

Warszawa, dnia 29 lutego 2016 r.

Poz. 258

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI**

z dnia 26 lutego 2016 r.

**w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób
pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Użyte w rozporządzeniu wyrażenia oznaczają:

- 1) podmiot – podmiot leczniczy w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.¹⁾) utworzony przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności;
- 2) szpital więzienny – szpital w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, pozostający w strukturze zakładu karnego lub aresztu śledczego;
- 3) osadzony – osobę tymczasowo aresztowaną, skazaną, ukaraną lub osobę wymienioną w art. 589a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.²⁾), która jest ujęta w ewidencji zakładu karnego;
- 4) zakład karny – zakład karny, areszt śledczy, wyodrębniony oddział aresztu śledczego w zakładzie karnym, wyodrębniony oddział zakładu karnego w areszcie śledczym.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 905, 1640, 1697, 1844, 1887, 1918 i 1991.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 50, poz. 580, Nr 62, poz. 717, Nr 73, poz. 852 i Nr 93, poz. 1027, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071 i Nr 106, poz. 1149, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, z 2003 r. Nr 17, poz. 155, Nr 111, poz. 1061 i Nr 130, poz. 1188, z 2004 r. Nr 51, poz. 514, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889, Nr 240, poz. 2405 i Nr 264, poz. 2641, z 2005 r. Nr 10, poz. 70, Nr 48, poz. 461, Nr 77, poz. 680, Nr 96, poz. 821, Nr 141, poz. 1181, Nr 143, poz. 1203, Nr 163, poz. 1363, Nr 169, poz. 1416 i Nr 178, poz. 1479, z 2006 r. Nr 15, poz. 118, Nr 66, poz. 467, Nr 95, poz. 659, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 141, poz. 1009 i 1013, Nr 167, poz. 1192 i Nr 226, poz. 1647 i 1648, z 2007 r. Nr 20, poz. 116, Nr 64, poz. 432, Nr 80, poz. 539, Nr 89, poz. 589, Nr 99, poz. 664, Nr 112, poz. 766, Nr 123, poz. 849 i Nr 128, poz. 903, z 2008 r. Nr 27, poz. 162, Nr 100, poz. 648, Nr 107, poz. 686, Nr 123, poz. 802, Nr 182, poz. 1133, Nr 208, poz. 1308, Nr 214, poz. 1344, Nr 225, poz. 1485, Nr 234, poz. 1571 i Nr 237, poz. 1651, z 2009 r. Nr 8, poz. 39, Nr 20, poz. 104, Nr 28, poz. 171, Nr 68, poz. 585, Nr 85, poz. 716, Nr 127, poz. 1051, Nr 144, poz. 1178, Nr 168, poz. 1323, Nr 178, poz. 1375, Nr 190, poz. 1474 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 98, poz. 626, Nr 106, poz. 669, Nr 122, poz. 826, Nr 125, poz. 842, Nr 182, poz. 1228 i Nr 197, poz. 1307, z 2011 r. Nr 48, poz. 245 i 246, Nr 53, poz. 273, Nr 112, poz. 654, Nr 117, poz. 678, Nr 142, poz. 829, Nr 191, poz. 1135, Nr 217, poz. 1280, Nr 240, poz. 1430, 1431 i 1438 i Nr 279, poz. 1645, z 2012 r. poz. 886, 1091, 1101, 1327, 1426, 1447 i 1529, z 2013 r. poz. 480, 765, 849, 1247, 1262, 1282 i 1650, z 2014 r. poz. 85, 384, 694, 1375 i 1556, z 2015 r. poz. 21, 290, 396, 1185, 1186, 1334, 1788, 1855 i 2281 oraz z 2016 r. poz. 178.

§ 2. Dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją”, dzieli się na:

- 1) dokumentację indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych podmiotu;
- 2) dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu osadzonych lub określonych grup osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych podmiotu;
- 3) dokumentację indywidualną i zbiorczą noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona.

§ 3. 1. Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby podmiotu, oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, lub podmiotów i organów, o których mowa w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „ustawą”.

2. Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są: książka zdrowia oraz historia choroby.

3. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby osadzonego, są: karta przebiegu ciąży, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, skierowanie do szpitala, skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację specjalistyczną, zaświadczenie lekarskie.

4. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby podmiotów i organów, o których mowa w art. 26 ustawy, jest opinia lekarska.

5. Dokumentacją indywidualną noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, są:

- 1) dokumentacja indywidualna wewnętrzna: karta noworodka, karta uodpornienia, karta rozwoju psychomotorycznego, historia choroby oraz ambulatoryjna historia zdrowia i choroby;
- 2) dokumentacja indywidualna zewnętrzna: książeczka zdrowia dziecka, książeczka szczepień, karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

6. Dokumentacją zbiorczą szpitala więziennego są: księgi i książka, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 2, a dokumentacją zbiorczą podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych są księgi, o których mowa w § 34 pkt 3.

§ 4. 1. Dokumentacja jest prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2014 r. poz. 1114).

2. Poszczególne karty dokumentacji w postaci papierowej powinny być w trwały sposób ze sobą połączone i ponumerowane, przy czym do trwałego połączenia kart używa się środków, które nie degradują struktury fizycznej dokumentacji.

§ 5. Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

- 1) dane identyfikujące podmiot:
 - a) nazwę zakładu karnego, w którym sporządzono dokumentację lub w którym jest dokonywany wpis do dokumentacji,
 - b) adres zakładu karnego z numerem telefonu;
- 2) dane identyfikujące osadzonego:
 - a) nazwisko, imię (imiona) oraz imię ojca,
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
 - e) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) dane identyfikujące osobę wykonującą zawód medyczny udzielającą świadczeń zdrowotnych i dokonującą wpisu:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli posiada,
 - d) podpis wraz z pieczętką osoby dokonującej wpisu do dokumentacji;

- 4) datę dokonania wpisu;
- 5) istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego, uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności:
 - a) opis czynności wykonanych przez osobę wykonującą zawód medyczny udzielającą świadczeń zdrowotnych,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
 - c) zlecenia,
 - d) informacje o wydanych świadectwach, opiniach lub zaświadczeniach lekarskich;
- 6) informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 7) dane identyfikujące noworodka – datę urodzenia, z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinny, płeć noworodka, imię i nazwisko, jeżeli posiada, oraz nazwisko, imię (imiona) i numer PESEL osadzonej matki, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość;
- 8) dane identyfikujące dziecko – datę urodzenia, z podaniem roku, miesiąca i dnia, imię i nazwisko, numer PESEL, jeżeli posiada, oraz nazwisko, imię (imiona) i numer PESEL osadzonej matki, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość;
- 9) dane identyfikujące szpital więzienny:
 - a) nazwę szpitala więziennego, w którym sporządzono dokumentację lub w którym jest dokonywany wpis do dokumentacji,
 - b) adres szpitala więziennego z numerem telefonu.

§ 6. 1. Każdy z dokumentów będący częścią dokumentacji musi umożliwiać ustalenie tożsamości osadzonego, noworodka lub dziecka, którego dotyczy, oraz osoby sporządzającej dokument, a także być opatrzony datą sporządzenia.

2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osadzonego, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, chyba że inne oznaczenie tożsamości znajduje się w dokumentach stanowiących podstawę wykonywania pozbawienia wolności.

3. Do prowadzonej dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dołącza się kopie przedstawionych przez osadzonego dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

4. Dokument dołączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

5. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej, z wyłączeniem kart książki zdrowia, oznacza się co najmniej numerem strony oraz imieniem, nazwiskiem i numerem PESEL osadzonego, a w przypadku jego braku – rodzajem, serią i numerem dokumentu potwierdzającego tożsamość osadzonego, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona – danymi identyfikującymi go, o których mowa w § 5 pkt 7 lub 8.

6. Osoba wykonująca zawód medyczny kierująca na badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, do którego kieruje osadzonego, noworodka lub dziecko, którego matką jest osadzona, wraz ze skierowaniem, inne niezbędne do przeprowadzenia badania lub konsultacji informacje zawarte w szczególności w historii choroby, książce zdrowia lub ambulatoryjnej historii zdrowia i choroby.

7. Podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje osobie kierującej na badanie lub konsultację pełne dane o wynikach przeprowadzonych badań lub konsultacji, z podaniem ustalonego rozpoznania.

§ 7. 1. Dokumentację należy prowadzić czytelnie, w języku polskim.

2. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając początek każdego wpisu datą wpisu, a koniec każdego wpisu opatrując czytelnym podpisem osoby, która go sporządza, z podaniem danych identyfikujących tę osobę, o których mowa w § 5 pkt 3.

3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli jest błędny, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem przyczyn skreślenia i podpisem osoby skreślającej, z podaniem danych ją identyfikujących, o których mowa w § 5 pkt 3.

4. Przez dokonywanie wpisów, o których mowa w ust. 2 i 3, rozumie się również trwałe umocowanie do kolejnych stron książki zdrowia albo ambulatoryjnej historii zdrowia i choroby oddzielnych kart z wydrukowanymi na nich, za pomocą urządzeń elektronicznych lub mechanicznych, informacjami medycznymi.

§ 8. Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera kolejny numer wpisu, dane, o których mowa w § 5 pkt 1, pkt 2 lit. a i b, pkt 3 lit. a i b, pkt 4, oraz, jeżeli wynika to z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje medyczne dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

§ 9. Przy dokonywaniu wpisów w dokumentacji dotyczących czasu trwania ciąży, poronień, urodzeń żywych i martwych stosuje się kryteria oceny określone w załączniku do rozporządzenia.

Rozdział 2

Dokumentacja w szpitalach więziennych

§ 10. 1. Szpital więzienny sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – w formie historii choroby;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną, składającą się z:
 - a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
 - b) księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala więziennego,
 - c) księgi chorych oddziału,
 - d) księgi raportów lekarskich,
 - e) księgi raportów pielęgniarских,
 - f) księgi zabiegów,
 - g) księgi bloku lub sali operacyjnej,
 - h) księgi bloku porodowego lub sali porodowej,
 - i) księgi noworodków,
 - j) księgi pracowni diagnostycznej,
 - k) księgi skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza podmiotem,
 - l) księgi odmów przyjęć do szpitala więziennego,
 - m) księgi zgonów,
 - n) książki transfuzyjnej;
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 3 ust. 3–5, oraz dokumentację do celów określonych w przepisach dotyczących podmiotów;
- 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną oraz dokumentację do celów określonych w przepisach dotyczących podmiotów.

2. Szpital dokonuje w książce zdrowia wpisów i adnotacji o:

- 1) przyczynie odmowy przyjęcia osadzonego do szpitala więziennego, ustalonym rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań i konsultacji, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wydanych w takim przypadku zleceniach;
- 2) niewyrażeniu zgody przez osadzonego na pobyt w szpitalu więziennym, potwierdzonej jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 3) miejscu i okresie hospitalizacji, rozpoznaniu ostatecznym oraz, jeżeli zachodzi taka potrzeba, opinii o zdolności osadzonego do transportu, z podaniem rodzaju środka transportu, w szczególności transportu sanitarnego.

§ 11. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, do szpitala więziennego, po ustaleniu jego tożsamości. Przepisy § 5 pkt 2, 7 i 8 oraz § 6 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

§ 12. 1. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, a w szczególności:
 - a) kart indywidualnej opieki pielęgniarской,

- b) kart indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
- c) kart obserwacji, w tym karty gorączkowej, karty monitorowania bólu, kart obserwacji przebiegu porodu,
- d) kart zleceń lekarskich,
- e) formularza zgody na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla osadzonego,
- f) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
- g) wyników badań diagnostycznych,
- h) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby,
- i) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja,
- j) karty zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane zabiegi i nie zostały wpisane w formularzu historii choroby,
- k) okołoperacyjnej karty kontrolnej.

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

- 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną, inną niż dokumentacja danego podmiotu, udostępnioną przez osadzonego, w szczególności karty informacyjne z leczenia szpitalnego, karty przebiegu ciąży, opinie lekarskie, zaświadczenia lekarskie, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego;
- 2) dokumentację indywidualną wewnętrzną prowadzoną przez inne komórki organizacyjne podmiotu, i dokumentację dotyczącą poprzednich hospitalizacji osadzonego, jeżeli jest istotna dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

§ 13. Formularz historii choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

- 1) przyjęcia osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, do szpitala więziennego;
- 2) przebiegu hospitalizacji;
- 3) wypisania osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matka jest osadzona, ze szpitala więziennego albo zgonu osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona.

§ 14. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej przyjęcia osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, do szpitala więziennego, zawiera dane określone w § 5 pkt 1–4, 7 lub 8 oraz dodatkowo:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu do szpitala więziennego;
- 2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu do oddziału;
- 3) imię i nazwisko oraz adres zamieszkania i numer telefonu przedstawiciela ustawowego osadzonego albo noworodka lub dziecka, którego matka jest osadzona, opiekuna prawnego, innej osoby wskazanej przez osadzonego lub osoby upoważnionej przez osadzonego do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych;
- 4) pisemne oświadczenie osadzonego, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala więziennego lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego;
- 5) pisemne oświadczenie osadzonego o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania i numeru telefonu osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie osadzonego o braku takiego upoważnienia;
- 6) adnotację o poinformowaniu osadzonego lub innych uprawnionych osób o prawach pacjenta wynikających z ustawy;
- 7) datę przyjęcia do szpitala więziennego, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym, oraz z podaniem trybu przyjęcia (planowy, nagły, na podstawie skierowania, bez skierowania);
- 8) istotne dane z badania lekarskiego podmiotowego (wywiad lekarski) i przedmiotowego (fizykalnego) przeprowadzonego przy przyjęciu do szpitala więziennego, wyniki ewentualnych obserwacji, badań dodatkowych i konsultacji oraz innych udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 9) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 10) dane identyfikujące lekarza przyjmującego, o których mowa w § 5 pkt 3.

2. W przypadku przyjęcia osadzonego do szpitala więziennego na podstawie skierowania dołącza się je do historii choroby.

3. Skierowanie do szpitala więziennego, o którym mowa w ust. 2, zawiera w szczególności:

- 1) dane identyfikujące podmiot kierujący, o których mowa w § 5 pkt 1;
- 2) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2;
- 3) nazwę i adres szpitala więziennego, do którego jest kierowany osadzony;
- 4) dane identyfikujące osobę wykonującą zawód medyczny kierującą do szpitala więziennego, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 5) rozpoznanie ustalone przez osobę wykonującą zawód medyczny kierującą do szpitala więziennego;
- 6) datę sporządzenia skierowania.

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

- 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
- 2) wyniki obserwacji stanu zdrowia;
- 3) informacje o zleceniach lekarskich;
- 4) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 5) ocenę stanu zdrowia w związku z zastosowaniem, w trakcie i po zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego;
- 6) opinie o dopuszczalności wymierzenia i wykonywania kary dyscyplinarnej umieszczenia osadzonego w celi izolacyjnej;
- 7) opinie o zasadności ze względu na stan zdrowia osadzonego odroczenia, przerwania lub zmiany na inne wymierzone lub wykonywane kar dyscyplinarnych;
- 8) adnotacje o zdolności albo niezdolności do transportu, jeżeli są konieczne,
- 9) informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w sali operacyjnej, w postaci okołoperacyjnej karty kontrolnej.

2. Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych i okresowo kontrolowane przez ordynatora oddziału.

3. Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad osadzonym, noworodkiem lub dzieckiem, którego matką jest osadzona. Wpisy te obejmują także posiłki, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 109 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.³⁾). Osoba wykonująca zawód medyczny w podmiocie przyjmująca i wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o przyjęciu i wykonaniu zlecenia i opatruje je podpisem.

4. Wpisy w okołoperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu.

5. Koordynator karty, o którym mowa w ust. 4, dokonuje wpisów w okołoperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

6. Wpisy w karcie obserwacji, karcie obserwacji przebiegu porodu lub karcie monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną, z podaniem danych identyfikujących osobę wykonującą zawód medyczny, o których mowa w § 5 pkt 3, oraz daty dokonania wpisu.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071 i Nr 111, poz. 1194, z 2002 r. Nr 74, poz. 676 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750, z 2004 r. Nr 93, poz. 889, Nr 210, poz. 2135, Nr 240, poz. 2405, Nr 243, poz. 2426 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1363 i Nr 178, poz. 1479, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 123, poz. 849, z 2008 r. Nr 96, poz. 620 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 8, poz. 39, Nr 22, poz. 119, Nr 62, poz. 504, Nr 98, poz. 817, Nr 108, poz. 911, Nr 115, poz. 963, Nr 190, poz. 1475, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 34, poz. 191, Nr 40, poz. 227, Nr 125, poz. 842 i Nr 182, poz. 1228, z 2011 r. Nr 39, poz. 201 i 202, Nr 112, poz. 654, Nr 129, poz. 734, Nr 185, poz. 1092, Nr 217, poz. 1280 i Nr 240, poz. 1431, z 2012 r. poz. 908, z 2013 r. poz. 628 i 1247, z 2014 r. poz. 287, 619 i 1707 oraz z 2015 r. poz. 21, 396, 431, 541, 1269 i 1573.

7. Wpisy dotyczące prowadzenia procesu obserwacji, monitorowania bólu, obserwacji porodu, pielęgnowania, czynności pielęgniarstwa lub położniczych są dokonywane na bieżąco przez pielęgniarkę lub położną sprawującą bezpośrednią opiekę i kontrolowane przez pielęgniarkę lub położną oddziałową. Osoba realizująca plan opieki dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarstwa lub położniczej oraz opatruje ją podpisem.

8. Karta monitorowania bólu zakładana w razie potrzeby takiego monitorowania zawiera w szczególności: informację o częstotliwości dokonywania oceny stopnia bólu, ocenę stopnia natężenia bólu przedstawioną za pomocą wybranej skali, informację o podjętych działaniach w zakresie leczenia bólu oraz ocenę skuteczności leczenia bólu.

§ 16. 1. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera dane identyfikujące podmiot, zgodnie z § 5 pkt 1, oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych:

- 1) przed znieczuleniem osadzonego;
- 2) przed wykonaniem nacięcia;
- 3) przed opuszczeniem przez osadzonego bloku operacyjnego.

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

- 1) imię i nazwisko osadzonego;
 - 2) datę operacji;
 - 3) nazwę komórki organizacyjnej, w której osadzony przebywał;
 - 4) numer osadzonego w księdze głównej przyjęć i wypisów;
 - 5) określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły – natychmiastowy, pilny, przyspieszony);
 - 6) potwierdzenie:
 - a) tożsamości osadzonego,
 - 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 osadzonego,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej;
- 4) potwierdzenie właściwego ułożenia osadzonego;
- 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 okołoperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
- 8) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (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 osadzonego 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 osadzonego przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).

5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty, o którym mowa w § 15 ust. 4.

§ 17. 1. Formularz historii choroby, w części dotyczącej wypisu osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, ze szpitala więziennego, zawiera:

- 1) rozpoznanie kliniczne w języku polskim składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numer statystyczny choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 3) informację o zastosowanym leczeniu, wykonanych badaniach i zabiegach diagnostycznych oraz zabiegach operacyjnych, z podaniem numerów statystycznych procedur, ustalonych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych;
- 4) epikryzę;
- 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala więziennego, zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 6) datę wypisu.

2. Wypisu dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi danego oddziału szpitala więziennego albo lekarzowi przez niego upoważnionemu.

§ 18. 1. Formularz historii choroby, w razie zgonu, poza informacjami wymienionymi w § 17 ust. 1 pkt 1–4, zawiera:

- 1) datę zgonu – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 2) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 3) adnotację o wydaniu karty zgonu, jeżeli sytuacja taka miała miejsce.

2. Jeżeli podmiot otrzymał protokół badania sekcyjnego lub protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, ich kopie dołącza się do historii choroby zmarłego.

§ 19. 1. Lekarz wypisujący osadzonego, noworodka lub dziecko, którego matką jest osadzona, wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w trzech równobrzmiących egzemplarzach. Karty informacyjne podpisuje lekarz wypisujący i ordynator oddziału, w którym przebywa osadzony, noworodek lub dziecko, którego matką jest osadzona, albo lekarz przez niego upoważniony. Przepisy § 5 pkt 1–3 i 7 lub 8 stosuje się odpowiednio.

2. W karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać:

- 1) dane identyfikujące osadzonego, noworodka lub dziecko, którego matką jest osadzona, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 2, 7 lub 8;
- 2) rozpoznanie choroby w języku polskim oraz numery statystyczne choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 3) wyniki badań diagnostycznych i konsultacji;
- 4) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – ich datę i rodzaj;
- 5) zlecenia dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
- 6) orzeczony okres czasowej niezdolności osadzonego do pracy.

3. W przypadku, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy, dopuszcza się podanie w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego rozpoznania w języku łacińskim.

4. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego, w przypadku zgonu osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, zawiera dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1–4, w § 17 ust. 1 pkt 1–4 oraz w § 18 ust. 1.

5. Jeden egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego wydaje się osadzonemu, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 5.

6. Pozostałe egzemplarze kart informacyjnych dołącza się do historii choroby oraz książki zdrowia.

§ 20. Księga główna przyjęć i wypisów jest opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz numerem księgi i zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) datę przyjęcia – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 3) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 4) numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego oraz określenie organu, który wystawił ten dokument, jeżeli to konieczne;
- 5) rozpoznanie wstępne;
- 6) rozpoznanie przy wypisie w języku polskim, z podaniem numerów statystycznych choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 7) rodzaj leczenia, w tym wykonane istotne badania diagnostyczne i konsultacje oraz wszystkie zabiegi i operacje;
- 8) datę wypisu lub zgonu osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona;
- 9) adnotację o miejscu, do którego osadzony, noworodek lub dziecko, którego matką jest osadzona, został wypisany;

- 10) w razie zgonu osadzonego, noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona – jego przyczyny, z podaniem numerów statystycznych choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 11) dane identyfikujące lekarza wypisującego, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b.

§ 21. 1. Księga oczekujących na przyjęcie do szpitala więziennego opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) datę zgłoszenia osadzonego;
- 3) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2;
- 4) dane identyfikujące osobę wykonującą zawód medyczny, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b, kierującą na badanie lub leczenie, a w przypadku gdy zlecającym jest osoba z innego podmiotu wykonująca zawód medyczny – także dane identyfikujące ten podmiot;
- 5) rozpoznanie ustalone przez osobę wykonującą zawód medyczny kierującą na badanie lub leczenie;
- 6) ustaloną datę planowego przyjęcia oraz nazwę oddziału;
- 7) podpis osoby przyjmującej zgłoszenie.

2. Dane określone w ust. 1 są grupowane w odniesieniu do każdego oddziału szpitala.

§ 22. Księga chorych oddziału opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą oddziału zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) datę przyjęcia, z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 3) numer kolejny wpisu w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 4) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 5) dane identyfikujące lekarza prowadzącego, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b;
- 6) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału lub zgonu;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o zgonie lub przeniesieniu do innego oddziału;
- 9) adnotację o miejscu, do którego osadzony, noworodek lub dziecko, którego matką jest osadzona, został wypisany;
- 10) dane identyfikujące lekarza wypisującego, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b.

§ 23. Księga raportów lekarskich opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą oddziału zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;
- 3) krótką statystykę oddziału, w tym liczbę przyjętych, wypisanych, zmarłych i operowanych;
- 4) treść raportu uwzględniającą w szczególności dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2 lit. a, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym, jeżeli to konieczne;
- 5) dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 6) dane identyfikujące osobę wykonującą zawód medyczny zobowiązaną do codziennego zapoznawania się z treścią raportu lekarskiego, o których mowa w § 5 pkt 3.

§ 24. Księga raportów pielęgniarskich opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą oddziału zawiera:

- 1) datę sporządzenia raportu;

- 2) krótką statystykę oddziału, w tym liczbę przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 3) treść raportu uwzględniającą w szczególności dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2 lit. a, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym, jeżeli to konieczne;
- 4) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu, o których mowa w § 5 pkt 3.

§ 25. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala więziennego opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2 lit. a, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 4) dane, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a, identyfikujące lekarza zlecającego zabieg lub inną osobę wykonującą zawód medyczny, a w przypadku gdy zlecającym jest lekarz innego podmiotu – także dane identyfikujące ten podmiot;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu.

§ 26. Księga bloku lub sali operacyjnej opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2;
- 3) nazwę oddziału, w którym osadzony przebywał;
- 4) rozpoznanie wstępne przed zabiegiem lub operacją oraz dane identyfikujące lekarza kierującego, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b, a jeżeli kierującym jest lekarz innego podmiotu – także dane identyfikujące ten podmiot;
- 5) dane identyfikujące lekarza kwalifikującego osadzonego do zabiegu lub operacji, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b;
- 6) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu lub operacji – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 7) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu lub operacji;
- 8) szczegółowy opis zabiegu lub operacji oraz informacje o zastosowanych produktach leczniczych wraz z rozpoznaniem ostatecznym, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg lub operację, z podaniem danych identyfikujących tę osobę, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 9) rodzaj zastosowanego znieczulenia wraz ze szczegółowym opisem podpisanym przez lekarza anestezjologa, a także dane identyfikujące tego lekarza, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 10) dane, o których mowa w § 5 pkt 3, identyfikujące osoby wchodzące, odpowiednio, w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, z wyszczególnieniem osób wykonujących operację lub zabieg oraz osób wykonujących i prowadzących znieczulenie;
- 11) zlecenia lekarskie, w tym posiłki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 109 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy.

§ 27. 1. Księga bloku lub sali porodowej opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) dane identyfikujące osadzoną kobietę ciężarną, o których mowa w § 5 pkt 2, z podaniem grupy krwi i czynnika Rh;
- 3) nazwę oddziału, w którym osadzona kobieta ciężarna przebywała;
- 4) rozpoznanie wstępne przed porodem oraz dane identyfikujące lekarza kwalifikującego do porodu, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b, a jeżeli kierującym jest lekarz innego podmiotu – także dane identyfikujące ten podmiot;
- 5) datę przyjęcia osadzonej kobiety ciężarnej na blok lub salę porodową z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;

- 6) datę porodu – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 7) szczegółowy opis przebiegu porodu, z podaniem czasu trwania poszczególnych okresów porodu, rodzaju udzielonych świadczeń zdrowotnych, informacją o zastosowanych produktach leczniczych, rozpoznaniem poporodowym, podpisany odpowiednio przez osoby uczestniczące lub odbierające poród, z podaniem danych je identyfikujących, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 8) dane identyfikujące osoby wchodzące, odpowiednio, w skład zespołu porodowego, z wyszczególnieniem osób prowadzących i odbierających poród oraz osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 9) rodzaj zastosowanego znieczulenia, jego szczegółowy opis, podpisany przez lekarza anestezjologa, z podaniem danych identyfikujących, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 10) dane dotyczące noworodka, o których mowa w § 5 pkt 7, oraz masę ciała, długość ciała, ocenę według skali Apgar;
- 11) datę wypisania osadzonej z bloku porodowego lub sali porodowej, z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 12) adnotację o miejscu, do którego wypisano osadzoną z bloku lub sali porodowej;
- 13) zlecenia lekarskie, w tym posiłki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 109 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy;
- 14) informację, że poród odbył się metodą operacyjną.

2. Noworodkowi urodzonemu w szpitalu więziennym zakłada się kartę noworodka, która zawiera:

- 1) dane identyfikujące podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1;
- 2) dane identyfikujące lekarza, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 3) datę dokonania wpisu;
- 4) numer w księdze noworodków, pod którym dokonano wpisu o urodzeniu;
- 5) dane dotyczące osadzonej matki noworodka:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) adres zamieszkania,
 - c) wiek,
 - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość osadzonej matki,
 - e) grupę krwi oraz czynnik Rh;
- 6) dane dotyczące poprzednich ciąż i porodów osadzonej matki noworodka:
 - a) liczbę ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo i martwo urodzonych,
 - b) datę poprzedniego porodu,
 - c) inne informacje dotyczące poprzedniego porodu;
- 7) dane dotyczące rodzeństwa noworodka: rok urodzenia, stan zdrowia, a w przypadku śmierci – przyczynę zgonu;
- 8) dane dotyczące obecnej ciąży i przebiegu porodu:
 - a) czas trwania ciąży (w tygodniach),
 - b) informacje dotyczące przebiegu porodu,
 - c) charakterystykę porodu,
 - d) powikłania porodowe,
 - e) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
- 9) dane dotyczące noworodka:
 - a) datę urodzenia – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym,
 - b) płeć,

- c) masę ciała,
 - d) długość,
 - e) obwód głowy,
 - f) obwód klatki piersiowej,
 - g) ocenę według skali Apgar,
 - h) urazy okołoporodowe,
 - i) stwierdzone nieprawidłowości,
 - j) w przypadku martwego urodzenia – wskazanie, czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu;
- 10) opis postępowania po urodzeniu (odśluzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane produkty lecznicze);
- 11) informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach;
- 12) informacje o stanie noworodka w dniu wypisu;
- 13) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;
- 14) datę wypisania, a w przypadku zgonu noworodka – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym, oraz opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

3. Noworodkowi urodzonemu w szpitalu więziennym wydaje się książeczkę zdrowia dziecka. Książeczkę zdrowia dziecka wydaje się według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy.

4. Noworodkowi urodzonemu w szpitalu więziennym zakłada się kartę rozwoju psychomotorycznego oraz kartę uodpornienia.

§ 28. 1. Księga noworodków opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) dane identyfikujące osadzoną matkę noworodka, o których mowa w § 5 pkt 2;
- 3) dane dotyczące noworodka, o których mowa w § 5 pkt 7, oraz masę ciała, długość ciała, ocenę według skali Apgar;
- 4) dane identyfikujące lekarza lub inną osobę wykonującą zawód medyczny, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b, uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych noworodkowi.

2. W księdze noworodków wpisuje się noworodki urodzone w szpitalu więziennym oraz noworodki urodzone poza zakładem karnym i przyjęte do szpitala więziennego celem sprawowania opieki przez osadzoną matkę noworodka.

§ 29. Księga pracowni diagnostycznej opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 3) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2 lit. a i b, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 4) nazwę komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny podmiot – także dane identyfikujące ten podmiot;
- 5) dane identyfikujące lekarza zlecającego badanie, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b;
- 6) adnotację o rodzaju i wyniku badania;
- 7) dane identyfikujące osobę wykonującą badanie, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b.

§ 30. Księga skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza zakładem karnym opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;

- 2) datę zlecenia badania lub konsultacji;
- 3) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 4) datę realizacji badania lub konsultacji;
- 5) wynik badania, zlecenia diagnostyczne lub lecznicze, jeżeli nie zostały wpisane do książki zdrowia;
- 6) dane identyfikujące lekarza zlecającego świadczenie zdrowotne, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b, lub nazwę podmiotu zlecającego świadczenie zdrowotne;
- 7) dane identyfikujące osobę wykonującą świadczenie zdrowotne, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b, oraz nazwę podmiotu, jeżeli świadczenia udzielono poza zakładem karnym.

§ 31. 1. Księga odmów przyjęć do szpitala więziennego opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu w księdze;
- 2) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2 lit. a i b, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 3) nazwę podmiotu zlecającego świadczenie zdrowotne oraz dane identyfikujące lekarza kierującego, o których mowa w § 5 pkt 3 lit. a i b, wraz z rozpoznaniem ustalonym przez tego lekarza lub adnotacją o braku skierowania;
- 4) datę badania lekarskiego – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 5) istotne dane z przeprowadzonego badania lekarskiego podmiotowego i przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 6) ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 7) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych;
- 8) datę odmowy przyjęcia do szpitala więziennego – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 9) powód odmowy przyjęcia do szpitala więziennego;
- 10) adnotację o niewyrażeniu zgody przez osadzonego na pobyt w szpitalu więziennym, potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 11) adnotację o miejscu, dokąd osadzony, noworodek lub dziecko, którego matką jest osadzona, został skierowany;
- 12) dane identyfikujące lekarza wykonującego świadczenie zdrowotne, o których mowa w § 5 pkt 3.

2. W przypadku odmowy przyjęcia osadzonego do szpitala więziennego lekarz wykonujący świadczenie zdrowotne odnotowuje w książce zdrowia informacje o ustalonym rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań i konsultacji, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala więziennego, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zleceniach.

3. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala więziennego noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, informacje, o których mowa w ust. 2, lekarz wykonujący świadczenie zdrowotne odnotowuje w książce zdrowia osadzonej matki.

§ 32. 1. Księga zgonów opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, zawiera:

- 1) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 2) datę zgonu – z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym;
- 3) przyczynę zgonu;
- 4) miejsce zgonu.

2. Podmiot prowadzi jedną księgę zgonów dla jego wszystkich komórek organizacyjnych.

§ 33. Książka transfuzyjna opatrzona danymi, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332).

Rozdział 3

Dokumentacja podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych

§ 34. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną:
 - a) osadzonego – w formie książki zdrowia,
 - b) noworodka i dziecka, którego matką jest osadzona – w formie ambulatoryjnej historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, z wyłączeniem karty informacyjnej z leczenia szpitalnego;
- 3) dokumentację zbiorczą, w formie:
 - a) księgi ambulatoryjnej przyjęć prowadzonej odrębnie dla każdej komórki organizacyjnej,
 - b) księgi pracowni diagnostycznej,
 - c) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
 - d) księgi konsultacji i badań diagnostycznych prowadzonej odrębnie dla świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakładzie karnym i poza zakładem karnym,
 - e) księgi izby chorych,
 - f) księgi zgonów.

§ 35. 1. Książka zdrowia zawiera w szczególności dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2, informacje dotyczące jego ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych i przebytych urazów oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych w ambulatorium z izbą chorych podmiotu lub poza zakładem karnym.

2. W książce zdrowia dokonuje się wpisów dotyczących:

- 1) badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz leczenia, w tym leczenia dentystycznego, oraz wyników badania podmiotowego i przedmiotowego, badań diagnostycznych i konsultacji, rozpoznania, zleceń lekarskich, wydanych wyrobów medycznych lub wykonanych szczepień;
- 2) skierowania do izby chorych, wyników badań, zleceń lekarskich w trakcie pobytu w izbie chorych oraz czasu pobytu w izbie chorych i rozpoznania związanego z pobytem w izbie chorych;
- 3) przebytego leczenia szpitalnego;
- 4) sytuacji, o których mowa w § 15 ust. 1 pkt 5–9.

3. W książce zdrowia w części dotyczącej badań wstępnych umieszcza się w szczególności:

- 1) wyniki przeprowadzonej u osadzonego przez pielęgniarkę lub położną oceny sanitarno-epidemiologicznej oraz pomiarów: wzrostu, wagi ciała i ciśnienia tętniczego;
- 2) informację o zapoznaniu osadzonego przez pielęgniarkę lub położną z problematyką zakażenia wirusem HIV;
- 3) wywiad przeprowadzony przez pielęgniarkę lub położną w kierunku przebytych chorób, w szczególności gruźlicy, padaczki, zakażenia wirusem HIV i wirusowego zapalenia wątroby oraz informację o posiadanych tatuażach;
- 4) wywiad przeprowadzony przez pielęgniarkę lub położną dotyczący zażywania alkoholu, nikotyny, narkotyków lub uzależnienia od nich;
- 5) oświadczenie osadzonego opatrzone jego podpisem i datą o wyrażeniu przez niego zgody na pobranie krwi w celu przeprowadzenia badań na obecność wirusa HIV oraz oświadczenie o potwierdzeniu informacji zawartych w wywiadzie;
- 6) wynik przeprowadzonego badania lekarskiego podmiotowego dotyczący w szczególności przebytych chorób, problemów zdrowotnych, urazów, zabiegów, operacji, hospitalizacji, leczenia przewlekłego, uczuleń, aktualnych dolegliwości oraz innych informacji dotyczących stanu zdrowia osadzonego (obciążenia dziedziczne, przebyte szczepienia, stosowane surowice oraz zgłaszane potrzeby zdrowotne);
- 7) wynik przeprowadzonego badania lekarskiego przedmiotowego wraz z rozpoznaniem i ewentualnym zleceniem lekarskim;
- 8) wynik przeprowadzonego badania stanu uzębienia wraz z rozpoznaniem i ewentualnym zleceniem lekarskim;

- 9) wynik przeprowadzonego profilaktycznego radiologicznego badania klatki piersiowej lub adnotację o odstąpieniu od niego, z podaniem przyczyny.

4. W książce zdrowia w części dotyczącej leczenia ambulatoryjnego i leczenia w izbie chorych umieszcza się w szczególności:

- 1) datę przeprowadzonego badania lekarskiego;
- 2) dane z badania lekarskiego podmiotowego i przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych, konsultacjach lub hospitalizacji;
- 5) adnotacje o zleconych produktach leczniczych, wyrobach medycznych, zabiegach, innych świadczeniach zdrowotnych lub posiłkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 109 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy;
- 6) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 8) adnotację o orzeczonym okresie czasowej niezdolności osadzonego do pracy.

5. W książce zdrowia w części dotyczącej badań kontrolnych umieszcza się w szczególności:

- 1) datę i wynik przeprowadzonego badania kontrolnego;
- 2) informację o zdolności osadzonego do transportu do innego zakładu karnego lub zdolności osadzonego do samodzielnego powrotu do miejsca zameldowania albo do miejsca przebywania;
- 3) informację o ilości wydanych produktów leczniczych na czas transportu i pierwsze 3 doby po przetransportowaniu do innego zakładu karnego albo po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 4) informację o ilości wydanych produktów leczniczych antyretrowirusowych, produktów leczniczych stosowanych w terapii substytucyjnej oraz wydanych osadzonemu wyrobach medycznych, w związku z przetransportowaniem osadzonego do innego zakładu karnego albo jego zwolnieniem z zakładu karnego;
- 5) zlecenia lekarza, pielęgniarki lub położnej.

6. W książce zdrowia w części dotyczącej przebytego leczenia szpitalnego umieszcza się w szczególności:

- 1) dane identyfikujące podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwę komórki organizacyjnej;
- 2) okres hospitalizacji;
- 3) rozpoznanie w języku polskim, z podaniem numerów statystycznych choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 4) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.

7. W książce zdrowia w części dotyczącej zaleconej diety umieszcza się w szczególności:

- 1) datę zlecenia diety;
- 2) rozpoznanie w języku polskim;
- 3) rodzaj diety;
- 4) okres, na jaki zlecono dietę;
- 5) dane identyfikujące podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwę komórki organizacyjnej;
- 6) dane identyfikujące lekarza zlecającego dietę, o których mowa w § 5 pkt 3.

8. W książce zdrowia w części dotyczącej szczepień umieszcza się w szczególności:

- 1) datę przeprowadzonego szczepienia;
- 2) nazwę szczepionki;
- 3) datę ewentualnego kolejnego szczepienia, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
- 4) dane identyfikujące osobę wykonującą szczepienie, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 5) dane identyfikujące podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwę komórki organizacyjnej.

9. Wpisy o zastosowaniu wyżywienia obejmują informacje o posiłkach określone w przepisach wydanych na podstawie art. 109 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy.

10. Wpisy w zakresie zleceń farmakologicznych obejmują nazwę produktu leczniczego, jego postać, dawkę, dawkowanie oraz czas trwania leczenia. W przypadkach uzasadnionych względami medycznymi lekarz umieszcza adnotacje o przeciwwskazaniach do zamiany zleconego produktu leczniczego na jego odpowiednik. Osoba odbierająca zlecenia potwierdza przyjęcie ich do realizacji.

11. Do książki zdrowia dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innych dokumentów medycznych przedstawionych przez osadzonego, pisemne oświadczenie osadzonego lub jego przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, innej osoby przez niego wskazanej lub uprawnionej do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania i numeru telefonu osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie osadzonego o braku takiego upoważnienia.

12. Do książki zdrowia dołącza się pisemne oświadczenie osadzonego lub jego przedstawiciela ustawowego o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania i numeru telefonu osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie osadzonego o braku takiego upoważnienia.

13. Do książki zdrowia dołącza się kopię kart badania profilaktycznego z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli badanie jest wykonywane przez lekarza zakładu karnego.

14. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się danymi pracownika podmiotu, o których mowa w § 5 pkt 3, zgodnie z jego uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w podmiocie zakresem czynności.

15. Osadzonemu na czas osadzenia zakłada się jedną książkę zdrowia.

§ 36. Ambulatoryjna historia zdrowia i choroby zawiera w szczególności dane identyfikujące noworodka lub dziecko, którego matką jest osadzona, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8, oraz informacje, o których mowa w § 35 ust. 4 pkt 1–7.

§ 37. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad osadzoną kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera informacje o jej ogólnym stanie zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, a także dane identyfikujące:

- 1) podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1;
- 2) osadzoną kobietę ciężarną, o których mowa w § 5 pkt 2;
- 3) osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 5 pkt 3.

2. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o ogólnym stanie zdrowia, lekarz dokonuje wpisów dotyczących w szczególności:

- 1) grupy krwi i czynnika Rh;
- 2) daty ostatniej miesiączki;
- 3) przybliżonego terminu porodu;
- 4) masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
- 5) wzrostu;
- 6) liczby przebytych ciąż i porodów, z uwzględnieniem sposobu ich zakończenia;
- 7) określenia czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem przebytych powikłań ciąż i porodów;
- 8) opisu wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
- 9) daty rozpoznania ciąży lub daty pierwszej wizyty w związku z ciążą;
- 10) wyników badań diagnostycznych zleconych w związku z zajęciem w ciążę.

3. Wpisów w karcie przebiegu ciąży może dokonywać także położna w zakresie udzielonych przez nią świadczeń zdrowotnych.

4. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o poradach ambulatoryjnych i innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, lekarz dokonuje wpisów zgodnie z § 35 ust. 4 oraz dodatkowo wpisuje ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu oraz kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

5. Kartę przebiegu ciąży dołącza się do książki zdrowia. W przypadku zwolnienia osadzonej kobiety ciężarnej z zakładu karnego przed ukończeniem ciąży oryginał karty przebiegu ciąży wydaje się osadzonej za pokwitowaniem odbioru, a kopię karty przebiegu ciąży dołącza się do książki zdrowia osadzonej.

6. Każdy wpis w karcie przebiegu ciąży opatruje się danymi identyfikującymi osobę wykonującą zawód medyczny, o których mowa w § 5 pkt 3, zgodnie z jego uprawnieniami zawodowymi i ustalonym w podmiocie zakresem czynności.

§ 38. Księga ambulatoryjna przyjęć opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę przyjęcia;
- 3) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2 lit. a i b, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 4) numer dokumentu uprawniającego do korzystania z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego oraz określenie organu, który wystawił ten dokument, jeżeli to konieczne;
- 5) rozpoznanie;
- 6) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego, wraz ze zleceniami diagnostycznymi lub leczniczymi;
- 7) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego, o których mowa w § 5 pkt 3;
- 8) dane identyfikujące osobę przyjmującą zlecenia określone w pkt 6, o których mowa w § 5 pkt 3.

§ 39. Do księgi pracowni diagnostycznej sporządzanej i prowadzonej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 29.

§ 40. Do księgi zabiegów sporządzanej i prowadzonej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 25.

§ 41. Księga konsultacji i badań specjalistycznych opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, oraz nazwą komórki organizacyjnej zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę zlecenia badania lub konsultacji;
- 3) dane identyfikujące osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2, a w przypadku noworodka lub dziecka, którego matką jest osadzona, dane ich identyfikujące, o których mowa odpowiednio w § 5 pkt 7 lub 8;
- 4) datę realizacji badania lub konsultacji;
- 5) wynik badania, zlecenia diagnostyczne lub lecznicze, jeżeli nie zostały wpisane do książki zdrowia.

§ 42. Księga izby chorych opatrzona danymi identyfikującymi podmiot, o których mowa w § 5 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) dane identyfikacyjne osadzonego, o których mowa w § 5 pkt 2 lit. a i b;
- 3) rozpoznanie wstępne w języku polskim;
- 4) datę umieszczenia osadzonego w izbie chorych;
- 5) datę wypisania osadzonego z izby chorych;
- 6) liczbę dni pobytu osadzonego w izbie chorych;
- 7) rozpoznanie ostateczne w języku polskim, z podaniem numerów statystycznych choroby zasadniczej i chorób współistniejących, ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

§ 43. Do księgi zgonów sporządzanej i prowadzonej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jedynie w warunkach ambulatoryjnych stosuje się odpowiednio przepis § 32.

Rozdział 4

Przechowywanie dokumentacji

§ 44. 1. Dokumentację indywidualną wewnętrzną oraz dokumentację zbiorczą wewnętrzną przechowuje się w podmiocie, w którym została sporządzona, a następnie w archiwum zakładowym zakładu karnego, którego jednostką organizacyjną jest podmiot.

2. Dokumentacja indywidualna zewnętrzna, w postaci kart zleceń lub skierowań, pozostaje w podmiocie, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

§ 45. 1. Książkę zdrowia przechowuje się w zamkniętej kopercie w archiwum zakładowym zakładu karnego, z którego osadzony został zwolniony, dołączając ją do części A akt osobowych osadzonego.

2. Do ambulatoryjnej historii zdrowia i choroby przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.

§ 46. W przypadku likwidacji podmiotu dokumentacja jest przekazywana jednostce organizacyjnej przejmującej jego zadania albo archiwum zakładowemu jednostki organizacyjnej Służby Więziennej wskazanemu przez organ, który dokonał likwidacji.

Rozdział 5

Udostępnianie dokumentacji

§ 47. 1. Podmiot udostępnia dokumentację bez zbędnej zwłoki.

2. Dokumentację udostępnia kierownik podmiotu lub osoba przez niego upoważniona.

§ 48. 1. W przypadku wydania oryginału dokumentacji podmiot pozostawia jej kopię lub odpis zawierający istotne informacje dotyczące dotychczasowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, na której odnotowuje fakt wydania, jej formę, wskazując osobę, której wydano dokumentację, oraz datę wydania.

2. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej i załącza się jej kopię lub pełny odpis. W przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji medycznej mogłaby narazić osadzonego, noworodka lub dziecko, którego matką jest osadzona, na szkodę, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się jedynie wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

§ 49. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa wymaga zachowania formy pisemnej oraz podania przyczyny.

§ 50. Oryginały dokumentów, o których mowa w § 12 ust. 2, zwraca się za pokwitowaniem odbioru osadzonemu przy wypisie ze szpitala więziennego, a ich kopie pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala więziennego.

Rozdział 6

Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

§ 51. Dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

- 1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
- 2) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;
- 3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
- 4) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i rejestrowanych przez nią zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 5 pkt 3;
- 5) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF;
- 6) eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym;
- 7) wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu.

§ 52. 1. W przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba uprawniona wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji.

2. W przypadku wykonania odwzorowania cyfrowego dokumentacja jest wydawana na żądanie osadzonego albo niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację osadzonego.

§ 53. 1. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zastosowaniu odpowiednich do ilości danych i zastosowanej technologii rozwiązań technicznych zapewniających przechowywanie, używalność i wiarygodność dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym co najmniej do upływu okresu jej przechowywania.

2. Po upływie wymaganego okresu przechowywania dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej może podlegać brakowaniu w sposób nieodwracalny i właściwy dla danej technologii zapisu, z zastrzeżeniem przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

§ 54. 1. Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:

- 1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
- 2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
- 3) przekazanie papierowych wydruków – na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.

2. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

3. W przypadku gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba uprawniona potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoimi danymi identyfikacyjnymi, o których mowa w § 5 pkt 3, oraz datą. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 5 pkt 3.

§ 55. W przypadku przeniesienia dokumentacji do innego systemu teleinformatycznego przyporządkowuje się jej datę przeniesienia oraz informację, z jakiego systemu została przeniesiona.

§ 56. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej sporządza się z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy uwzględnia się:

- 1) normy międzynarodowe;
- 2) Polskie Normy;
- 3) europejskie normy tymczasowe.

§ 57. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

- 1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
- 2) jest ona chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
- 3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

2. Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności:

- 1) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
- 2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
- 3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
- 4) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
- 5) przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeśli tego wymaga zapewnienie do niej ciągłości dostępu.

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 58. Dotychczasowe książki zdrowia stają się książkami zdrowia w rozumieniu przepisów niniejszego rozporządzenia i dokonuje się w nich kolejnych wpisów na podstawie niniejszego rozporządzenia.

§ 59. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 29 lutego 2016 r.

Minister Sprawiedliwości: *Z. Ziobro*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości
z dnia 26 lutego 2016 r. (poz. 258)

KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I MARTWYCH

1. **Czas trwania ciąży** oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego. Prawidłowy czas trwania ciąży wynosi 280 dni (40 tygodni) od pierwszego dnia ostatniego krwawienia miesięczkowego w cyklu 28-dniowym albo 266 dni (38 tygodni) od dnia owulacji (reguła Naegelego). W przypadku gdy zastosowanie reguły Naegelego nie jest możliwe, czas trwania ciąży ustala się na podstawie wyniku badania ultrasonograficznego.

2. **Poronieniem** określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

3. **Urodzeniem żywym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

4. **Urodzeniem martwym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.