**DOKUMENTACJA MEDYCZNA**

(Na podstawie art. 18 ust. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.)

Dokumentację stanowią zbiory dokumentów medycznych zawierających dane i informacje medyczne, związane ze stanem zdrowia pacjentów oraz z udzielonymi im świadczeniami zdrowotnymi.

Dokumentem medycznym jest każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji, który zawiera co najmniej:

  1)   oznaczenie pacjenta, którego stanu zdrowia dotyczy dokument, pozwalające na ustalenie jego tożsamości,

  2)   oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej oraz komórki organizacyjnej, w której sporządzono dokument;

  3)   dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

  4)   datę sporządzenia.

Dokumentację dzieli się na:

  1)   dokumentację indywidualną - odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładów opieki zdrowotnej, w skład której wchodzi dokumentacja wewnętrzna i zewnętrzna;

  2)   dokumentację zbiorczą - odnoszącą się do ogółu pacjentów korzystających ze świadczeń zakładów opieki zdrowotnej.

Dokumentacja jest prowadzona w postaci formularzy, druków, ksiąg, książeczek zdrowia, skorowidzów, raportów, kart oraz w innej formie pisemnej, z wyjątkiem dokumentacji prowadzonej w związku z eksperymentalną działalnością naukowo-badawczą w zakładach opieki zdrowotnej, pod warunkiem zapewnienia ochrony informacji ujętych w tej dokumentacji.

Do prowadzonej dokumentacji można włączać dokumenty medyczne albo ich odpisy lub wyciągi, uzyskane od pacjentów lub z innych źródeł, albo też można dokonywać wpisów informacji medycznych zawartych w tych dokumentach.

Informacje zawarte w dokumentacji mogą być sporządzane i utrwalane w postaci zbiorów na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem sporządzania i przechowywania wydruków podpisanych przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja zawiera:

  1)   dane identyfikacyjne pacjenta, którego dokumentacja dotyczy, obejmujące nazwisko i imię tej osoby, jej datę urodzenia, oznaczenie płci, adresu, numeru ewidencyjnego PESEL (w przypadku noworodka - PESEL matki), ponadto numer karty ubezpieczenia (w przypadku noworodka - numer karty ubezpieczenia matki) lub informację o sposobie finansowania świadczeń zdrowotnych;

  2)   ustalenie daty dokonania wpisu w dokumentacji oraz daty udzielenia lub czasu trwania świadczenia zdrowotnego;

  3)   dane identyfikacyjne zakładu opieki zdrowotnej obejmujące nazwę zakładu, jego siedzibę, adres i numer REGON oraz nazwę i kod identyfikacyjny komórki organizacyjnej, w której sporządzono dokumentację;

  4)   określenie stanu zdrowia pacjenta w chwili udzielania świadczenia zdrowotnego;

  5)   określenie zakresu udzielonych świadczeń zdrowotnych;

  6)   dane identyfikacyjne osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych lub osoby dokonującej wpisu w dokumentacji, obejmujące imię i nazwisko tej osoby, jej tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu oraz jej podpis.

Każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji, musi umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy, i zawierać co najmniej jego imię i nazwisko oraz datę urodzenia. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, którego dotyczy dokumentacja, w dokumentacji tej dokonuje się wpisu oznaczenia "NN", z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających identyfikację. Dokumentację sporządza się czytelnie, w miarę możliwości pismem drukowanym; kolejnych wpisów dokonuje się w porządku chronologicznym. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty. Błędnie dokonany wpis należy skreślić, a następnie opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia.

Dokumentacja indywidualna:

1. Dokumentację indywidualną sporządza osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, dokonuje wpisu w książeczce zdrowia lub innej dokumentacji indywidualnej pacjenta o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

3. Dokumentację zbiorczą oraz dokumentację przeznaczoną dla innych zakładów opieki zdrowotnej lub uprawnionych organów i osób sporządza kierownik zakładu opieki zdrowotnej albo osoba imiennie przez niego upoważniona.

4. Osoba sporządzająca dokumentację potwierdza dokonany w niej wpis własnoręcznym podpisem, z podaniem imienia i nazwiska oraz zajmowanego stanowiska.

Szpital sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną:

  1)   wewnętrzną, którą stanowi historia choroby;

  2)   zewnętrzną, którą stanowią:

a)  karta informacyjna leczenia szpitalnego,

b)  dokumenty przeznaczone dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób,

c)  skierowania i zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem.

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przeznaczona jest na potrzeby zakładu opieki zdrowotnej, natomiast dokumentacja indywidualna zewnętrzna przeznaczona jest na potrzeby pacjenta, któremu zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych.

( Dokumenty włączone do indywidualnej dokumentacji wewnętrznej nie mogą być z niej usunięte.)

 Szpital sporządza i prowadzi zbiorczą zewnętrzną i wewnętrzną dokumentację.

- Zbiorcza zewnętrzna dokumentacja składa się z dokumentacji prowadzonej dla celów określonych w odrębnych przepisach.

- Zbiorcza wewnętrzna dokumentacja składa się z:

  1)   księgi głównej przyjęć i wypisów, wraz z danymi identyfikacyjnymi osób przyjętych lub wypisanych, datą przyjęcia, rozpoznaniem przy przyjęciu i wypisie, zakresem udzielonych świadczeń zdrowotnych, datą przeniesienia do innego szpitala oraz datą zgonu;

  2)   księgi zawierającej ewidencję osób oczekujących na przyjęcie do szpitala;

  3)   księgi zmarłych w tym szpitalu w ciągu roku kalendarzowego, zawierającej wykaz pacjentów zmarłych, wraz z danymi identyfikacyjnymi tych osób, datą i przyczyną zgonu oraz informacją o wykonaniu sekcji zwłok i o dalszym postępowaniu ze zwłokami;

  4)   księgi porad ambulatoryjnych udzielanych w przychodni prowadzonej w izbie przyjęć oraz gabinetach konsultacyjnych tego szpitala, w której rejestruje się wszystkich pacjentów nieprzyjętych do szpitala, a którym udzielono ambulatoryjnej pomocy doraźnej;

  5)   księgi raportów lekarskich;

  6)   księgi raportów pielęgniarskich;

  7)   księgi bloku, sali operacyjnej lub porodowej, zawierającej ewidencję i opis wykonanych zabiegów operacyjnych;

  8)   księgi zabiegów zawierającej ewidencję wykonanych zabiegów medycznych;

  9)   księgi pracowni diagnostycznej zawierającej ewidencję przeprowadzonych badań laboratoryjnych i ich wyników;

1. księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej.

Dokumentacja wewnętrzna indywidualna i zbiorcza

1. Dokumentacja wewnętrzna indywidualna i zbiorcza stanowi własność zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego tę dokumentację.

2. Dokumentacja zewnętrzna pozostaje w zakładzie opieki zdrowotnej, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne.

3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1 i 2, jest przechowywana w warunkach organizacyjnych i technicznych zapewniających jej poufność, zabezpieczających ją przed zniszczeniem lub zagubieniem oraz pozwalających na wykorzystanie jej bez zbędnej zwłoki.

4. Zakończoną dokumentację indywidualną i zbiorczą przechowuje archiwum zakładu opieki zdrowotnej.

5. Archiwum przechowuje dokumentację szpitala - skatalogowaną na podstawie księgi głównej przyjęć i wypisów, przychodni - skatalogowaną na podstawie numeru kartoteki pacjentów.

6. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej jest odpowiedzialny za stworzenie właściwych warunków organizacyjnych i technicznych przechowywania dokumentacji.

Zakład opieki zdrowotnej, który ulega likwidacji, przekazuje dokumentację zakładowi opieki zdrowotnej przejmującemu jego zadania albo archiwum wskazanemu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

**UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Dokumentacja medyczna jest szczególnym zbiorem danych osobowych. Informacje o stanie zdrowia zawarte w dokumentacji medycznej podlegają zaostrzonemu rygorowi ochrony prawnej, ponieważ zaliczane są do kategorii danych osobowych wrażliwych (inaczej zwanych danymi sensytywnymi). Ustawodawca zapewnia szczególną ochronę tego rodzaju danych i dlatego w art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wprowadza generalny zakaz przetwarzania danych stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym.

Zakaz przetwarzania danych wrażliwych stanowi przejaw konstytucyjnej zasady ochrony prywatności (art. 51 Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. – Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.). Szczególna ochrona danych o stanie zdrowia realizowana jest również poprzez obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej. Lekarz, pielęgniarka lub położna mają obowiązek zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu. W ten sposób dokumentacja medyczna podlega tajemnicy zawodowej, ponieważ zawiera tego rodzaju dane.