 7) wycenę wykonanych prac,
- 8) identyfikatory i podpis kierownika pracowni.

3. Do karty dołącza się zlecenie lekarza lub lekarza dentystry.

§ 43. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej dla osób przechodzących sporządza i prowadzi księgę zabiegów leczniczych oraz kartotekę osób korzystających ze świadczeń.

2. Księga zabiegów leczniczych zawiera:

- 1) numer kolejny księgi,
- 2) identyfikatory osoby, której udzielono świadczenia,
- 3) datę zabiegu,
- 4) identyfikatory lekarza zlecającego świadczenie,
- 5) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu,
- 6) rodzaj udzielonego świadczenia,
- 7) identyfikatory osoby wykonującej świadczenie i jej podpis.

3. Do księgi dołącza się zlecenie lekarza.

Rozdział 5

Przechowywanie dokumentacji medycznej

§ 44. Dokumentacja medyczna wewnętrzna jest przechowywana w zakładzie opieki zdrowotnej, w którym została sporządzona.

§ 45. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny za stworzenie warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji medycznej zapewniających jej poufność, zabezpieczających przed zniszczeniem lub zagubieniem oraz umożliwiających jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

§ 46. Sposób i miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji medycznej wewnętrznej określają kierownicy poszczególnych jednostek organizacyjnych w porozumieniu z kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej.

§ 47. Zakończoną dokumentację wewnętrzną indywidualną oraz zakończoną dokumentację zbiorczą przechowuje archiwum zakładu.

§ 48. Archiwum powinno posiadać odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem i dostępem osób trzecich.

§ 49. 1. Dokumentacja przechowywana w archiwum powinna być skatalogowana w oparciu o stały numer księgi głównej przyjęć i wypisów szpitala lub kartotekę pacjentów przychodni.

2. Do celów specjalnych, jak np. dydaktyczno-naukowych, statystycznych itp., można stosować inne sposoby katalogowania dokumentacji, jak np. w formie kartoteki prowadzonej według międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i przyczyn zgonów, kartoteki naukowej itp. W każdym wypadku stosowany sposób katalogowania powinien umożliwiać szybkie korzystanie z dokumentacji w razie zaistniałej potrzeby.

§ 50. 1. Archiwalna dokumentacja medyczna zakładu opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem ust. 2—4, powinna być przechowywana przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego poprzedzającego ten okres.

2. Księga główna przyjęć i wypisów oraz dokumentacja medyczna indywidualna wewnętrzna, w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub otrucia, powinna być przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego poprzedzającego ten okres.

3. Zdjęcia rentgenowskie, przechowywane poza dokumentacją medyczną indywidualną wewnętrzną, powinny być przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego poprzedzającego ten okres.

4. Skierowania na badania lub zlecenie lekarza powinny być przechowywane przez okres dwóch lat, licząc od końca roku kalendarzowego poprzedzającego ten okres.

5. Dla celów naukowo-badawczych oraz gdy pozwalają na to warunki techniczne zakładu dokumentacja medyczna wewnętrzna może być przechowywana przez okresy dłuższe niż określone w ust. 1—4. Decyzję w tej sprawie podejmuje kierownik zakładu opieki zdrowotnej.

6. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1—5 archiwalna dokumentacja medyczna, z zastrzeżeniem przepisów o archiwach państwowych, powinna zostać zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczy.

§ 51. 1. W razie likwidacji zakładu dokumentacja archiwalna powinna być, z zastrzeżeniem ust. 2, przekazana do archiwum zakładu wskazanego przez organ, który dokonał rejestracji zlikwidowanego zakładu.

2. Jeżeli zadania zlikwidowanego zakładu przejmuje inny zakład opieki zdrowotnej, zakład ten przejmuje dokumentację medyczną bieżącą i archiwalną zakładu zlikwidowanego.

Rozdział 6

Udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 52. Dokumentacja medyczna wewnętrzna zakładu opieki zdrowotnej jest własnością tego zakładu.

§ 53. 1. Dokumentacja medyczna wewnętrzna jest udostępniana na żądanie pacjenta, którego dotyczy, lub jego przedstawiciela ustawowego bądź osoby upoważnionej przez pacjenta na miejscu w zakładzie za pośrednictwem lekarza prowadzącego.

2. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy bądź osoba przez pacjenta upoważniona może wystąpić do zakładu opieki zdrowotnej o sporządzenie odpisów dotyczących pacjenta z dokumentacji medycznej zewnętrznej zakładu. Sporządzenie wyciągów i odpisów następuje na koszt pacjenta.

§ 54. 1. Udostępnienie dokumentacji medycznej wewnętrznej na zewnątrz zakładu organom i jednostkom, o których mowa w art. 18 ust. 3 pkt 2—6 i ust. 4 ustawy, następuje, z zastrzeżeniem ust. 2, na podstawie decyzji kierownika zakładu opieki zdrowotnej.

2. Jeżeli dokumentacja medyczna wewnętrzna jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę, decyzję o udostępnieniu dokumentacji na zewnątrz jednostkom organizacyjnym opieki zdrowotnej lub lekarzowi może podjąć kierownik zakładu, ordynator, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny.

3. Udostępnienie dokumentacji medycznej na zewnątrz zakładu opieki zdrowotnej następuje w trybie poufnym, za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji.

4. Dokumentację medyczną udostępnia się na zewnątrz zakładu opieki zdrowotnej w formie wyciągów bądź odpisów, chyba że uprawniony organ lub instytucja żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

5. W razie wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić pełny odpis wydanej dokumentacji, chyba że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę.

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 55. Przepisy rozporządzenia nie naruszają odrębnych przepisów regulujących szczegółowe zasady sporządzania i prowadzenia dodatkowej dokumentacji medycznej w celach określonych w tych przepisach.

§ 56. Kierownicy zakładów w drodze przepisów regulaminowych mogą określić bardziej szczegółowo sposób sporządzania i prowadzenia rodzajów dokumentacji medycznej przewidzianej w rozporządzeniu oraz wprowadzić obowiązek sporządzania i prowadzenia dodatkowo innych rodzajów dokumentacji medycznej.

§ 57. Wpisy danych objętych dokumentacją medyczną do legitymacji ubezpieczeniowych, książeczek zdrowia i innych dokumentów osobistych o podobnym charakterze i przeznaczeniu regulują odrębne przepisy.

§ 58. Rozporządzenie nie narusza przepisów o statystyce państwowej, archiwach państwowych i normalizacji druków i formularzy.

§ 59. Do czasu wyczerpania dotychczasowych druków i formularzy należy je stosować dokonując w pełnym zakresie zmian i uzupełnień zapisów w dokumentacji, wynikających z niniejszego rozporządzenia.

§ 60. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej: *A. Wojtyła*