

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OS		NR - OS4 -2012
	WYTYCZNE OKREŚLAJĄCE ZAWARTOŚĆ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		Strona 1/3
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.2018	WYDANIE 3

1.Cel.

Celem procedury jest utworzenie w szpitalu dokumentacji medycznej spełniającej wszystkie kryteria zawarte w aktualnie obowiązujących aktach prawnych.

2. Przedmiot.

Przedmiotem jest określenie zawartości dokumentacji medycznej na poszczególnych oddziałach.

3. Zakres obowiązywania.

Oddziały Szpitala Rejonowego w Raciborzu.

4.Terminologia i skróty

DM – Dyrektor Medyczny

PZJ – Pełnomocnik ds. Zarządzania Jakością

KKO- Kierownik Komórki Organizacyjnej

5. Odpowiedzialność

DM , NP- odpowiada za ogólny nadzór nad standardem.

PZJ - odpowiada za zgodność standardu z ZSZ

KKO - odpowiadają za nadzór i stosowanie przez pracowników danego oddziału standardu OS-4

Lekarz oddziału - odpowiada za sporządzenie dokumentacji odnoszącej się do czynności lekarskich.

Pielęgniarka oddziału – odpowiada za sporządzenie dokumentacji odnoszącej się do czynności pielęgniarskich

Sekretarz medyczny – odpowiada za komplectację dokumentacji medycznej i przekazanie kompletu dokumentów do Działu metodyczno-Organizacyjnego

6. Opis procedury

- Ocena stanu somatycznego i psychicznego pacjenta dokonywana jest wstępnie w oddziale szpitalnym przez pielęgniarkę i lekarza, a w zależności od potrzeb oraz zgodnie z wymogami klinicznymi i wymogami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – przez psychologa.
- Dokumentacja medyczna powinna zawierać:
 - imię
 - nazwisko
 - płeć
 - numer identyfikacyjny [PESEL] lub przy jego braku datę urodzenia,
 - dane kontaktowe pacjenta [telefon, adres]
- Historia choroby powinna zawierać powód przyjęcia i rozpoznanie wstępne oraz rozpoznanie ostateczne ustalone na końcu hospitalizacji.
- Rozpoznanie wstępne nie musi oznaczać podania jednostki nozologicznej wg. klasyfikacji ICD, ale musi być rozpoznaniem objawowym.
- Historia choroby powinna zawierać codzienną ocenę lekarską i pielęgniarską stanu pacjenta.
- Codzienna ocena pacjenta jest podstawą modyfikacji planu opieki.
- Rozpoznanie ostateczne po ukończeniu procesu terapeutycznego zamieszczone w wypisie szpitalnym wraz z klasyfikacją ICD.
- Epikryza stanowi krytyczne, analityczne podsumowanie odnoszące się do postępowania diagnostycznego i / lub terapeutycznego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu.
- Epikryza obejmuje też informacje o ubocznych efektach, skutkach ubocznych zastosowanego postępowania i ewentualnych zdarzeniach niepożądanych.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO OS		NR - OS4 -2012
	WYTYCZNE OKREŚLAJĄCE ZAWARTOŚĆ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		Strona 2/3
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.06.2018	WYDANIE 3

8. Zalecenia dotyczące dalszego postępowania z pacjentem powinny być sformułowane adekwatnie do adresata tych zaleceń.
9. Adresatem zaleceń powinien być:
 - pacjent
 - lekarz POZ
 - lekarz poradni specjalistycznej
10. Każdy pacjent przyjęty do szpitala jest oceniany pod kątem żywieniowym, specyficznej diety, zagrożenia niedożywieniem.
11. U każdego chorego w badaniu przedmiotowym ocenianie jest BMI.
12. Konieczność stosowania diet jest odnotowana w historii choroby.
13. W dokumentacji medycznej znajdują się dane osobowe i kontaktowe (nazwisko, imię i numer telefonu) osoby upoważnionej do uzyskiwania informacji o sytuacji zdrowotnej pacjenta oraz wglądu w dokumentację medyczną. Brak wskazania takiej osoby również jest odnotowany.
14. Dokumentacja medyczna zawiera wynik badania podmiotowego pacjenta, ocenę jego stanu psychicznego i społecznego.
15. W historii choroby znajduje się rutynowe badanie przedmiotowe pacjenta dostosowane do specyfiki każdego Oddziału.
16. W dokumentacji medycznej znajduje się nazwisko lekarza prowadzącego. Osobą odpowiadającą za pacjentów może być ordynator/kierownik oddziału, bądź wskazany lekarz, posiadający odpowiednie doświadczenie

7. Dokumenty związane

1. Aktualnie obowiązujące Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.
2. Ustawa o działalności leczniczej.
3. Ustawa o zawodzie lekarza.
4. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej

8. Załączniki - aktualne wzory dokumentów znajdują się INFOMEDICE

Segregator- Wersje papierowe dokumentacji medycznej oddziałów szpitalnych

9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.

1. CEL	1
2. PRZEDMIOT	1
3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA	1
4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY	1
5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ	1
6. OPIS STANDARDU	1
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE	2
8. ZAŁĄCZNIKI	2
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA	3

Karta zmian

Nr zmiany	Zmiany		Opis zmiany	Data zmiany	Podpis autora zmiany
	Punktu Podpunktu rozdziału	Akapitu lub fragmentu tekstu ze strony nr			
1	Całość	Całość	Aktualizacja standardu akredytacyjnego wydanie 2	21.09.2015	Gbuła
2	całość	całość	Aktualizacja standardu akredytacyjnego wydanie 3	01.06.2018	ASzuścik

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracował	Anna Szuścik	01.06.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Aniela Mainka	01.06.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Gabriela Bujnowska	01.06.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Elzbieta Wielgos Karpińska	01.06.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>