

Rodzaje dokumentacji medycznej

Konrad Wroński¹, Jarosław Cywiński², Jerzy Okraszewski¹, Roman Bocian¹

Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów jest obowiązkiem każdego lekarza. Dokumentacja medyczna musi być prowadzona z należytą starannością, czytelnie i w porządku chronologicznym. Informacje i dane na temat chorego, znajdujące się w dokumentacji medycznej, są pod ochroną prawną i zabrania się ich przetwarzania. W przypadku sprawy sądowej – niechlujnie i nieczytelnie prowadzona dokumentacja, a także jej brak zawsze będą świadczyć przeciwko pozwanemu lekarzowi. Niniejszy artykuł przedstawia prawne aspekty związane z dokumentacją medyczną w Polsce.

Types of medical documentation

It is every doctor's duty to maintain medical documentation for every patient. Medical documentation has to be maintained with due diligence, legibly and in chronological order. Patient information and data included in medical documentation are legally protected and its processing is forbidden. In the event of a court case sloppy and illegible documentation, or the lack of it, will always be assessed as evidence against the sued doctor.

The following article presents the legal aspects related to medical documentation in Poland.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, informacja, prawo

Key words: medical documentation, information, law

Lekarz pracujący w zakładzie opieki zdrowotnej jest zobowiązany do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Obowiązek ten zapisany jest w art. 41 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „1. Lekarz ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje dokumentacji medycznej, sposób jej prowadzenia oraz szczegółowe warunki jej udostępniania”.

Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów korzystających z usług medycznych jest także obowiązkiem zakładu opieki zdrowotnej. Przepisy dotyczące tej kwestii znajdują się w art. 18 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej:

- „1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu.
 2. Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1”.
- i w § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdro-

wotnej oraz sposobu jej przetwarzania: „Szpital sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną, składającą się co najmniej z historii choroby;
- 2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną, składającą się z...
- 3) dokumentację indywidualną zewnętrzną, składającą się co najmniej z karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, o której mowa w § 16, skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza zakładem oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach;
- 4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną, składającą się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach”.

Czym jest dokumentacja medyczna?

Dokumentacja medyczna jest zbiorem dokumentów, które zawierają dane i informacje na temat stanu zdrowia pacjentów leczonych w zakładzie opieki zdrowotnej. O dokumencie medycznym mówimy wtedy, jeśli zawiera on co najmniej:

- oznaczenie zakładu udzielającego świadczenia medyczne;
- oznaczenie pozwalające ustalić tożsamość pacjenta;
- dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta;
- datę sporządzenia dokumentacji medycznej.

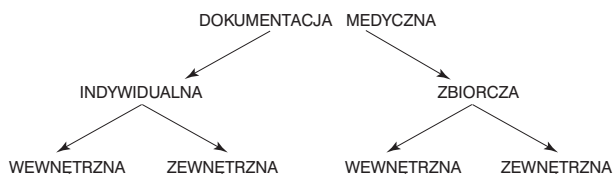
¹ Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr M. Pirogowa w Łodzi
² Klinika Chirurgii Ogólnej i Kłobektalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

W myśl rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, dokumentacja medyczna została podzielona na dokumentację medyczną indywidualną i zbiorczą. W §1 rozporządzenia zapisano, iż:

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

- 1) dokumentację indywidualną – odnoszącą się do poszczególnych pacjentów, korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu opieki zdrowotnej, zwanego dalej „zakładem”;
 - 2) dokumentację zbiorczą – odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup tych pacjentów.
2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci pisemnej lub elektronicznej w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 oraz z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501)”.

Na Rycinie 1 przedstawiono podział dokumentacji medycznej zgodnie z powyższym rozporządzeniem.



Ryc. 1. Podział dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania

Należy pamiętać, że danych i informacji zawartych w dokumentacji medycznej nie wolno ujawniać zgodnie z artykułem 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych: „1. Zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym”.

Indywidualna dokumentacja medyczna

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, indywidualna dokumentacja medyczna została podzielona na dokumentację medyczną wewnętrzną i zewnętrzną. Zgodnie z § 5 niniejszego rozporządzenia:

„1. Dokumentacja indywidualna dzieli się na dokumentację indywidualną wewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby zakładu oraz dokumentację indywidualną zewnętrzną, przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w zakładzie.

2. Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są w szczególności: historia zdrowia i choroby oraz historia choroby.
3. Dokumentacją indywidualną zewnętrzną są w szczególności: skierowania do szpitala, innego zakładu lub innej osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych poza zakładem, a także inne skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, karta przebiegu ciąży oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego.
4. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej lub załącza jej kopie”.

Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, zarówno indywidualna dokumentacja medyczna zewnętrzna, jak i wewnętrzna powinny zawierać:

„1. Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

- 1) dane identyfikujące zakład:
 - a) nazwę zakładu i jego siedzibę,
 - b) adres zakładu wraz z numerem telefonu,
 - c) kod identyfikacyjny zakładu, stanowiący I część systemu kodu resortowego;
- 2) dane identyfikujące jednostkę organizacyjną zakładu:
 - a) nazwę jednostki organizacyjnej zakładu,
 - b) adres jednostki organizacyjnej zakładu wraz z numerem telefonu,
 - c) kod identyfikacyjny jednostki organizacyjnej zakładu, stanowiący V część systemu kodu resortowego;
- 3) dane identyfikujące pacjenta:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
 - e) numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 4) dane identyfikujące lekarza, pielęgniarkę, położną udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu,
 - e) podpis lekarza;

- 5) datę dokonania wpisu;
 - 6) istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego, uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności:
 - a) opis czynności wykonywanych przez lekarza, pielęgniarkę, położną,
 - b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
 - c) zalecenia,
 - d) informacje o wydanych orzeczeniach lub zaświadczeniach lekarskich;
 - 7) informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.
2. Każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji, musi umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy, oraz osoby sporządzającej dokument, a także być opatrzony datą jego sporządzenia.
 3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
 4. Do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje, istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.
 5. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.
 6. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta”.
Zgodnie z przepisami zawartymi w § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, historia choroby pacjenta powinna składać się z następujących dokumentów i powinna zawierać następujące informacje:

„1. Historia choroby składa się z:

- 1) formularza historii choroby;
- 2) dokumentów dodatkowych, a w szczególności:
 - a) kart indywidualnej pielęgnacji,
 - b) kart obserwacji,
 - c) karty gorączkowej,
 - d) kart zleceń lekarskich,
 - e) karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi,
 - f) wyników badań diagnostycznych,
 - g) wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby,
 - h) protokołu operacyjnego, jeżeli była wykonana operacja,
 - i) kart zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane zabiegi.
2. Do historii choroby dołącza się na czas pobytu pacjenta w szpitalu:

- 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną, udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego;
 - 2) dokumentację indywidualną pacjenta, prowadzoną przez inne komórki organizacyjne zakładu i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta;
 - 3) wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, udostępnione przez pacjenta, o ile są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.
3. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 3, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji szpitala.
 4. W razie wykonania sekcji zwłok do historii choroby dołącza się protokół badania sekcyjnego.
 5. Wpisy w kartach, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. a-e, są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub inne osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych”.

Formularz historii choroby powinien zawierać informacje dotyczące chorego w trzech grupach:

- przyjęcia chorego do szpitala,
- przebieg hospitalizacji,
- wypis pacjenta ze szpitala.

Informacje w historii choroby, które dotyczą przyjęcia chorego do szpitala, powinny zawierać, zgodnie z § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, następujące dokumenty:

„Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 6 ust. 1 pkt 1-5 oraz dodatkowo:

- 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala, wraz z numerem księgi głównej;
- 2) numer w księdze chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta na oddział, wraz z numerem księgi oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej;
- 3) kod identyfikacyjny komórki organizacyjnej, do której został przyjęty pacjent, ustalony na podstawie odrębnych przepisów;
- 4) dane identyfikujące lekarza kierującego na badania lub leczenie;
- 5) tryb przyjęcia: planowy, nagły, ze skierowaniem, bez skierowania;
- 6) imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez pacjenta oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą;
- 7) imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą;
- 8) pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej o wyrażeniu

zgody w formie wymaganej odrębnymi przepisami na przyjęcie do szpitala;

- 9) pisemne oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem osoby upoważnionej, albo pisemne oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia;
- 10) adnotację o poinformowaniu pacjenta lub innych uprawnionych osób o prawach wynikających z odrębnych przepisów, na zasadach określonych w tych przepisach;
- 11) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego na badania lub leczenie;
- 12) datę przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 13) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
- 14) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
- 15) dane identyfikujące lekarza przyjmującego i jego podpis”.

W części dotyczącej hospitalizacji chorego powinny znajdować się, zgodnie z § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, następujące dokumenty i informacje:

- „1. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:
 - 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
 - 2) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta;
 - 3) informacje o zaleceniach lekarskich;
 - 4) wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych;
 - 5) pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo sądu opiekuńczego o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, w formie wymaganej odrębnymi przepisami.
2. Wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora.
3. Wpisy dotyczące prowadzenia procesu pielęgnowania są dokonywane na bieżąco przez pielęgniarkę, położną sprawującą bezpośrednią opiekę nad pacjentem i kontrolowane przez pielęgniarkę, położną oddziałową.
4. Wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje ją podpisem.
5. Wpisy w karcie indywidualnej pielęgnacji są dokonywane i podpisywane przez pielęgniarkę, położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Osoba realizująca plan opieki dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia,

czynności pielęgniarstwa lub położniczej i opatruje ją podpisem”.

W ostatniej części historii choroby, która dotyczy wypisu chorego – zgodnie z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, powinna ona zawierać następujące informacje:

- „1. Historia 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 chorób współistniejących, ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
 - 3) zastosowane leczenie, wykonane badania i zabiegi diagnostyczne oraz zabiegi operacyjne z podaniem numeru statystycznego procedury, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych;
 - 4) epikryzę;
 - 5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisu ze szpitala, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą”;
 - 6) datę wypisu.
2. Wypisu pacjenta dokonuje lekarz prowadzący, przedstawiając zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do oceny i podpisu ordynatorowi oddziału”.

W § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, zapisano, jakie informacje powinny się znaleźć na karcie wypisowej pacjenta:

 - „1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w jednym egzemplarzu z dwiema kopiami. Kartę informacyjną podpisuje lekarz wypisujący i ordynator oddziału. Przepisy § 6 ust. 1 pkt 1-4 stosuje się odpowiednio.
 2. W karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać:
 - 1) rozpoznanie choroby w języku polskim;
 - 2) wyniki badań diagnostycznych, konsultacyjnych;
 - 3) zastosowane leczenie, w przypadku wykonania zabiegu – jego datę;
 - 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
 - 5) orzeczone przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
 - 6) adnotacje o produktach leczniczych i wyrobach medycznych, zapisanych na receptach wystawionych pacjentowi;
 - 7) terminy planowanych konsultacji.

3. *Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-3 oraz w § 15 pkt 1, 2 i 4.*
4. *Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego wraz z jedną jej kopią wydaje się pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci – osobie, o której mowa w § 12 pkt 7.*
5. *Drugą kopię karty informacyjnej z leczenia szpitalnego dołącza się do historii choroby”.*

W sytuacji gdy doszło do zgonu pacjenta, historia choroby powinna zawierać następujące informacje, zgodnie z § 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania:

„Historia choroby w razie zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 14 ust. 1 pkt 1-4, zawiera:

- 1) *datę zgonu pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;*
- 2) *przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;*
- 3) *protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka sytuacja miała miejsce;*
- 4) *adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok, wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;*
- 5) *adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów”.*

W przypadku podjęcia decyzji o sekcji zwłok procedurę postępowania z dokumentacją medyczną określa § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania:

- „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 lub wyznaczonemu przez ordynatora, który porównuje rozpoznanie kliniczne i epikryzę z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W razie rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz ustala ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.*
4. *Lekarz prowadzący lub wyznaczony przez ordynatora przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu ordynatorowi oddziału”.*

Po zakończeniu procesu leczniczego pacjenta, historia choroby powinna zostać przekazana do odpowiedniej

komórki organizacyjnej, zajmującej się gromadzeniem dokumentacji medycznej.

Indywidualną zewnętrzną dokumentację medyczną stanowią:

- karty wypisowe ze szpitala;
- zlecenia i skierowania na świadczenia zdrowotne.

Mówi o tym § 8 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania: *„dokumentację indywidualną zewnętrzną, składającą się co najmniej z karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, o której mowa w § 16, skierowań i zleceń na świadczenia zdrowotne realizowane poza zakładem oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach”.*

Zbiorcza dokumentacja medyczna

Zgodnie z § 8 pkt 2 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania, na dokumentację zbiorczą zewnętrzną i wewnętrzną składa się:

- „2) *dokumentacja zbiorcza wewnętrzna, składająca się z:*
 - a) *księgi głównej przyjęć i wypisów,*
 - b) *księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć,*
 - c) *księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala,*
 - d) *księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej,*
 - e) *księgi porad ambulatoryjnych wykonywanych w komórce organizacyjnej szpitala,*
 - f) *księgi raportów lekarskich,*
 - g) *księgi raportów pielęgniarских,*
 - h) *księgi zabiegów,*
 - i) *księgi bloku lub sali operacyjnej bądź porodowej,*
 - j) *księgi pracowni diagnostycznej;*
- 4) *dokumentacja zbiorcza zewnętrzna, składająca się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach”.*

W odrębnych przepisach niniejszego rozporządzenia zawarto informacje dotyczące danych, które powinny znajdować się w wymienionych elementach wewnętrznej dokumentacji zbiorczej.

I tak w § 19 znajdują się zapisy dotyczące księgi głównej przyjęć i wypisów: *„Księga główna przyjęć i wypisów opatrzona jest danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, oraz numerem księgi i zawiera:*

- 1) *numer kolejny pacjenta w księdze;*
- 2) *datę przyjęcia pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny;*
- 3) *dane identyfikujące pacjenta;*
- 4) *kody identyfikacyjne oddziałów, na których pacjent przebywał, ustalone na podstawie odrębnych przepisów;*
- 5) *dane odnoszące się do przedmiotów przekazanych do depozytu i numer kwitu depozytowego;*

- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) rodzaj leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne i wszystkie zabiegi operacyjne;
- 9) datę wypisu, a w razie zgonu pacjenta adnotację o wydaniu karty zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, dokąd pacjent został wypisany;
- 11) adnotacje o okolicznościach, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy;
- 12) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych, określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 13) informację o ewentualnym pobraniu opłat za leczenie na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 14) dane identyfikujące lekarza wypisującego”.

W § 20 zapisano informacje na temat prowadzenia księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych:

„1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych wykonywanych w izbie przyjęć albo szpitalnym oddziale ratunkowym, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę zgłoszenia się pacjenta do izby przyjęć – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) dane identyfikujące pacjenta;
- 5) dane identyfikujące lekarza kierującego i rozpoznanie ustalone przez tego lekarza lub adnotację o braku skierowania;
- 6) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
- 7) ustalone rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 8) udzielone świadczenia zdrowotne;
- 9) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu, potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;
- 10) powód odmowy przyjęcia;
- 11) adnotację o miejscu, dokąd pacjent został skierowany;
- 12) dane identyfikujące lekarza i jego podpis.

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

O księdze oczekujących na przyjęcie do szpitala mowa jest w § 21: „Księga oczekujących na przyjęcie do szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę zgłoszenia pacjenta;

- 3) dane identyfikujące pacjenta;
- 4) dane identyfikujące lekarza lub zakład kierujący;
- 5) rozpoznanie lekarza kierującego na badania lub leczenie;
- 6) ustaloną datę planowego przyjęcia oraz nazwę oddziału”.

Zapisy dotyczące pozostałych elementów dokumentacji zbiorczej znajdują się w kolejnych paragrafach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania:

„§ 22. Księga porad ambulatoryjnych wykonywanych w poradni szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) dane identyfikujące pacjenta;
- 4) dane identyfikujące osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego;
- 5) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego.

§ 23. Księga chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, oraz numerem księgi, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę przyjęcia – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) numer księgi głównej przyjęć i wypisów i numer kolejny pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 4) dane identyfikujące pacjenta;
- 5) dane identyfikujące lekarza prowadzącego;
- 6) datę i godzinę wypisu, przeniesienia na inny oddział albo zgonu pacjenta;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu aktu zgonu;
- 9) adnotację o miejscu, dokąd pacjent został wypisany;
- 10) dane identyfikujące lekarza wypisującego.

§ 24. Księga raportów lekarskich, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
- 2) datę sporządzenia raportu;
- 3) treść raportu uwzględniającą w szczególności: dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) dane identyfikujące lekarza dokonującego wpisu oraz jego podpis.

§ 25. Księga raportów pielęgniarskich, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt

1, nazwą oddziału albo komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, zawiera:

- 1) krótką statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu uwzględniającą w szczególności: dane identyfikujące pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) dane identyfikujące pielęgniarkę lub położną dokonującą wpisu oraz jej podpis.

§ 26. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę wykonania zabiegu;
- 3) dane identyfikujące pacjenta;
- 4) dane identyfikujące lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym jest inny zakład – także dane identyfikujące ten zakład;
- 5) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 6) dane identyfikujące lekarza lub inną osobę uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych i jej podpis.

§ 27. Księga bloku lub sali operacyjnej oraz księga sali porodowej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) dane identyfikujące pacjenta;
- 3) kod identyfikacyjny oddziału, na którym pacjent przebywał;
- 4) rozpoznanie przedoperacyjne i dane identyfikujące lekarza kierującego na zabieg operacyjny, a jeżeli kierującym jest inny zakład – także dane identyfikujące ten zakład;
- 5) dane identyfikujące lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu operacyjnego;
- 6) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu operacyjnego – ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 7) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu operacyjnego;
- 8) szczegółowy opis zabiegu, operacji albo porodu wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym, podpisany odpowiednio przez osobę wykonującą zabieg, operację albo odbierającą poród;
- 9) zlecone badania diagnostyczne;
- 10) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis podpisany przez lekarza anestezjologa;
- 11) dane identyfikujące osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego lub zespołu porodowego oraz ich podpisy, z wyszczególnieniem osoby wykonującej operację, zabieg lub odbierającej poród oraz ich podpisy.

§ 28. Księga pracowni diagnostycznej, opatrzona danymi identyfikującymi zakład, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1, nazwą komórki organizacyjnej i jej kodem identyfikacyjnym, określonym na podstawie odrębnych przepisów, zawiera w szczególności:

- 1) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 2) datę wpisu i datę wykonania badania;
- 3) dane identyfikujące pacjenta;
- 4) kod identyfikacyjny komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a jeżeli zlecającym jest inny zakład – także dane identyfikujące ten zakład;
- 5) dane identyfikujące lekarza zlecającego badanie;
- 6) adnotację o rodzaju i wyniku badania;
- 7) dane identyfikujące osoby wykonującej badanie”.

Prowadzenie dokumentacji medycznej

Zgodnie z artykułem 41 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, lekarz ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta. W § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania zapisano, iż dokumentację medyczną prowadzi i podpisuje pracownik zgodnie z uprawnieniami i czynnościami ustalonymi w zakładzie opieki zdrowotnej. W § 4 niniejszego rozporządzenia zapisano, w jaki sposób powinna być prowadzona dokumentacja medyczna przez lekarza:

- „1. Dokumentację należy prowadzić czytelnie.
2. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu, i opatruje czytelnym podpisem osoby sporządzającej je z podaniem danych ją identyfikujących.
3. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia, krótkim omówieniem skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia.
4. Za prawidłowe prowadzenie dokumentacji odpowiada kierujący komórką organizacyjną zakładu,„

Przechowywanie dokumentacji medycznej

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania, dokumentacja medyczna powinna być przechowywana w taki sposób, aby zapewnić jej poufność i w razie potrzeby szybko ją zlokalizować. Miejsmem przechowywania dokumentacji szpitalnej powinno być archiwum. Dokumentacja powinna być w szpitalu przechowywana – zgodnie z § 5 niniejszej ustawy – „w układzie alfabetycznym, terytorialnym lub chronologicznym według daty urodzenia pacjenta – § 50.2”. W niniejszym rozporządzeniu zapisano okres przechowywania dokumentacji medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej. Zapisy dotyczące przechowywania dokumentacji medycznej znajdują się w § 6: „Archiwalna dokumentacja zakładu jest przechowywana

przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon – po upływie tego terminu zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła – § 51.1 i 51.2”.
 § 7: „Zdjęcia rentgenowskie, przechowywane poza dokumentacją indywidualną wewnętrzną, są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie – po upływie tego terminu zostają zniszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyły – § 51.3”. i § 8: „Skierowania na badania lub zlecenia lekarza są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia – po upływie tego terminu zostają zniszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyły – § 51.4”.

W przypadku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej, ustawodawca zapisał, gdzie powinna być przekazana dokumentacja pacjentów. Zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania: „W razie likwidacji zakładu dokumentacja archiwalna jest przekazywana do archiwum zakładu lub innego podmiotu wskazanego w rejestrze prowadzonym odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo wojewodę, chyba, że zadania zlikwidowanego zakładu przejmuje inny zakład, wtedy zakład ten przejmuje dokumentację bieżącą i archiwalną zakładu zlikwidowanego – § 52”.

Podsumowanie

Każdy lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej chorego i dlatego powinien orientować się w przepisach dotyczących rodzajów i sposobu prowadzenia takiej dokumentacji medycznej.

Dokumentację medyczną należy prowadzić z należytą starannością, czytelnie i w porządku chronologicznym. W przypadku sprawy sądowej – niechlujnie i nieczytelnie prowadzona dokumentacja, a także jej brak zawsze będą świadczyć przeciwko pozwanemu lekarzowi.

Dr n. med., mgr zarz. Konrad Wroński
 Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
 Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr M. Pirogowa
 w Łodzi
 ul. Wólczańska 195, 90-531 Łódź
 e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Wykaz wykorzystanych aktów prawnych:

- I. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 wraz z późniejszymi ustawami zmieniającymi);
- II. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 28, poz. 152 wraz z późniejszymi ustawami zmieniającymi);
- III. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926);
- IV. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 roku w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. 01.88.966);
- V. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2006 r. Nr 247 poz. 1819);
- VI. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001 roku w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. 01.83.903).

Otrzymano: 18 lutego 2008 r.

Przyjęto do druku: 26 sierpnia 2008 r.