

Warszawa, dnia 31 sierpnia 2015 r.

Poz. 1261

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 19 sierpnia 2015 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej
oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 i 968) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 14 dodaje się pkt 4 w brzmieniu:
„4) rozpoznania onkologicznego ustalonego po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu ze szpitala.”;
- 2) w § 15 w ust. 1 dodaje się pkt 13 w brzmieniu:
„13) okołoperacyjną kartę kontrolną.”;
- 3) w § 18:
 - a) w ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:
„2a) informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w sali operacyjnej, w postaci okołoperacyjnej karty kontrolnej.”;
 - b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:
„4a. Wpisy w okołoperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego.
4b. Koordynator karty, o którym mowa w ust. 4a, dokonuje wpisów w okołoperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.”;
- 4) po § 18 dodaje się § 18a w brzmieniu:
„§ 18a. 1. Okołoperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych:
 - 1) przed znieczuleniem pacjenta;
 - 2) przed wykonaniem nacięcia;
 - 3) przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 742, z 2013 r. poz. 1245, z 2014 r. poz. 1822 oraz z 2015 r. poz. 1163.

2. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta, zawiera w szczególności:

- 1) imię i nazwisko pacjenta;
- 2) datę operacji;
- 3) nazwę komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 5) określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły – natychmiastowy, pilny, przyspieszony);
- 6) potwierdzenie:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej,
 - d) zgody na operację,
 - e) rodzaju znieczulenia;
- 7) informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie);
- 8) potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia;
- 9) potwierdzenie zapewnienia monitorowania:
 - a) EKG,
 - b) pulsoksymetrii,
 - c) ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) kapnometrii;
- 10) informację o alergiach (tak – ze wskazaniem jakie, nie);
- 11) informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak – zapewniono właściwy sprzęt, nie);
- 12) informację o ryzyku krwawienia > 500 ml u dorosłych albo > 7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak – zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne, nie).

3. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed wykonaniem nacięcia, zawiera w szczególności:

- 1) informację o potwierdzeniu przez członków zespołu operacyjnego, że znają wzajemnie swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym (tak, nie);
- 2) informację o przedstawieniu się wszystkich członków zespołu (tak, nie) – w przypadku gdy członkowie zespołu operacyjnego nie znają się wzajemnie;
- 3) potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej;
- 4) potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta;
- 5) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną właściwego zestawu narzędzi;
- 6) informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w szczególności zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, oczekiwanej utracie krwi, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi:
 - a) przez operatora (tak, nie, nie dotyczy),
 - b) przez anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
 - c) przez pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
- 7) informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
- 8) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwwzakrzepowej (tak – ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy);
- 9) informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

4. Okołooperacyjna karta kontrolna, w części dotyczącej czynności wykonywanych przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego, zawiera w szczególności:

- 1) potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury;
- 2) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów;
- 3) informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy);
- 4) informację o wystąpieniu powikłań w trakcie operacji (tak, nie);
- 5) informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie);
- 6) informację o określeniu przez operatora i anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);
- 7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:
 - a) operatora (tak, nie),
 - b) anestezjologa (tak, nie);
- 8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).

5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty, o którym mowa w § 18 ust. 4a.”;

- 5) po § 20 dodaje się § 20a w brzmieniu:

„§ 20a. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby.”;

- 6) w § 22 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 17–20, albo w karcie noworodka.

2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.”;

- 7) w § 24 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W przypadku, o którym mowa w § 20a, uzupełnioną historię choroby przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.”;

- 8) w § 26 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu.”;

- 9) w § 29 po pkt 9 dodaje się pkt 9a w brzmieniu:

„9a) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2015 r.

Minister Zdrowia: *M. Zembala*