



KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski

Wszechstronne doradztwo dla szpitali



KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski

ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W AOS

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Wpis oznacza się podpisem osoby sporządzającej z podaniem danym identyfikującym:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej

Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej korekty

Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta

Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Rozpoznanie

- Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.
- Numer statystyczny, składa się z pięciu znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki. W przypadku gdy rozpoznanie posiada trzyznakowe rozwinięcie należy podać trzy znaki.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

- Dokumentacja indywidualna wewnętrzna w formie historii zdrowia i choroby.
- Dokumentacja indywidualna zewnętrzna:
 - ✓ skierowanie do szpitala lub innego podmiotu,
 - ✓ skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację,
 - ✓ zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska,
 - ✓ karta przebiegu ciąży.

Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w danym podmiocie prowadzącym działalność leczniczą.

Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej.

Historia zdrowia i choroby zawiera :

- 1) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów,
- 2) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych,
- 3) informacje dotyczące opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera w szczególności informacje o:

- 1) przebytych chorobach,
- 2) chorobach przewlekłych,
- 3) pobytach w szpitalu,
- 4) zabiegach lub operacjach,
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach,
- 6) uczuleniach,
- 7) obciążeniach dziedzicznych.

Wpis z porady zawiera

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej,
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na wydanych receptach,
- 6) oryginał lub kopię wyników badań diagnostycznych lub konsultacji lub ich dokładny opis,
- 7) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 8) adnotacje o orzecznym okresie czasowej niezdolności do pracy;
- 9) oznaczenie lekarza.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

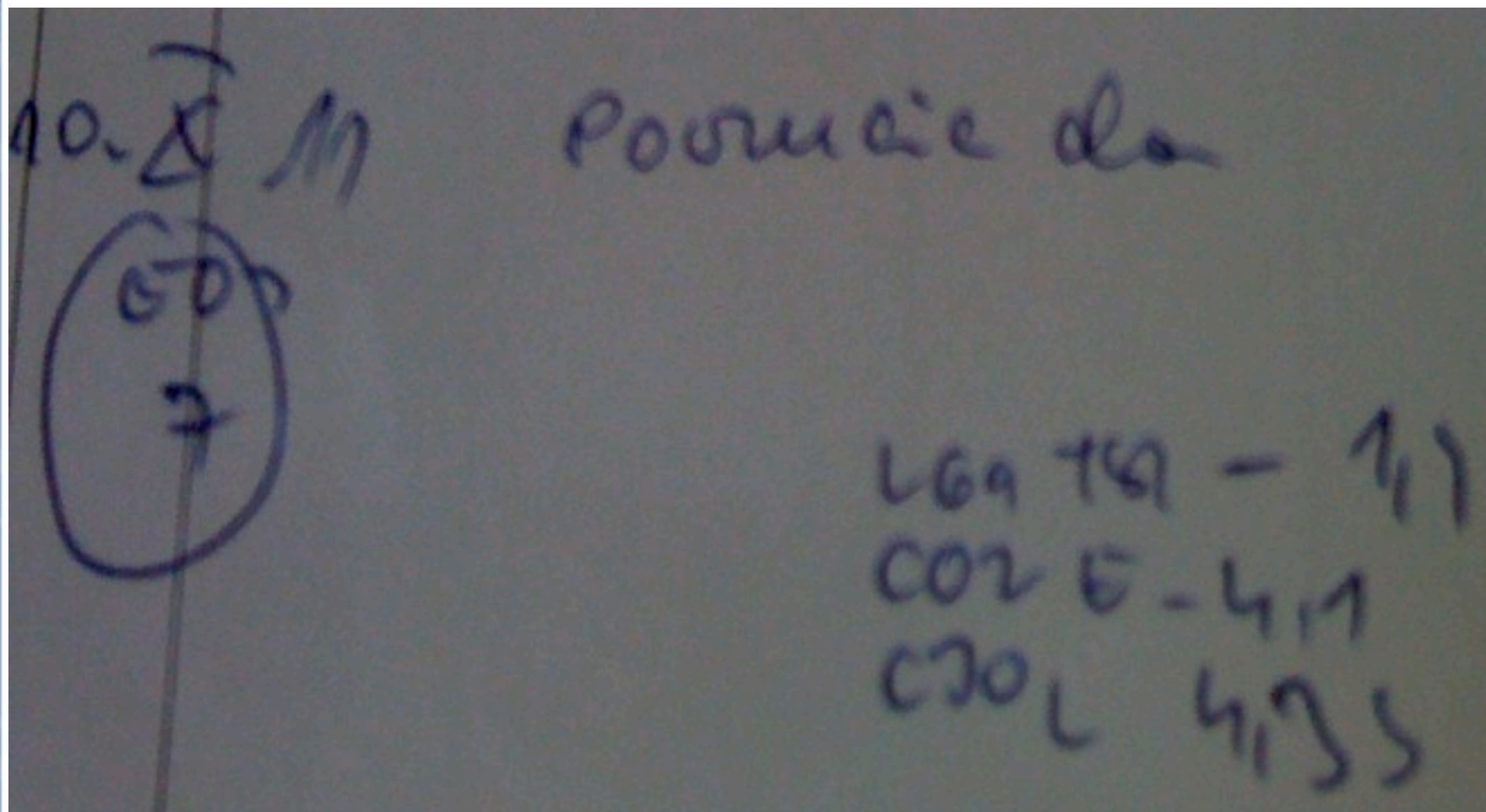


Cały opis porady



KANCELARIA DORADCZA
Rafał Piotr Janiszewski

www.kancelariajaniszewski.pl



Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Rodzaj ubezpieczenia:	
Data	WYWIAD: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza
1-10-13	ciężkie bóle w klatce piersiowej, zmienny charakter bólu, aktualnie w postaci bólu w klatce piersiowej i pleców, bóle w klatce piersiowej, bóle w klatce piersiowej. OBSTACZNIKI: w przebiegu choroby, w przebiegu choroby, w przebiegu choroby. <u>ANNA</u>

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Do historii zdrowia i choroby dołącza się kopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego oraz odpisy lub kopie innej dokumentacji udostępnione przez pacjenta.

oznaczenie podmiotu:

- a) nazwę podmiotu,
- b) adres podmiotu, wraz z numerem telefonu,
- c) kod identyfikacyjny zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy – w przypadku zakładu opieki zdrowotnej,
- f) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę lekarską – w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej,
- g) numer wpisu do rejestru prowadzonego przez okręgową izbę pielęgniarek i położnych – w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych, indywidualnej specjalistycznej praktyki

oznaczenie pacjenta:

- a) nazwisko i imię (imiona),
- b) datę urodzenia,
- c) oznaczenie płci,
- d) adres miejsca zamieszkania,
- e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

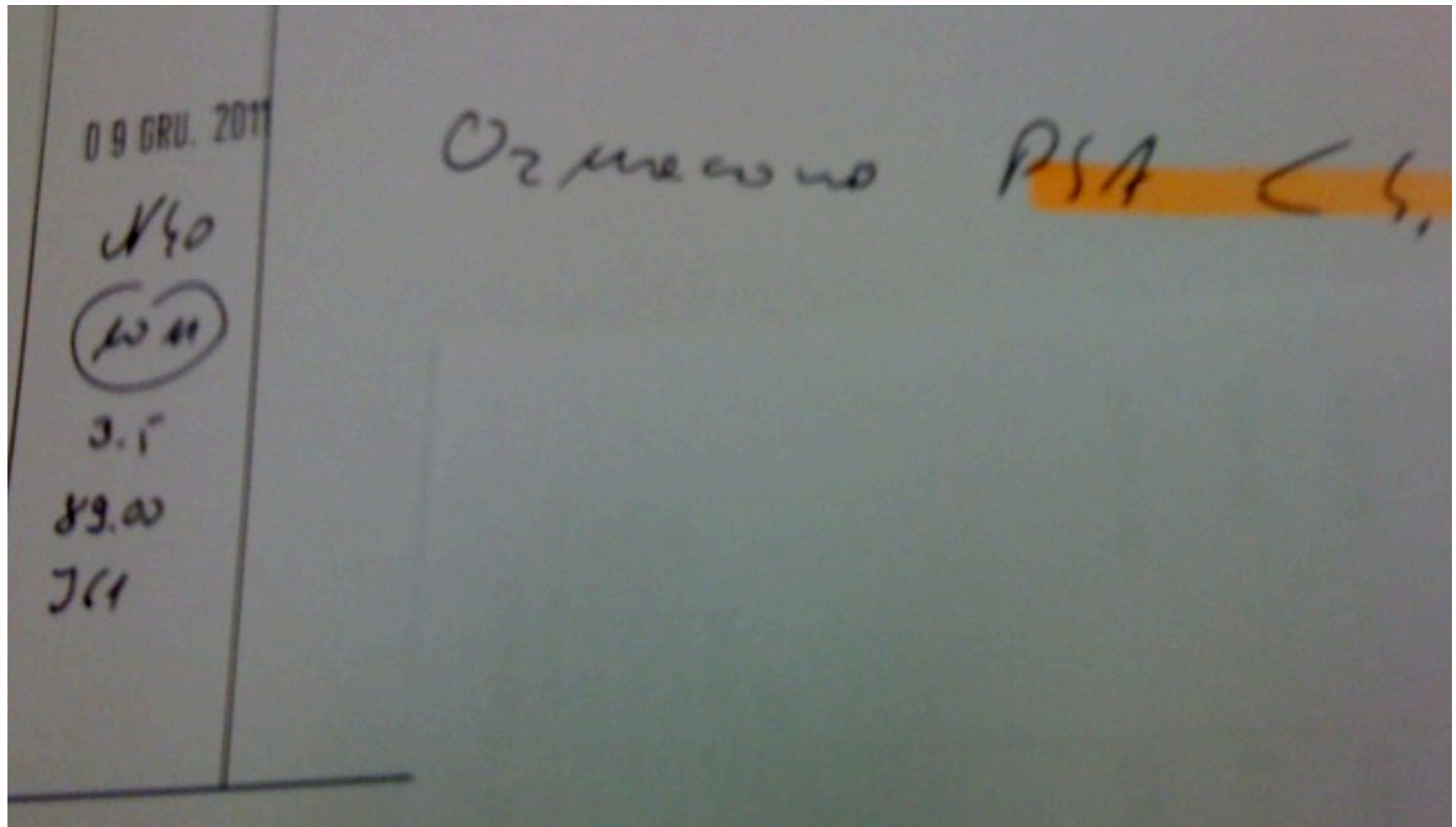
oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,
- e) podpis;
- 4) datę dokonania wpisu;

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu,
- 2) numer kolejny pacjenta,
- 3) datę i godzinę dokonania wpisu,
- 4) oznaczenie pacjenta,
- 4) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- 5) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem,
- 7) termin udzielenia świadczenia zdrowotnego,
- 8) datę i przyczynę skreślenia,
- 9) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

Porada specjalistyczna



Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Porada pohospitalizacyjna

Rodzaj ubezpieczenia:		Grupa produkcji i usług (wpisać cyfrę)		podpis lekarza:	
Data	WYWIAD: objawy, rozpoznanie, leczenie uwagi i podpis lekarza	Nr stat. choroby	Czy pierwsze zachorowanie?	Nie do p	
2011-09-28	+ x - - - - - - H po angiografii. Leczenie 1521 1-70 6p			Rn Acetis	

Wszechstronne doradztwo dla szpitali



KANCELARIA DORADCZA

Rafał Piotr Janiszewski

ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

KODOWANIE

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

Choroba współistniejąca - stany, które:

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

Choroba współistniejąca - stany, które:

- występują u pacjenta w momencie przyjęcia

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

Choroba współistniejąca - stany, które:

- występują u pacjenta w momencie przyjęcia
- powstały w trakcie leczenia i mogą mieć wpływ na proces terapeutyczny lub długość pobytu

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

Choroba współistniejąca - stany, które:

- występują u pacjenta w momencie przyjęcia
- powstały w trakcie leczenia i mogą mieć wpływ na proces terapeutyczny lub długość pobytu

Choroba zasadnicza –stan, który po przeprowadzeniu właściwej diagnostyki uznano za głównie odpowiedzialny za przyjęcie pacjenta do szpitala

W sytuacji, gdy istnieje więcej stanów, za chorobą zasadniczą przyjmuje się stan, na leczenie którego zużyto najwięcej zasobów (który jest najpoważniejszy i wymaga największej ilości środków na diagnostykę i na leczenie).

Choroba współistniejąca - stany, które:

- występują u pacjenta w momencie przyjęcia
- powstały w trakcie leczenia i mogą mieć wpływ na proces terapeutyczny lub długość pobytu

W sprawozdawczości pomijamy rozpoznania, które nie wpływają na aktualny pobyt w szpitalu.

Podział dokumentacji medycznej

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

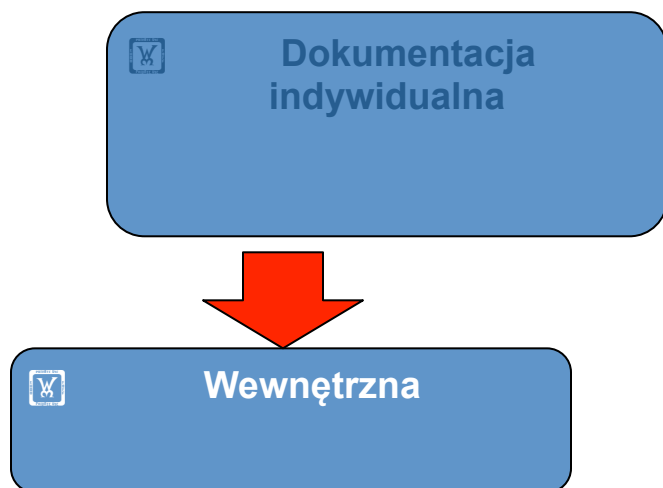
Podział dokumentacji medycznej



**Dokumentacja
indywidualna**

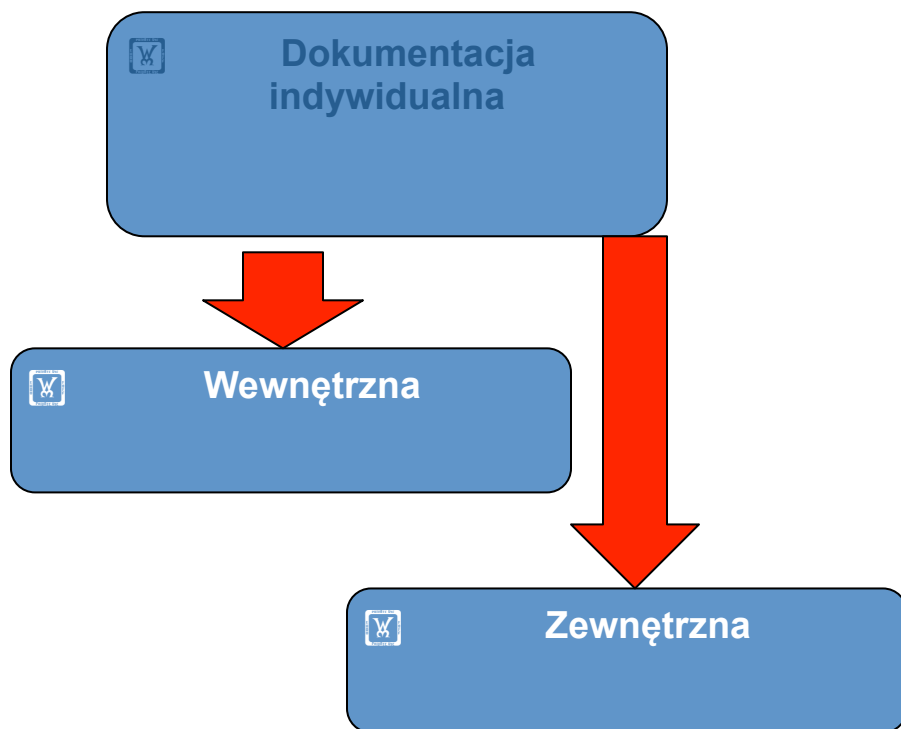
Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Podział dokumentacji medycznej



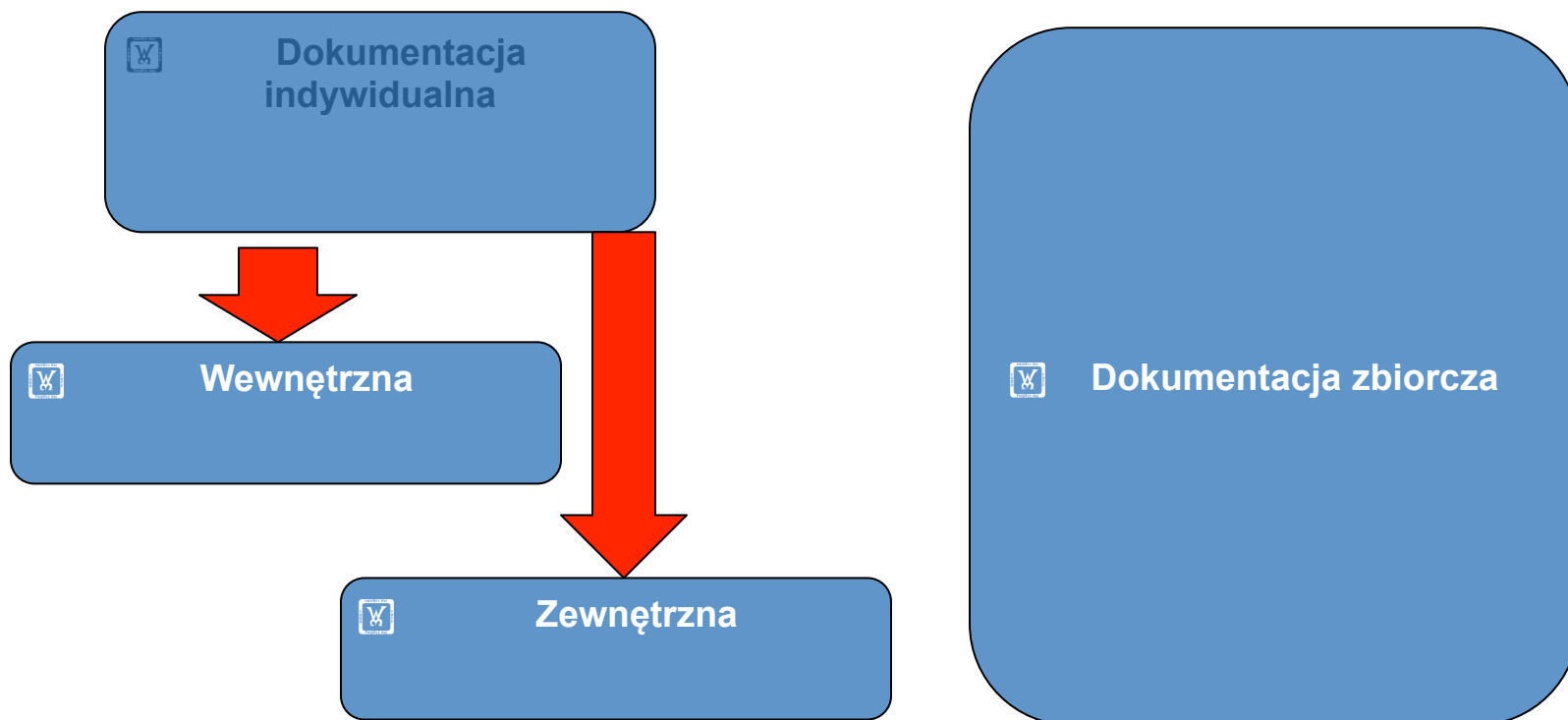
Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Podział dokumentacji medycznej



Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Podział dokumentacji medycznej



Wszechstronne doradztwo dla szpitali

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dołącza się oświadczenia pacjenta:

upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych;

upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;

wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy.

Wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta

Kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

Wpis w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta

Kopie przedstawionej przez pacjenta dokumentacji lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego



Oryginały dokumentów, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.

Historia choroby w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji zawiera:

dane uzyskane z wywiadu i badania,
wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta,

zalecenia lekarskie,

wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych.

wpisy dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora,

wpisy w kartach zleceń dokonywane są przez lekarza prowadzącego, wpisy innych lekarzy – dyżurnych, konsultantów winne być wpisywane na oddzielnych kartach. Każdy wpis musi być podpisany przez lekarza i podbity pieczętą - wpisy nie mogą być anonimowe.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Dokumentację należy prowadzić czytelnie

Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatrując podpisem osoby je sporządzającej z podaniem danym identyfikujących ją (pieczętkę).

Wpis dokonany nie może być usunięty. Błędny wpis należy skreślić, oznaczyć datą i danymi osoby dokonującej tą czynność.

Każda strona dokumentacji indywidualnej winna być oznaczona co najmniej nazwiskiem i imieniem pacjenta. Każdy dokument musi być jednoznacznie oznakowany, wskazywać na pacjenta i lekarza.

Dokumentację prowadzi się czytelnie

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Dokumentację prowadzi się czytelnie

Przebieg choroby przebiegał z
częstymi zmianami laboratoryjnymi i
klinicznymi. Wymagano
zabiegów chirurgicznych.
Przebieg choroby przebiegał z
głównie w bad. TK i MRI. Wymagano
sądzę o konieczności leczenia.
W trakcie przebiegu choroby
zostało przeprowadzone wyobrażenie
wskazujące na konieczność
przebiegu się choroby.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

„ Pacjentka przywieziona przez zespół pogotowia ratunkowego, z bólami głowy, brzucha i zaburzeniami świadomości. Przyjęcie na oddział neurologii, gdzie w badaniu TK uwidoczniono świeży krwiak śródmózgowy. W trakcie pobytu stan pacjentki zaczął się pogarszać, wystąpiło znaczne wzdęcie brzucha oraz pojawiły się objawy niedrożności...”.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

„ W sytuacji, gdy dokumentacja medyczna jest nieczytelna nie będzie uznana jako dowód w postępowaniu karnym. W przypadku zgonu pacjenta jest ona najważniejszym dowodem w sprawie.

Rodzina zmarłego może oskarżyć lekarza o błąd w sztuce i nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta. Gdy dokumentacja medyczna zostanie odrzucona przez prokuraturę z powodu nieczytelności, lekarz traci najważniejszy dowód, który świadczy o jego niewinności.”

 Historia choroby w części dotyczącej wypisania ze szpitala zawiera poza danymi osobowymi:

rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań,

rodzaj leczenia,

epikryzę,

Wypisu dokonuje lekarz prowadzący – zakończoną i podpisana przez niego historię choroby ocenia i podpisuje ordynator oddziału.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Karta informacyjna winna zawierać:

rozpoznanie choroby – według ICD10,

wykonane procedury - według ICD9,

wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych,

zastosowane leczenie,

wskazówki lecznicze, okres niezdolności do pracy, terminy konsultacji.

Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu.

Składa się pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

- Dokumentacja indywidualna wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby.
- Dokumentację indywidualną zewnętrzną.

Dokumentację zbiorczą w formie:

księgi przyjęć,

kartoteki środowisk epidemiologicznych,

księgi pracowni diagnostycznej,

księgi zabiegów prowadzonej odrębnie **dla każdego gabinetu zabiegowego,**

księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej.

1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w zakładzie opieki zdrowotnej.
2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej.

KTO OSTATNI
DO POPRAWIENIA
RECEPTY?

Do K-102
w- 10-10
9-14



Dokumentacja zbiorcza w formie księgi zabiegów leczniczych;

Dokumentacja indywidualna w formie karty pacjenta;

Księga zabiegów leczniczych, opatrzona numerem księgi;

Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Najczęściej występujące błędy

Dokonywane wpisy są nieczytelne

Brak wyraźnego oznaczenia początku i końca wpisu

Brak dokładnych inf. o badaniach, zabiegach

Brak chronologicznych wpisów co nie pozwala na prześledzenia procesu chorobowego

Brak dokładnego opisu stanu zdrowia (za dużo stwierdzeń ogólnych)

Wszechstronne doradztwo dla szpitali



Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Odpowiedzialność lekarza – umowa o pracę

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Odpowiedzialność lekarza

– umowa o pracę

Kodeks Pracy

Art. 114.

Pracownik, który wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych ze swej winy wyrządził pracodawcy szkodę, ponosi odpowiedzialność materialną według zasad określonych w przepisach niniejszego rozdziału.

Art. 115.

Pracownik ponosi odpowiedzialność za szkodę w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego wynikła szkoda.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

Odpowiedzialność Ordynatora/Kieronika

Kierownik jednostki organizacyjnej odpowiada za całość pracy oddziału. Jak również, za pracę lekarzy oraz prowadzoną przez nich dokumentację medyczną. Każda zakończona historia choroby jest autoryzowana podpisem i pieczętą ordynatora. Co oznacza, że akceptuję treść oraz sposób sporządzenia dokumentacji. Tym samym jest współodpowiedzialny za ewentualne konsekwencje z tym związane.

Wszechstronne doradztwo dla szpitali

www.kancelariajaniszewski.pl



WSZECHSTRONNE DORADZTWO DLA SZPITALI

[Start](#) [Oferta](#) [Kontakt](#)

Menu

- Nasze serwisy
 - Szkolenia i konferencje
 - Analiza dokumentacji
 - Konsultacje eksperckie
 - Audyty
 - Dla kadry zarządzającej
- Pliki do pobrania
- Relacje ze szkoleń
- Referencje i opinie
- Publikacje
- Kwartalnik "System"
- O firmie

Pytanie do eksperta

Nurtują Cię sprawy z którymi sobie nie radzisz?
Nigdzie nie znajdujesz odpowiedzi?
[Zadaj pytanie ekspertowi !!!](#)

Różdżyn Informacyjny

Nowe regulacje prawne w kwestii „pro auctore i pro familia”

18 maja 2012 roku resort zdrowia opublikował znowelizowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej. Do aktu dodano rozdział 5a dotyczący kwestii dokumentacji prowadzonej przez lekarza wystawiającego recepty dla siebie, małżonka, krewnych zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

[Więcej...](#)

Nowy akt prawny w ochronie zdrowia

Po konsultacjach społecznych przyjęło Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

Akt powstał w oparciu o zapisy Ustawy o działalności leczniczej i zastępuje Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia z 16 lipca 2004 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikujących dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania.

Zapisy dokładnie wskazują sposób nadawania kodów, zgodnie z nowym porządkiem prawnym.

Pełna treść aktu dostępna na stronie Ministerstwa Zdrowia:
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index2.mc=0491&ms=383&mj=pi&mi=383&mx=0&mt=8my=767&ma=020016>

Szczególnie polecamy

NOWOŚĆ
Odpowiedzialność personelu medycznego w świetle obowiązujących uregulowań prawnych

Interesuje Cię kurs szkoły koderów w Twoim szpitalu?
[Napisz do nas](#)



Wszechstronne doradztwo dla szpitali