

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO1 -2012
	PRZYJMOWANIE PACJENTÓW PLANOWYCH I NIEPLANOWYCH		
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 12.02.2018	Strona 1/6 WYDANIE 4

1. CEL

Celem niniejszej procedury jest określenie sposobu przyjmowania pacjentów planowych i nieplanowych.

2. PRZEDMIOT

Przedmiotem niniejszej procedury jest schemat postępowania przy przyjęciu pacjenta na oddział.

3. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA

Procedura obowiązuje w Izbie Przyjęć Szpitala Rejonowego im. dr. Józefa Rostka w Raciborzu.

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.

5. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

5.1. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych odpowiada za:

- zatwierdzenie procedury

5.2. PZJ odpowiada za:

- zgodność procedury z systemami zarządzania jakością
- wprowadzenie zmian do dokumentacji ZSZ

5.3. Kierownik Izby Przyjęć odpowiada za:

- sprawdzenie procedury
- wdrożenie jej w KO
- nadzór nad zastosowaniem procedury w KO

5.4. Wszyscy pracownicy oddziałów szpitala i poradni przyszpitalnych odpowiadają za:

- przestrzeganie procedury zgodnie ze swoim stanowiskiem pracy

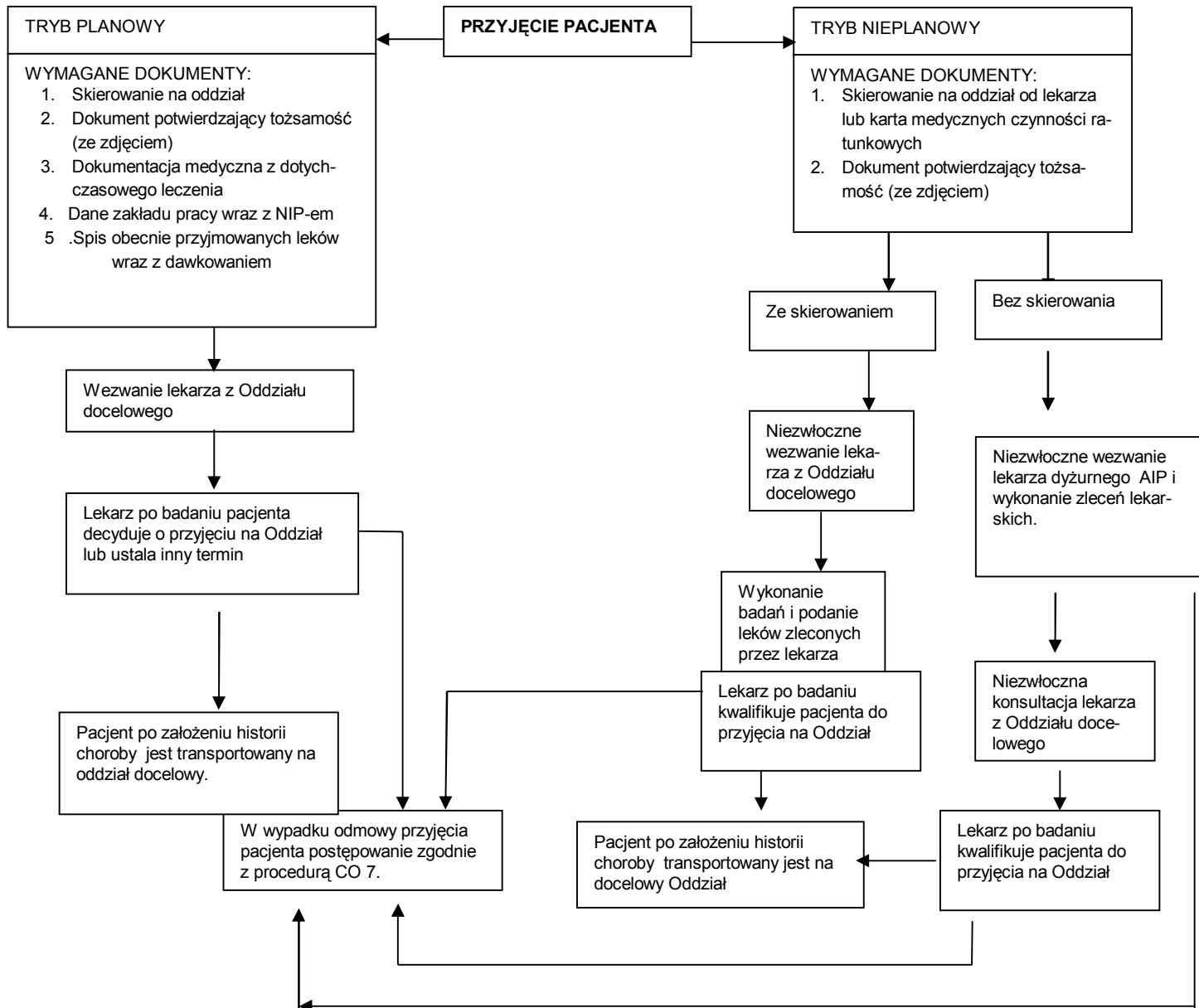
6. OPIS PROCESU

6.1. Przyjęcie pacjenta do Szpitala odbywa się na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pacjenci zaopatrywani w Izbie Przyjęć i Ambulatorium Izby Przyjęć są w następujących przypadkach:

- pacjenci ze skierowaniem / tryb planowy i nieplanowy / oraz pacjenci bez skierowania
- pacjenci z urazami są przyjmowani w przyszpitalnych poradniach specjalistycznych w godzinach ich pracy;
- poza godzinami pracy poradni oraz w soboty i niedziele oraz w dni świąteczne są zaopatrywani w Ambulatorium Izby Przyjęć.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNY CO	NR - CO1 -2012
	PRZYJMOWANIE PACJENTÓW PLANOWYCH I NIEPLANOWYCH	
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 12.02.2018
		WYDANIE 4

6.2. Schemat postępowania przy przyjęciu pacjenta w zależności od trybu przyjęcia pacjenta oraz oddziału docelowego:



6.3. Opis przyjęcia pacjenta do szpitala

6.3.1. Termin przyjęcia do szpitala wyznacza lekarz, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta.

6.3.2. Izba Przyjęć rejestruje wszystkich chorych do hospitalizacji. Wyjątek stanowią pacjenci oddziału obserwacyjno - zakaźnego, którzy są przyjmowani na tym oddziale.

6.3.3 Personel Izby przyjęć zakłada dokumentację chorego:

- wprowadza dane pacjenta do obowiązującego systemu elektronicznego
- wpisuje do Księgi Głównej

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO1 -2012
	PRZYJMOWANIE PACJENTÓW PLANOWYCH I NIEPLANOWYCH		
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 12.02.2018	Strona 3/6
			WYDANIE 4

- zakłada historię choroby

6.3.4. Lekarz przyjmujący pacjenta w oddział zbiera wywiad od pacjenta wg. zapisów Standardu akredytacyjnego OS- Ocena Stanu Pacjenta.

6.3.5. Pacjent wyraża świadomą pisemną zgodę na hospitalizację zgodnie z procedurą „PROCEDURA PP5 - Uzyskania świadomej zgody pacjenta na wykonywanie określonych świadczeń zdrowotnych”.

6.3.6. Możliwe jest przyjęcie pacjenta do leczenia szpitalnego bez jego zgody:

- zgodnie z ustawą o ochronie zdrowia psychicznego.
- w przypadku pacjenta nieprzytomnego lub pacjenta, z którym nie jest możliwe uzyskanie kontaktu logicznego, decyzję dotyczącą postępowania z pacjentem / hospitalizacja, transport do innego ośrodka, diagnostyka inwazyjna, zabieg operacyjny/ podejmuje lekarz dyżurny lub zespół lekarzy / dot. stanu zagrożenia pacjenta/

6.3.7. Przyjęcie osoby ubezwłasnowolnionej przez Sąd następuje za zgodą przedstawiciela ustawowego.

6.3.8. Przyjęcie dziecka do 16 roku życia następuje po podpisaniu zgody na leczenie przez rodziców lub opiekuna prawnego, a w wieku pomiędzy 16-18 lat po podpisaniu zgody na leczenie przez rodziców lub opiekuna prawnego oraz dziecka.

6.3.9. Podczas przyjęcia do szpitala wymagane są następujące dane personalne pacjenta:

- imię i nazwisko
- data i miejsce urodzenia
- numer ewidencyjny – PESEL
- adres zamieszkania
- miejsce zatrudnienia – nazwa zakładu pracy, adres, NIP

6.3.10. Pielęgniarka przy przyjęciu informuje pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach . Do wglądu w izbie przyjęć jest tekst ustawy O Prawach Pacjenta a na życzenie odpowiedni informator.

6.3.11. Podczas przyjęcia pacjent zaopatrywany jest w znak identyfikacyjny w postaci opaski. Na opasce wpisuje się inicjały pacjenta, nr Księgi Głównej oraz nazwę oddziału, na który chory zostaje przyjęty. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku gdy jest to niemożliwe albo niewskazane lub niemożliwe ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi. Opaska powinna być zapięta w sposób umożliwiający jej utrzymanie podczas całego pobytu w szpitalu.

W przypadku gdy założenie opaski dziecku, które nie ukończyło 6- tego roku życia na nadgarstku lub na kostkę nogi jest niemożliwe albo niewskazane, wykonuje się i umieszcza na łóżeczku.

6.3.12. Przy przyjęciu pielęgniarka kontroluje stan higieniczny pacjenta, w razie konieczności i możliwości wykonuje zabiegi higieniczne.

6.3.13. Rzeczy pacjenta przy przyjęciu zabiera rodzina lub oddaje się je do Magazynu Rzeczy Chorych zgodnie z procedurą „PROCEDURA PP2 - Zabezpieczania rzeczy stanowiących własność pacjenta”.

6.3.14. W przypadku, gdy pacjent nie wyraża zgody na pozostanie w szpitalu i odmawia podpisania stosownego oświadczenia, lekarz udzielający świadczeń w obszarze Izby Przyjęć, dokonuje zapisu w książce konsultacyjnej.

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO1 -2012
	PRZYJMOWANIE PACJENTÓW PLANOWYCH I NIEPLANOWYCH		Strona 4/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 12.02.2018	WYDANIE 4

6.3.15. Przy przyjęciu pacjent wskazuje osoby uprawnione do wglądu w jego dokumentację medyczną i uzyskiwanie informacji o jego stanie zdrowia, co jest odnotowane w historii choroby i potwierdzone pisemnie przez pacjenta.

6.3.16. Planowany czas hospitalizacji określa lekarz przyjmujący pacjenta do szpitala.

6.3.17. W stanach nagłych czynności rejestracyjne pacjenta podejmowane są po wykonaniu czynności medycznych.

6.3.18. W pierwszej kolejności przyjmowani są pacjenci w stanach bezpośredniego zagrożenia życia.

6.3.19. Podczas przyjęcia pielęgniarka przeprowadza wywiad dotyczący stanu zdrowia i objawów chorobowych pacjenta oraz informuje lekarza dyżurnego.

6.3.20. Lekarz dyżurny podejmuje decyzje o rodzaju udzielanej pomocy:

- przeprowadza badanie pacjenta
- podejmuje decyzje dotyczące postępowania diagnostyczno – leczniczego
- podejmuje decyzję o odmowie lub przyjęciu pacjenta

6.3.21. Pielęgniarka wykonuje zlecenia lekarskie.

6.3.22. W przypadku decyzji lekarza dyżurnego o przyjęciu chorego w oddział:

- lekarz informuje personel oddziału o przyjęciu chorego
- pacjent jest transportowany na oddział
- w przypadku pacjenta nieprzytomnego lub pacjenta, z którym nie jest możliwe uzyskanie kontaktu logicznego, decyzję dotyczącą postępowania z pacjentem / hospitalizacja, transport do innego ośrodka, diagnostyka inwazyjna, zabieg operacyjny/ podejmuje lekarz dyżurny lub zespół lekarzy / dot. stanu zagrożenia życia pacjenta /

6.3.23. W stanach nagłego zagrożenia życia - w szczególnych medycznych przypadkach lekarz izby przyjęć wzywa zespół specjalistów do podjęcia decyzji o dalszym postępowaniu.

6.3.24. W sytuacji gdy stan zdrowia pacjenta uniemożliwia uzyskanie poświadczenia o osobach upoważnionych do udzielenia informacji o jego stanie zdrowia i udostępnieniu dokumentacji medycznej, lekarz odnotowuje przyczynę nie uzyskania informacji w historii choroby.

6.3.25. Odzież i rzeczy wartościowe należy zabezpieczyć w depozycie zgodnie z procedurą „PROCEDURA PP2 - Zabezpieczania rzeczy stanowiących własność pacjenta”.

6.3.26. W przypadku odzieży pociętej, zniszczonej zaistniały fakt pielęgniarka odnotowuje w raporcie pielęgniarskim.

6.3.27. W przypadkach zgłoszenia się do szpitala lub przyjęcia pacjenta:

- o nieznanymi danych osobowych
- z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego, lekarz izby przyjęć zobowiązany powiadomić policję.

6.3.28. W sytuacjach, które utrudniają identyfikację pacjenta / np. ze względów na stan zdrowia/ pacjent nie jest w stanie podać swojego imienia i nazwiska oraz dzieci do 6 lat dodatkowo osoby te zaopatrywane są w znaki identyfikacyjne w postaci opasek. Na opaskach wpisuje się znak identyfikacyjny: „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne / numer książki konsultacyjnej a w przypadku przyjęcia na oddział dodatkowo numer

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO1 -2012	
	PRZYJMOWANIE PACJENTÓW PLANOWYCH I NIEPLANOWYCH			Strona 5/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA	DATA 12.02.2018	WYDANIE 4	

Księgi Głównej /, do czasu ustalenia jego tożsamości . Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia, zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia. Opaskę zakłada się na nadgarstek pacjenta, a w przypadku gdy jest to niemożliwe albo niewskazane lub niemożliwe ze względu na przebieg procesu leczenia, na kostkę nogi. Opaska powinna być zapięta w sposób umożliwiający jej utrzymanie podczas całego pobytu w szpitalu. W przypadku gdy założenie opaski dziecku, które nie ukończyło 6- tego roku życia na nadgarstku lub na kostkę nogi jest niemożliwe albo niewskazane, wykonuje się i umieszcza na łóżeczku lub inkubatorze w widocznym miejscu opaskę ze znakiem identyfikacyjnym. Adnotację o przyczynie uniemożliwiającej założenie opaski identyfikacyjnej na nadgarstku lub kostce nogi umieszcza się w dokumentacji medycznej dziecka.

Noworodka urodzonego w szpitalu zaopatruje się w znak identyfikacyjny niezwłocznie po urodzeniu w obecności matki lub osoby bliskiej, zgodnie z przepisami ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala. Adnotację o wykonanych czynnościach zamieszcza się w dokumentacji medycznej noworodka oraz indywidualnej dokumentacji matki.

6.3.29. Po przyjęciu pacjent zostaje zaprowadzony lub jeśli wymaga tego stan zdrowia transportowany jest na oddział docelowy przez personel Izby Przyjęć i przekazany personelowi oddziału wraz z dokumentacją medyczną. Przekazanie pacjenta potwierdzone jest w formie pisemnej przez osobę przekazującą i odbierającą, a karta pozostaje w dokumentacji Izby Przyjęć : Załącznik CO1-1 „Karta przekazania pacjenta”. W przypadku oddziału obserwacyjno - zakaźnego karta przekazania pozostaje w izbie przyjęć oddziału obserwacyjno – zakaźnego. Odpowiedzialność za nowo przyjętego pacjenta przejmuje oddział docelowy.

7. DOKUMENTY ZWIĄZANE

1. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – obowiązująca
2. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – obowiązująca
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku – obowiązujące

8. ZAŁĄCZNIKI:

1. Załącznik CO1-1 „Karta przekazania pacjenta”

	PROCEDURA STANDARDU AKREDYTACYJNY CO		NR - CO1 -2012	
	PRZYJMOWANIE PECJENTÓW PLANOWYCH I NIEPLANOWYCH			Strona 6/6
	Obowiązuje : WSZYSTKIE KO SZPITALA		DATA 12.02.2018	WYDANIE 4

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 PROCESU.....	1
7. DOKUMENTY ZWIĄZANE.....	5
8. ZAŁĄCZNIKI.....	5
9. SPIS TREŚCI, KARTA ZMIAN, ZATWIERDZENIA.....	6

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 wydanie 2	15.11.2013	D.Pytlik
2	całość	całość	Aktualizacja wydanie 3	01.04.2015	D.Pytlik G.Buła
3	Całość	Całość	Aktualizacja wydanie 4	12.08.2018	M.Jaśnikowski

Zatwierdzenia

Zespół	Imię i nazwisko KO	Data	Podpis
Opracował	Michał Jaśnikowski	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Grzegorz Buła	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>
Sprawdził	Elżbieta Wielgos-Karpińska	12.02.2018	<i>Podpis nieczytelny</i>