	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP		NR – PP1 -2012	
	UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			Strona 1/7
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.09.2018	WYDANIE 3	

1. CEL

Celem niniejszej procedury jest ustalenie jednolitych zasad udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, przedstawicielom ustawowym pacjenta, osobom upoważnionym oraz organom i podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszej procedury jest opis postępowania, udzielania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom, przedstawicielom ustawowym pacjenta, osobom upoważnionym oraz organom i podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Procedura obowiązuje we wszystkich komórkach organizacyjnych pionu leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego Zakładzie Diagnostyki i Terapii oraz innych komórkach udostępniających dokumentację.

4. TERMINOLOGIA I SKRÓTY

Przyjęta z opracowaniu terminologia i skróty, zgodna jest z zasadami obowiązującymi w działającym Zintegrowanym Systemie Zarządzania (ZSZ) oraz terminologią określoną w rozdziale „Terminy i określenia przyjęte w Programie Akredytacji Szpitali”, zamieszczonym w opracowaniu Centrum Monitorowania, Jakości w Ochronie Zdrowia o nazwie „ZESTAW STANDARDÓW AKREDYTACYJNYCH” z roku 2009.

PZJ - Pełnomocnik ds., Jakości.

ZSZ – Zintegrowany System Zarządzania

KO – Komórka Organizacyjna Szpitala.

KKO - Kierownik Komórki Organizacyjnej.

Osoba upoważniona - osoba wyszczególniona w „Oświadczeniu pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz jego dokumentacji medycznej”.

Opiekun faktyczny – osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

Osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta.

Pacjent -osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Przedstawiciel ustawowy pacjenta - jest to osoba, która z mocy przepisu prawa może działać w imieniu pacjenta. Czynności dokonane przez przedstawiciela ustawowego wywołują bezpośrednie skutki dla reprezentowanego pacjenta. Przedstawicielem ustawowym jest np. matka lub ojciec dla swych małoletnich dzieci.

5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ


5.1. Dyrektor odpowiada za:

- zatwierdzenie procedury i ogólny nadzór nad nią.

5.2. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych odpowiada za:

- sprawdzenie procedury

5.3. PZJ odpowiada za:

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP		NR – PP1 -2012
	UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		Strona 2/7
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.09.2018	WYDANIE 3

- nadzór nad opracowywaniem dokumentacji ZSZ, zgodnie z procedurą pod względem budowy, formy graficznej
- wprowadzanie zmian do dokumentów ZSZ,

5.4. Koordynator leader odpowiada za merytoryczne przygotowanie i opracowanie procedury.

5.5. KKO odpowiadają za wdrożenie przestrzeganie i stosowanie przez pracowników niniejszej procedury.

5.6. Lekarz prowadzący - odpowiada za udzielanie informacji i udostępnianie dokumentacji medycznej w przebiegu procesu leczenia pacjenta.

5.7. Lekarz dyżurny - odpowiada za udzielanie informacji i udostępnianie dokumentacji medycznej w przypadkach nagłych.

5.8. Pielęgniarka oddziału - odpowiada za udzielanie informacji medycznej z zakresu procesu pielęgnacji.

5.9. Sekretarka medyczna oddziału - odpowiada za wydanie Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, względnie innej dokumentacji pacjenta.

5.10. Upoważnieni pracownicy komórek udostępniających dokumentację - odpowiadają za udostępnianie dokumentacji zgodnie z niniejszą procedurą, przygotowywanie kopii dokumentów oraz wysyłanie dokumentacji uprawnionym organom. Do grona ww. komórek organizacyjnych zalicza się komórki pionu lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego, Rejestrację poradni, Dział Metodyczno – Organizacyjny oraz Archiwum zakładowe.

7. OPIS PROCESU

6.1. Prawo pacjenta do informacji i dokumentacji medycznej.

6.1.1. Pacjent ma prawo do dostępu do informacji i dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

6.1.2. Dane zawarte w informacji i dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w Ustawie z dnia 10.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (aktualnie obowiązująca). Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (aktualnie obowiązująca) oraz w przepisach odrębnych.


6.2. Sposób i forma udostępnienia dokumentacji medycznej.

6.2.1 Udostępnianie dokumentacji medycznej następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

6.2.2. Dokumentację medyczną udostępnia się:

- do wglądu w danej KO, z możliwością sporządzenia notatek lub zdjęć;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku;
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych;
- poprzez wydanie oryginałów za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

6.3. Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz jego dokumentacji medycznej.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP		NR – PP1 -2012	
	UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			Strona 3/7
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.09.2018	WYDANIE 3	

6.3.1. Pacjent i jego przedstawiciel ustawowy mają prawo upoważnić inną osobę do uzyskiwania dostępu do informacji i dokumentacji medycznej dotyczącej pacjenta.

6.3.2. Wskazania osoby upoważnionej pacjent dokonuje w momencie podjęcia leczenia.

6.3.3. W oświadczeniu pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy określa zakres i rodzaj przekazywanej informacji i udostępnianej dokumentacji medycznej oraz dane osoby upoważnionej. Wzór oświadczenia zawiera : Załącznik Procedury PP1/1.

6.3.4. Zakres udzielonego upoważnienia może być przez pacjenta zmieniony.

6.4. Udzielanie informacji medycznej pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu i osobom upoważnionym przez pacjenta.

6.4.1. Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta mają prawo do informacji o stanie zdrowia pacjenta.

6.4.2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

6.4.3. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarskich.

6.4.4. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania informacji, o których mowa w pkt. 6.4.2, 6.4.3 w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego i terapeutycznego.


6.4.5. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 roku życia lub jest nieprzytomny, bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji o stanie swojego zdrowia lekarz udziela informacji jego przedstawicielowi ustawowemu, a w razie jego braku lub, gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe - opiekunowi faktycznemu.

6.4.6. Pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną przez pacjenta zawiadamia się o publikacji wyników badań diagnostycznych, które nie były znane do czasu zakończenia hospitalizacji a mają istotne znaczenie dla dalszego przebiegu procesu leczenia. Informację o terminie publikacji, możliwości odbioru kopii wyniku badania diagnostycznego i skonsultowania go z lekarzem (termin wizyty kontrolnej) umieszcza się w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego.

6.4.7. W przypadku, kiedy pacjent jest nieprzytomny, a wcześniej nie wskazał osób uprawnionych do otrzymywania informacji o stanie swego zdrowia, lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co, do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego.

6.4.8. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowania medyczne są niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniach, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu pełnej informacji.

6.4.9. Przekazanie niekorzystnych dla pacjenta, informacji medycznych powinno nastąpić w warunkach miejscu zapewniającym pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej poczucie bezpieczeństwa

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP		NR – PP1 -2012
	UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		Strona 4/7
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.09.2018	WYDANIE 3

oraz możliwość ujawnienia przeżywanych emocji. Przekaz i zakres udzielanych informacji medycznych dostosować należy do poziomu wiedzy ww. osób na temat diagnozy i rokowań pacjenta (np. informacji uzyskanych w trakcie dotychczasowego leczenia).

6.4.10. Pacjent ma prawo żądać, aby personel medyczny nie udzielał mu informacji, o których mowa p.pkt.6.4.1, 6.4.2, 6.4.3.

6.4.11. Personel medyczny przed przystąpieniem do udzielania informacji medycznej osobom, o których mowa w p.pkt. 6.4.1. utwierdza się, co do tożsamości tych osób.

6.4.12. Informacje na temat stanu zdrowia pacjenta udzielane są przez personel medyczny (personel szczebla średniego i wyższego) w zakresie wyznaczonym kwalifikacjami medycznymi.

6.4.13. Personel medyczny niezależnie od szczebla zawodowego zobowiązany jest do udzielania pacjentowi pełnej informacji z zakresu Prawa Pacjenta.

6.4.14. Informacje medyczne na temat pacjenta udzielane pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przekazywane są drogą kontaktu bezpośredniego.

6.4.15. W wyjątkowych sytuacjach osoby, o których mowa w p.pkt. 6.4.1. mogą korzystać z prawa do uzyskiwania informacji medycznej drogą kontaktu telefonicznego (Standard Akredytacyjny PP4).

6.5. Udostępnianie dokumentacji medycznej.

6.5.1. Udostępnianie dokumentacji medycznej z leczenia w oddziale szpitalnym.

W trakcie pobytu w szpitalu pacjent, przedstawiciel ustawowy oraz osoba upoważniona przez pacjenta ma prawo wglądu do indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej jego leczenia.


1. Dokumentacja zbiorcza udostępniana jest na wniosek pacjenta, przedstawiciela ustawowego oraz osoby upoważnionej przez pacjenta jedynie w zakresie wpisów dotyczących jego stanu zdrowia.
2. Udostępnienie dokumentacji następuje za pośrednictwem lekarza prowadzącego leczenie i w ustalonym przez niego terminie.
3. Udostępnianie dokumentacji następuje w obecności lekarza prowadzącego w miejscu do tego wyznaczonym z zachowaniem poufności i ochrony danych osobowych.
4. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba upoważniona przez pacjenta otrzymuje po zakończeniu leczenia. Karta wydawana jest pacjentowi przez Sekretarkę medyczną oddziału.

6.5.2. Udostępnianie dokumentacji medycznej w poradniach specjalistycznej opieki zdrowotnej.

1. Pacjent leczony w poradni, przedstawiciel ustawowy oraz osoba upoważniona przez pacjenta ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta za pośrednictwem lekarza prowadzącego leczenie lub innej osoby upoważnionej.
2. Dokumentacja medyczna udostępniana jest na wniosek pacjenta, przedstawiciela ustawowego oraz osoby upoważnionej przez pacjenta.

6.5.3. Udostępnianie dokumentacji w pracowniach diagnostycznych.

1. Wyniki badań diagnostycznych odbierane są przez pacjenta osobiście, przez jego przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną przez pacjenta.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP		NR – PP1 -2012
	UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		Strona 5/7
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.09.2018	WYDANIE 3

2. Wydanie wyniku badania następuje w godzinach ustalonych przez pracownię diagnostyczną. W uzasadnionych przypadkach wyniki badań mogą być wydawane poza ustalonymi godzinami.
3. Wyniki badań diagnostycznych pacjenta, wykonane w trakcie hospitalizacji odbierane są przez personel oddziału. Wyniki mogą być przekazane pacjentowi na własność. Wyniki te są integralną częścią historii choroby. Mogą być udostępniane pacjentowi w formie oryginału lub kopii w ustalonym wcześniej terminie.

6.5.4. Udostępnianie oryginału dokumentacji medycznej.

1. W razie wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić jej kopie, chyba, że zwłoka w jej wydaniu mogłaby narazić pacjenta na szkodę. Obowiązek ten nie dotyczy zdjęć rentgenowskich.
2. Wydanie oryginału dokumentacji medycznej następuje na podstawie „Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej”, za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
3. Wydanie oryginału dokumentacji lub odmowa jej wydania musi być odnotowana w rejestrze, który zawiera:

- datę wpływu karty,
- podstawowe dane uprawnionego wnioskodawcy,
- datę wydania oryginału dokumentacji,
- datę zwrotu dokumentacji,
- podpis wydającego.


4. Osoba odpowiedzialna za wydanie oryginału dokonuje okresowej analizy terminów zwrotu wydanej dokumentacji. W przypadku ich przekroczenia monituje o jej zwrot.

6.5.5. Udostępnianie dokumentacji medycznej po zakończeniu leczenia i na wypadek śmierci pacjenta.

1. Szpital udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta również po zakończeniu leczenia.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia. Jeżeli pacjent nie wskazał takiej osoby, w wyjątkowych przypadkach zgodę na dostęp do dokumentacji medycznej zmarłego wyrazić może prokurator lub sąd.
3. Pacjent lub osoba upoważniona do otrzymywania kopii dokumentacji medycznej zwraca się z pisemnym wnioskiem o jej wydanie bezpośrednio do Dyrektora Szpitala lub do kierowników komórek organizacyjnych udostępniających dokumentację.
4. Kopie dokumentacji medycznej wydawane są przez upoważnionych pracowników komórek organizacyjnych udostępniających dokumentację, po przedstawieniu pozytywnie zaopiniowanego wniosku.
5. Wydanie kopii dokumentacji medycznej musi być potwierdzone na wniosku podpisem osoby wydającej i odbierającej dokumentację oraz datą jej wydania. Wniosek będący podstawą udostępnienia dokumentacji dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Wydanie kopii następuje w terminie do 7 dni.

6.5.6. Z niniejszym postępowaniem związany jest dokument:

1. Instrukcja Archiwum Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu (obecnie obowiązująca).

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP		NR – PP1 -2012	
	UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ			Strona 6/7
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.09.2018	WYDANIE 3	

6.6. Okres przechowywania dokumentacji medycznej.

Wymagany okres przechowywania dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (obecnie obowiązująca).

Z niniejszym postępowaniem związany jest dokument:

1. Instrukcja Archiwum Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu (obecnie obowiązująca).

6.7. Koszty udostępniania dokumentacji medycznej.

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w postaci wyciągu, odpisu lub kopii Szpital pobiera opłatę. Z niniejszym postępowaniem związany jest dokument:

1. Zarządzenie Dyrektora NR 49/2009 (obecnie obowiązujące) w sprawie: Zasad i kosztów udostępniania dokumentacji medycznej osobom prywatnym oraz instytucja do tego uprawnionym.


8. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Z niniejszą procedurą związane są następujące dokumenty:

1. Zestaw Standardów Akredytacyjnych 2009, wydanych przez CMJwOZ Kraków
2. Przewodnik, Procedury ZSZ
3. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta z póź. zmianami
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia Z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
6. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej.
7. Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z dnia 15 lipca 2011 roku
8. Instrukcja Kancelaryjna Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu- obecnie obowiązująca
9. Instrukcja Archiwum Szpitala Rejonowego im. dr Józefa Rostka w Raciborzu – obecnie obowiązująca
10. Zarządzenie Dyrektora NR 49/2009 w sprawie: Zasad i kosztów udostępniania dokumentacji medycznej osobom prywatnym oraz instytucja do tego uprawnionym.
11. Zarządzenie Dyrektora NR 1/2012 w sprawie powołania Zespołu sprawującego nadzór nad prawidłowością formalną prowadzenia dokumentacji medycznej.
12. Zarządzenie Dyrektora NR 1/2013 w sprawie Zespołu ds. kontroli merytorycznej dokumentacji historii chorób hospitalizacji zamkniętych

8. ZAŁĄCZNIKI

1. Załącznik PP1/1- Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
2. Karta udostępnienia/wypożyczenia dokumentacji z Archiwum Szpitalnego – Załącznik NR-1-NM/AS-02/10 do Instrukcji Archiwum Szpitalnego NR-01-NM-2010.
3. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej Oddział / Ambulatorium Izby Przyjęć F-1-NM/AS-03/10
4. Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej Poradnie Specjalistyczne F-1-NM/AS-04/10
5. Upoważnienie do otrzymania dokumentacji medycznej F-1-NM-02/09.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNEGO PP		NR – PP1 -2012
	UDZIELANIA INFORMACJI I UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ		Strona 7/7
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 01.09.2018	WYDANIE 3

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.....	2
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE.....	6
8. ZAŁĄCZNIKI.....	6
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	7

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 Procedury PP1 wydanie 2	01.03.2014	B. Wysoczańska – Skroban K. Polak
2	Całość	Całość	Aktualizacja Procedury PP1 wyd. 3	8.08.2018	

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował	Katarzyna Polak Teresa Marcol	8.08.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Gabriela Bujnowska	8.08.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Aniela Mainka	8.08.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Szymon Stuchly	8.08.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Grzegorz Bula	8.08.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Elżbieta Wielgos - Karpińska	8.08.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Zatwierdził	Ryszard Rudnik	8.08.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>