

Dokumentacja medyczna w laboratorium - uwarunkowania prawne

r.pr. Michał Rytel

Katowice, dnia 24 kwietnia 2018 r.

PODSTAWA PRAWNA

§

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
(Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483)

§

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
(Dz. U. 2017.1318 j.t.)

§

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.
w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji
medycznej oraz sposobu jej przetwarzania** (Dz.U. 2015 r.,
poz. 2069)

PRAWO DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ



► Art. 23 ustawy

1. Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.
2. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych.

PODSTAWA PRAWNA

- ▶ art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 1524) laboratorium jest zakładem leczniczym podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 i 1948)
- ▶ bezpośrednio zastosowanie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
- ▶ laboratorium diagnostyczne, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zobowiązane jest do prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta

RODZAJE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Dokumentacja medyczna dzieli się na:

- ❖ indywidualną, odnoszącą się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych:
 - ✓ wewnętrzną - przeznaczoną dla potrzeb podmiotu udzielającego świadczenia,
 - ✓ zewnętrzną - adresatem jest pacjent korzystający ze świadczeń;
- ❖ zbiorczą, obejmującą ogół pacjentów lub ich poszczególne grupy, którym udzielane są świadczenia.

RODZAJE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

- ▶ przykładem dokumentacji indywidualnej zewnętrznej skierowanie na badanie diagnostyczne,
- ▶ dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowi m.in. historia choroby wraz z załączonymi do niej wynikami badań diagnostycznych oraz wszelkie oświadczenia zawierające zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegów i czynności diagnostyki medycznej,
- ▶ przykładem dokumentacji zbiorczej jest księga pracowni diagnostycznej.

ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI

- ▶ zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia wpisy o udzielonych świadczeniach, a zatem również o wykonanych badaniach, dokonywane są **niezwłocznie** po ich udzieleniu, w **sposób czytelny** i w porządku **chronologicznym**,
- ▶ każdy wpis musi być opatrzony jasnym i precyzyjnym oznaczeniem osoby go dokonującej, które na podstawie § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia obejmuje:
 - ❖ 1) nazwisko i imię;
 - ❖ 2) tytuł zawodowy;
 - ❖ 3) uzyskane specjalizacje;
 - ❖ 4) numer prawa wykonywania zawodu;
 - ❖ 5) podpis.

ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI

- ▶ Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
- ▶ 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,
- ▶ W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2, a kolejne strony - co najmniej imię i nazwisko pacjenta,
- ▶ Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

- ▶ oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą;
- ▶ oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej;
- ▶ oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

ELEMENTY SKIEROWANIA

Osoba kierująca na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania, konsultacji lub leczenia.

Skierowanie powinno zawierać:

- ▶ oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- ▶ oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2;
- ▶ oznaczenie rodzaju przedsiębiorstwa podmiotu, do którego kieruje się pacjenta;
- ▶ rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
- ▶ inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
- ▶ datę wystawienia skierowania;
- ▶ oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

ELEMENTY SKIEROWANIA

- ▶ W przypadku skierowania na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, finansowane ze środków publicznych, wystawionego w postaci papierowej, oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie zawiera dodatkowo kod identyfikacyjny;
- ▶ Zlecenie na badania laboratoryjne zawiera informacje i dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej - tj. standardy jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości czynności diagnostyki laboratoryjnej
- ▶ Podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację **przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji.**

FORMY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI

Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

- ▶ do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
- ▶ przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
- ▶ przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
- ▶ za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- ▶ na informatycznym nośniku danych.

OPŁATY ZA UDOSTĘPNIANIE



- ▶ **wyciąg** - skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
- ▶ **odpis** - dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
- ▶ **kopia** - dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).



Dziękuję za uwagę!

r.pr. Michał Rytel

tel. 505 058 844

www.grupaprawnicza.pl