Minister Zdrowia

Warszawa, 2015-09-17

OZZ.0212.3.2015/AW (9)

p.D. Biadun
p. G. Baczewski

KONFEDERACJA LEWIATAN
21. 09. 2015
WPŁYNĘŁO
L.dz. KPU 2763

Wg rozdzielnika

Szanowni Państwo

Stosowanie do postanowień uchwały Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979), zwracam się z uprzejmą prośbą o zgłoszenie ewentualnych uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w terminie do dnia 8 października br.

Proszę o przesłanie uwag także w postaci elektronicznej na adres nowadokumentacja@mz.gov.pl w formacie edytowalnym (doc).

Jednocześnie informuję, że projekt założeń jest dostępny na stronie Rządowego Centrum Legislacji w zakładce „Rządowy Proces Legislacyjny".

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Piotr Warczyński

Otrzymują:

1. Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego
2. Wojewoda Dolnośląski
3. Wojewoda Kujawsko-Pomorski
4. Wojewoda Lubelski
5. Wojewoda Lubuski
6. Wojewoda Łódzki
7. Wojewoda Małopolski
8. Wojewoda Mazowiecki
9. Wojewoda Opolski
10. Wojewoda Podlaski
11. Wojewoda Podkarpacki

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

12. Wojewoda Pomorski
13. Wojewoda Śląski
14. Wojewoda Świętokrzyski
15. Wojewoda Warmińsko-Mazurski
16. Wojewoda Wielkopolski
17. Wojewoda Zachodniopomorski
18. Naczelna Rada Lekarska
19. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
20. Naczelna Rada Aptekarska
21. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
22. Polska Rada Ratowników Medycznych
23. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych
24. Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność"
25. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
26. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy
27. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
28. Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych
29. Związek Zawodowy Anestezjologów
30. Związek Zawodowy Chirurgów Polskich
31. Związek Zawodowy Neonatologów
32. Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych
33. Porozumienie Zielonogórskie – Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia
34. Kolegium Lekarzy Rodzinnych
35. Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych
36. Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia
37. Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80"
38. Forum Związków Zawodowych
39. Federacja Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej
40. Rada Krajowa Federacji Konsumentów
41. Fundacja Stefana Batorego
42. Konfederacja Lewiatan
43. Związek Pracodawców Niepublicznej Opieki Zdrowotnej
44. Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
45. Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali
46. Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ
47. Polska Federacja Szpitali
48. Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Woj. Małopolskiego
49. Konsorcjum Szpitali Wrocławskich
50. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
51. Pracodawcy RP
52. Business Centre Club - Zwiazek Pracodawców
53. Związek Rzemiosła Polskiego
54. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych
55. Unia Metropolii Polskich
56. Unia Uzdrowisk Polskich
57. Związek Powiatów Polskich
58. Związek Miast Polskich
59. Związek Gmin Wiejskich RP
60. Federacja Związków Gmin i Powiatów RP
61. Koalicja na Rzecz Pacjentów „ Mam prawo do Zdrowia"

62. Konwent Marszałków RP
63. Unia Miasteczek Polskich
64. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej
65. Federacja Pacjentów Polskich
66. Obywatelskie Stowarzyszenie DLA DOBRA PACJENTA
67. Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych
68. Fundacja „Blisko Ciebie"

Projekt z dnia 15.09.2015 r.

ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia ..... 2015 r.

w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.[2)]) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Dokumentacja medyczna, zwana dalej „dokumentacją", jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.

§ 2. 1. Dokumentację stanowi:

1) dokumentacja indywidualna – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
2) dokumentacja zbiorcza – dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

2. Dokumentacja indywidualna obejmuje:

1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „podmiotem";
2) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

3. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 742, z 2013 r. poz. 1245, z 2014 r. poz. 1822 oraz z 2015 r. poz. 1163.

1) historia zdrowia i choroby;
2) historia choroby;
3) karta noworodka;
4) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
5) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
6) karta wizyty patronażowej;
7) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego;
8) karta uodpornienia, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947 oraz z 2014 r. poz. 619 i 1138).

4. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:

1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
2) skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie;
3) karta przebiegu ciąży;
4) książeczka zdrowia dziecka;
5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego;
6) pisemna informacja lekarza leczącego pacjenta w poradni specjalistycznej dla kierującego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581), zwanego dalej „lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej", o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobach dawkowania, oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych;
7) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska.

5. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej dokonuje się wpisu o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej. Dokumentację tę, a w przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej jej kopię lub dokładny opis, dołącza się do dokumentacji indywidualnej zewnętrznej.

§ 3. Przy dokonywaniu w dokumentacji wpisu dotyczącego czasu trwania ciąży, poronienia, urodzenia żywego lub urodzenia martwego stosuje się kryteria oceny określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

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

2. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. 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 adnotacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 5. 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.

§ 6. 1. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci papierowej oznacza się co najmniej danymi, o których mowa w art. 25 pkt 1 lit. a i e ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwanej dalej „ustawą". W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każda strona wydruku zawiera co najmniej te dane pacjenta.

2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN", z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

3. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się kopie dokumentacji przedstawionej przez pacjenta lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

4. Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

§ 7. 1. Nazwa i numer statystyczny rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, są wpisywane w dokumentacji według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

2. Numer statystyczny, o którym mowa w ust. 1, 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.

3. W dokumentacji, o której mowa w § 72 i § 73, dopuszcza się odstąpienie od wpisywania numeru statystycznego rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, o którym mowa w ust. 1.

§ 8. 1. W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej prowadzonej w postaci papierowej zamieszcza się lub dołącza do niej:

1) 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, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
2) oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy.

2. Oświadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2 złożone w postaci elektronicznej za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.[3)]), przechowuje się w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

§ 9. 1. 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.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
3) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się pacjenta;
4) rozpoznanie ustalone przez osobę kierującą;
5) inne informacje lub dane, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badania, konsultacji lub leczenia;
6) datę wystawienia skierowania;
7) oznaczenie osoby kierującej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

[3)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 788, 855 i 1066.

3. 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, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905), zwany dalej „kodem resortowym", stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli został nadany.

4. Podmiot przeprowadzający badanie lub konsultację przekazuje podmiotowi, który wystawił skierowanie, wyniki tych badań lub konsultacji.

§ 10. 1. Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu:
   a) nazwę podmiotu,
   b) kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
   c) nazwę przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego,
   d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,
   e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne,
   f) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
2) oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, przy czym określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony;
3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:
   a) nazwisko i imię,
   b) tytuł zawodowy,
   c) uzyskane specjalizacje,
   d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera,

e) podpis;

4) datę dokonania wpisu;

5) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, w szczególności:

a) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,

b) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży,

c) zalecenia,

d) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach,

e) informacje o produktach leczniczych, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych zapisanych pacjentowi na receptach;

6) inne informacje wynikające z odrębnych przepisów.

2. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych zawiera dane, o których mowa w ust. 1 pkt 3 lit. a–d, oraz może zawierać podpis elektroniczny.

§ 11. Dokumentacja zbiorcza, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, numer kolejny wpisu, imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d, datę dokonania wpisu oraz, jeżeli to wynika z przeznaczenia dokumentacji, istotne informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Dokumentacja podmiotu leczniczego

§ 12. Podmiot leczniczy prowadzący szpital sporządza i prowadzi:

1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby lub karty noworodka;

2) dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie:

a) księgi głównej przyjęć i wypisów,

b) księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć,

c) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,

d) księgi chorych oddziału,

e) księgi raportów lekarskich,

f) księgi raportów pielęgniarskich,

g) księgi zabiegów,

h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,

i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej,

j) księgi noworodków,

k) księgi pracowni diagnostycznej;

3) dokumentację indywidualną zewnętrzną w formie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, książeczki zdrowia dziecka, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem oraz z dokumentacji dla celów określonych w odrębnych przepisach;

4) dokumentację zbiorczą zewnętrzną dla celów określonych w odrębnych przepisach.

§ 13. 1. Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.

2. W przypadku gdy leczenie pacjenta wymaga wielokrotnego udzielania tego samego świadczenia zdrowotnego w tej samej komórce organizacyjnej szpitala, dopuszcza się dokonywanie kolejnych wpisów w historii choroby założonej przy przyjęciu pacjenta po raz pierwszy.

§ 14. Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

1) przyjęcia pacjenta do szpitala;

2) przebiegu hospitalizacji;

3) wypisania pacjenta ze szpitala;

4) rozpoznania onkologicznego ustalonego po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu ze szpitala.

§ 15. 1. Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;

2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;

3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu;

4) kartę gorączkową;

5) kartę zleceń lekarskich;

6) kartę przebiegu znieczulenia;

7) kartę zabiegów fizjoterapeutycznych;

8) kartę medycznych czynności ratunkowych, w przypadku, o którym mowa w § 52 ust. 2;

9) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala;
10) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
11) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
12) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja;
13) okołooperacyjną kartę kontrolną.

2. Każdy z dokumentów dodatkowych, o których mowa w ust. 1, zawiera co najmniej imię i nazwisko pacjenta.

3. Do historii choroby dołącza się na czas pobytu pacjenta w szpitalu:

1) dokumentację indywidualną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, kartę przebiegu ciąży, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie,
2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne szpitala i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta

- jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

4. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 3 pkt 1, dostarczone w postaci papierowej, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w historii choroby.

§ 16. 1. Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1–4 oraz dodatkowo:

1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;
2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;
3) tryb przyjęcia;
4) datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
5) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
7) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

2. W przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania, dołącza się je do historii choroby.

§ 17. 1. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:

1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
2) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
3) opisy badań diagnostycznych;
4) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.

2. Do historii choroby w części, o której mowa w ust. 1, dołącza się:

1) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji przebiegu porodu;
2) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich;
3) informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołooperacyjnych w sali operacyjnej, w postaci okołooperacyjnej karty kontrolnej;
4) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarskich lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.

3. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji przebiegu porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

4. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.

5. Wpisy w okołooperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty, którym jest osoba określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego.

6. Koordynator karty, o którym mowa w ust. 5, dokonuje wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.

7. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.

8. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

§ 18. 1. Wzór karty obserwacji przebiegu porodu określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Wzór karty przebiegu znieczulenia określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 19. 1. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych:

1) przed znieczuleniem pacjenta;

2) przed wykonaniem nacięcia;

3) przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

2. Okołooperacyjna karta kontrolna w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta zawiera w szczególności:

1) imię i nazwisko pacjenta;

2) datę operacji;

3) nazwę komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;

4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;

5) określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły – pilny, przyspieszony);

6) potwierdzenie:

a) tożsamości pacjenta,

b) miejsca operowanego,

c) procedury operacyjnej,

d) zgody na operację,

e) rodzaju znieczulenia;

7) informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie);

8) potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia;

9) potwierdzenie zapewnienia monitorowania:

a) EKG,

b) pulsoksymetrii,

c) ciśnienia tętniczego krwi,

d) kapnometrii;

10) informację o alergiach (tak - ze wskazaniem jakie, nie);

11) informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak - zapewniono właściwy sprzęt, nie);

12) informację o ryzyku krwawienia >500 ml u dorosłych albo >7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak – zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne, nie).

3. Okołooperacyjna karta kontrolna w części dotyczącej czynności wykonywanych przed wykonaniem nacięcia zawiera w szczególności:

1) informację o potwierdzeniu przez członków zespołu operacyjnego, że znają wzajemnie swoją tożsamość oraz funkcję w zespole operacyjnym (tak, nie);
2) informację o przedstawieniu się wszystkich członków zespołu (tak, nie) – w przypadku gdy członkowie zespołu operacyjnego nie znają się wzajemnie;
3) potwierdzenie przez operatora, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:
   a) tożsamości pacjenta,
   b) miejsca operowanego,
   c) procedury operacyjnej;
4) potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta;
5) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną właściwego zestawu narzędzi;
6) informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w szczególności zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, oczekiwanej utracie krwi, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi:
   a) przez operatora (tak, nie, nie dotyczy),
   b) przez anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
   c) przez pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
7) informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
8) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (tak – ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy);
9) informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

4. Okołooperacyjna karta kontrolna w części dotyczącej czynności wykonywanych przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego zawiera w szczególności:

1) potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury;
2) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów;
3) informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy);
4) informację o wystąpieniu powikłań w trakcie operacji (tak, nie);
5) informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie);

6) informację o określeniu przez operatora i anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);

7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:

a) operatora (tak, nie),

b) anestezjologa (tak, nie);

8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).

5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty, o którym mowa w § 17 ust. 5.

§ 20. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawiera:

1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
4) epikryzę;
5) adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
6) datę wypisu.

§ 21. Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 20 pkt 1–4, zawiera:

1) datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
   a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
   b) przyczynę wtórną,
   c) przyczynę bezpośrednią;
3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce;

4) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;

5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

§ 22. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby.

§ 23. 1. Niezwłocznie po urodzeniu się noworodka zakłada się kartę noworodka.

2. Karta noworodka zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1–4, oraz dodatkowo:

1) numer w księdze noworodków, pod którym dokonano wpisu o urodzeniu;

2) dane dotyczące matki noworodka:
   a) imię i nazwisko,
   b) adres zamieszkania,
   c) wiek,
   d) numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki,
   e) grupa krwi oraz czynnik Rh;

3) dane dotyczące poprzednich ciąż i porodów matki noworodka:
   a) liczbę ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych,
   b) datę poprzedniego porodu,
   c) inne informacje dotyczące poprzedniego porodu;

4) dane dotyczące rodzeństwa noworodka: rok urodzenia, stan zdrowia, a w przypadku śmierci – przyczynę zgonu;

5) dane dotyczące obecnej ciąży i przebiegu porodu:
   a) czas trwania ciąży (w tygodniach),
   b) informacje dotyczące przebiegu porodu,
   c) charakterystykę porodu (fizjologiczny, zabiegowy),
   d) powikłania porodowe,
   e) czas trwania poszczególnych okresów porodu;

6) dane dotyczące noworodka:

a) datę urodzenia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
b) płeć,
c) masę ciała,
d) długość,
e) obwód głowy,
f) obwód klatki piersiowej,
g) ocenę według skali Apgar,
h) urazy okołoporodowe,
i) stwierdzone nieprawidłowości,
j) w przypadku martwego urodzenia - wskazanie, czy zgon nastąpił przed czy w trakcie porodu;

7) opis postępowania po urodzeniu (odśluzowanie, osuszanie, zaopatrzenie pępowiny, zastosowanie tlenu, intubacja, cewnikowanie żyły pępowinowej, masaż serca, sztuczna wentylacja, zastosowane produkty lecznicze);
8) informacje o przebiegu obserwacji w kolejnych dobach;
9) informacje o stanie noworodka w dniu wypisu;
10) informacje o wykonanych testach przesiewowych, szczepieniach i konsultacjach specjalistycznych;
11) datę wypisania, a w przypadku zgonu noworodka – datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, oraz opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu, wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem.

§ 24. 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 16–21, albo w karcie noworodka.

2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.

3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1–4, oraz dodatkowo:

1) rozpoznanie choroby w języku polskim;
2) opis wyników badań diagnostycznych lub konsultacji;

3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania;
4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
6) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.

4. W przypadku, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy, dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łacińskim.

5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 21 pkt 1, 2 i 4.

6. Dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego są wydawane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 pkt 2. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.

7. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, karta informacyjna z leczenia szpitalnego jest dołączana do historii choroby oraz udostępniana w postaci elektronicznej lub wydawana w postaci papierowego wydruku, w dwóch egzemplarzach.

§ 25. 1. W przypadku podjęcia decyzji o wykonaniu sekcji zwłok historię choroby przekazuje się lekarzowi mającemu wykonać sekcję.

2. Lekarz wykonujący sekcję zwłok sporządza protokół badania sekcyjnego z ustalonym rozpoznaniem anatomopatologicznym, który jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję oraz dołączany do historii choroby.

3. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej protokół badania sekcyjnego jest sporządzany w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest przechowywany przez podmiot wykonujący sekcję, a drugi - jest dołączany do historii choroby.

4. Historię choroby wraz z protokołem badania sekcyjnego przekazuje się lekarzowi prowadzącemu lub lekarzowi wyznaczonemu przez lekarza kierującego oddziałem, w celu porównania rozpoznania klinicznego i epikryzy z rozpoznaniem anatomopatologicznym. W przypadku rozbieżności między rozpoznaniem klinicznym i rozpoznaniem

anatomopatologicznym lekarz dokonuje zwięzłej oceny przyczyn rozbieżności oraz podaje ostateczne rozpoznanie choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań.

§ 26. 1. Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby albo kartę noworodka do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

2. W przypadku, o którym mowa w § 22, uzupełnioną historię choroby przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

3. W przypadku, o którym mowa w § 25 ust. 4, lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.

§ 27. 1. Zakończoną historię choroby lub kartę noworodka przekazuje się do komórki organizacyjnej właściwej do spraw dokumentacji chorych i statystyki medycznej.

2. Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności historii choroby lub karty noworodka, przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.

3. W przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 2, historia choroby jest przechowywana w komórce organizacyjnej udzielającej świadczenia zdrowotnego przez cały okres leczenia.

§ 28. Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny pacjenta w księdze;
3) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
6) rozpoznanie wstępne;
7) rozpoznanie przy wypisie;
8) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
9) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
10) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta – datę zgonu;
11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;

12) adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
13) adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
14) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
15) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
16) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
17) numer karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.

§ 29. 1. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny pacjenta w księdze;
3) imię i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
4) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
5) datę zgłoszenia się pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
6) rozpoznanie ustalone przez lekarza kierującego albo adnotację o braku skierowania;
7) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych;
8) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
9) informację o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach wydanych pacjentowi;
10) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
11) wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala;
12) adnotację o braku zgody pacjenta na pobyt w szpitalu potwierdzoną jego podpisem albo podpisem jego przedstawiciela ustawowego;

13) adnotację o miejscu, do którego pacjent został skierowany, wraz z adnotacją o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
14) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

2. W przypadku odmowy przyjęcia do szpitala pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy otrzymuje pisemną informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.

3. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej informacja, o której mowa w ust. 2, jest udostępniana w postaci elektronicznej lub wydawana w postaci papierowego wydruku.

4. W przypadku odmowy podpisania adnotacji o braku zgody, o której mowa w ust. 1 pkt 12, informację o tym zamieszcza się w księdze.

§ 30. Księga chorych oddziału, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer pacjenta w księdze;
3) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
5) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki;
6) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d;
7) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
8) rozpoznanie wstępne;
9) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
10) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
11) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
12) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a–d.

§ 31. Księga raportów lekarskich zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny wpisu;

3) datę sporządzenia raportu;
4) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 32. Księga raportów pielęgniarskich zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny wpisu;
3) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
5) datę sporządzenia raportu;
6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 33. Księga zabiegów zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny pacjenta w księdze;
3) datę wykonania zabiegu;
4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
5) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
7) oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 34. Księga bloku operacyjnego albo sali operacyjnej zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny pacjenta w księdze;

3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
4) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
5) rozpoznanie przedoperacyjne;
6) oznaczenie lekarza kierującego na zabieg albo operację, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, a w przypadku gdy kierującym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
7) oznaczenie lekarza kwalifikującego pacjenta do zabiegu albo operacji, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
8) datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
9) adnotacje o rodzaju i przebiegu zabiegu albo operacji;
10) szczegółowy opis zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym;
11) zlecone badania diagnostyczne;
12) rodzaj znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
13) oznaczenie osób wchodzących odpowiednio w skład zespołu operacyjnego, zespołu zabiegowego, zespołu anestezjologicznego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, z wyszczególnieniem osoby kierującej wykonaniem operacji albo zabiegu.

§ 35. Księga bloku porodowego albo sali porodowej zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny pacjentki w księdze;
3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjentki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
4) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh pacjentki;
5) kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjentka przebywała;
6) rozpoznanie wstępne i ostateczne;
7) informację o zastosowanych produktach leczniczych;
8) określenie rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjentki, jeżeli było wykonane, i jego szczegółowy opis oraz oznaczenie lekarza anestezjologa, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
9) datę przyjęcia pacjentki na blok porodowy albo salę porodową, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

10) datę porodu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
11) czas trwania poszczególnych okresów porodu;
12) szczegółowy opis przebiegu porodu;
13) datę wypisania pacjentki z bloku porodowego albo sali porodowej, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
14) adnotację o miejscu, do którego pacjentka została wypisana z bloku porodowego albo sali porodowej;
15) oznaczenie lekarza albo położnej przyjmującej poród, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 36. 1. Księga noworodków zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny noworodka w księdze;
3) imię i nazwisko oraz numer PESEL matki noworodka, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
4) datę urodzenia noworodka, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
5) dane dotyczące noworodka:
   a) płeć,
   b) masę ciała,
   c) długość ciała,
   d) ocenę według skali Apgar;
6) datę wypisu noworodka, a w przypadku zgonu - datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym oraz przyczynę zgonu.

2. W księdze noworodków wpisuje się noworodki urodzone w szpitalu.

§ 37. Księga pracowni diagnostycznej zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny pacjenta w księdze;
3) datę wpisu i datę wykonania badania;
4) imię i nazwisko, numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;

5) kod resortowy komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
6) oznaczenie lekarza zlecającego badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
7) adnotację o rodzaju badania;
8) oznaczenie osoby wykonującej badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

§ 38. 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14-17, § 20, § 21, § 24, § 26-28, § 30-33 i § 37, z zastrzeżeniem, że dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

2. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego stosuje się odpowiednio przepisy właściwe dla rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w tym zakładzie.

§ 39. 1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital, w którym czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin, sporządza i prowadzi:

1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
2) dokumentację zbiorczą w formie:
   a) księgi głównej przyjęć i wypisów,
   b) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych,
   c) księgi chorych oddziału,
   d) księgi zabiegów,
   e) księgi bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

1) kartę obserwacji;
2) kartę gorączkową;
3) kartę zleceń lekarskich;

4) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
5) wyniki badań diagnostycznych;
6) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.

3. Przepisy § 13, § 14, § 15 ust. 2-4, § 16, § 17, § 18 ust. 1, § 19-22, § 24-28, § 30-34 i § 37 stosuje się odpowiednio.

4. Przepisy ust. 1-3 stosuje się także w komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego, w której czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin.

§ 40. Podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi:
1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 2 ust. 4 pkt 1-4;
3) dokumentację zbiorczą w formie:
   a) księgi przyjęć,
   b) kartoteki środowisk epidemiologicznych,
   c) księgi pracowni diagnostycznej,
   d) księgi zabiegów prowadzonej odrębnie dla każdego gabinetu zabiegowego,
   e) księgi porad ambulatoryjnych dla nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej,
   f) listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych.

§ 41. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi dotychczas niezarejestrowanemu w podmiocie, o którym mowa w § 40.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej podmiotu, o którym mowa w § 40.

§ 42. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo informacje dotyczące:
1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;

3) opieki środowiskowej, w tym wizyt patronażowych.

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43-47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w historii zdrowia i choroby zamieszcza się adnotację o tym fakcie, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

3. 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.

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych 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 receptach wydanych pacjentowi;
6) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
7) opisy badań diagnostycznych;
8) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
9) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy;
10) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera:

1) opis środowiska epidemiologicznego;
2) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;

3) rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
4) oznaczenie pielęgniarki środowiskowej lub położnej, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

6. W przypadku prowadzenia dokumentacji w postaci papierowej wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji oraz opisy badań diagnostycznych dołącza się do historii choroby w formie oryginału albo kopii bądź zamieszcza się w niej ich dokładny opis.

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

§ 43. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:
1) informacje o ogólnym stanie zdrowia;
2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.

2. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3, oraz dodatkowo:
1) oznaczenie grupy krwi;
2) datę ostatniej miesiączki;
3) przybliżony termin porodu;
4) wynik pomiaru masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
5) wzrost;
6) liczbę poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych;
7) czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych;
8) opis wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
9) datę rozpoznania ciąży - datę pierwszej wizyty w związku z ciążą;
10) wyniki badań diagnostycznych zleconych w związku z zajściem w ciążę.

3. Karta przebiegu ciąży w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4, oraz dodatkowo:
1) każdorazowo wynik pomiaru masy ciała;
2) dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
3) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

§ 44. Księga przyjęć, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny wpisu;
3) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
5) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
6) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
7) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 45. Kartoteka środowisk epidemiologicznych zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
3) oznaczenie środowiska epidemiologicznego, w szczególności opis środowiska epidemiologicznego i adres;
4) dane osób zamieszkujących wspólnie z pacjentem, w szczególności ich nazwiska i imiona oraz daty urodzenia;
5) ocenę warunków socjalnych w środowisku, jeżeli mogą mieć znaczenie dla stanu zdrowia pacjenta.

§ 46. Do księgi pracowni diagnostycznej prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 37.

§ 47. Do księgi zabiegów prowadzonej przez podmiot leczniczy udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 33.

§ 48. 1. Księga porad ambulatoryjnych w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny wpisu;
3) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;

5) opis udzielonego świadczenia zdrowotnego;

6) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

2. Podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nie prowadzi dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

§ 49. 1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi:

1) dokumentację zbiorczą w formie księgi dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;

2) dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, karty medycznych czynności ratunkowych albo karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

2. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej dysponenta zespołów ratownictwa medycznego nie ma stanowiska dyspozytora medycznego, przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się. Informacje dotyczące wezwania zawiera dokumentacja prowadzona i przechowywana przez centrum powiadamiania ratunkowego.

§ 50. Księga dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;

2) datę wezwania, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;

3) oznaczenie miejsca zdarzenia;

4) wskazanie przyczyny wezwania (objawy);

5) oznaczenie wzywającego;

6) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy, i jego numer telefonu, jeżeli są znane;

7) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia (podstawowy albo specjalistyczny);

8) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym przekazania zlecenia zespołowi ratownictwa medycznego;

9) oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;

10) informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego;

11) imię i nazwisko lub kod przyjmującego wezwanie oraz jego podpis.

§ 51. Wzór karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 52. 1. Wzór karty medycznych czynności ratunkowych określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

2. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany w postaci papierowej lub udostępniany w postaci elektronicznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu leczniczego - temu podmiotowi leczniczemu.

§ 53. Wzór karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 54. Do dokumentacji prowadzonej przez zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne stosuje się odpowiednio przepisy § 37.

§ 55. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację:

1) zbiorczą w formie księgi pracowni;
2) indywidualną w formie karty zlecenia.

2. Księga pracowni, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
3) oznaczenie lekarza zlecającego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, b i d;
4) datę przyjęcia zlecenia i datę jego zakończenia;
5) rodzaj zleconej pracy;
6) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

3. Karta zlecenia zawiera informacje wymienione w ust. 2 oraz dodatkowo:

1) opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
2) dane o użytych materiałach;
3) oznaczenie osoby wykonującej zlecenie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3;
4) oznaczenie kierownika pracowni, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

4. Do karty zlecenia dołącza się zlecenie lekarza.

§ 56. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

1) zbiorczą w formie księgi zabiegów leczniczych;

2) indywidualną w formie karty pacjenta.

2. Księga zabiegów leczniczych, opatrzona numerem księgi, zawiera:

1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
2) numer kolejny pacjenta w księdze;
3) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
4) datę zabiegu leczniczego;
5) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

3. Karta pacjenta zawiera informacje wymienione w ust. 2 oraz dodatkowo:

1) dane o programie rehabilitacji i jego wykonaniu;
2) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
3) oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg leczniczy, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

4. Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza zlecającego zabieg leczniczy.

Rozdział 3

Dokumentacja lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej

§ 57. 1. Lekarz udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną.

2. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

§ 58. Dokumentacja, o której mowa w § 57 ust. 1, obejmuje dokumentację:

1) wewnętrzną w formie:
   a) historii zdrowia i choroby lub karty noworodka,
   b) karty obserwacji przebiegu porodu;

2) zewnętrzną w formie skierowania do szpitala lub innego podmiotu, skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje, karty przebiegu ciąży, książeczki zdrowia dziecka, zaświadczenia, orzeczenia lub opinii lekarskiej.

§ 59. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

2. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

1) informacje o ogólnym stanie zdrowia, chorobach, problemach zdrowotnych lub urazach pacjenta;
2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych;
3) ocenę środowiskową.

3. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3.

4. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4.

5. Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym dotyczące:

1) zawodu wykonywanego przez pacjenta oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczeniu o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem,
2) zagrożeń zdrowia w miejscu zamieszkania

- jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.

6. Przepis § 42 ust. 2 stosuje się.

§ 60. W przypadku przyjmowania porodu przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 18 ust. 1, § 23 i § 74.

§ 61. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 43.

Rozdział 4

Dokumentacja pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej

§ 62. 1. Pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną:

1) wewnętrzną w formie:
   a) historii zdrowia i choroby,
   b) karty wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
   c) karty wizyty patronażowej;
2) zewnętrzną w formie opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

2. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

§ 63. 1. Położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem indywidualnej praktyki położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację indywidualną:

1) wewnętrzną w formie:
   a) karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
   b) karty wizyty patronażowej,
   c) karty obserwacji przebiegu porodu;
2) zewnętrzną w formie karty przebiegu ciąży, opinii, zaświadczenia, skierowania na badania diagnostyczne, książeczki zdrowia dziecka oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

2. Położna wykonująca indywidualną praktykę położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2.

§ 64. Historię zdrowia i choroby, kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, kartę wizyty patronażowej i kartę wywiadu środowiskowo-rodzinnego zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

§ 65. 1. Dokumentacja, o której mowa w § 62 ust. 1 pkt 1 oraz w § 63 ust. 1 pkt 1 lit. a i b, zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

1) informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych pacjenta;
2) informacje dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
3) informacje dotyczące oceny środowiskowej;
4) oznaczenie lekarza, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, w przypadku wykonywania zleceń lekarskich.

2. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej ogólnego stanu zdrowia, chorób oraz problemów zdrowotnych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 3.

3. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera informacje, o których mowa w § 42 ust. 4.

4. Dokumentacja, o której mowa w ust. 1, w części dotyczącej oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

§ 66. W przypadku przyjmowania porodu przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 18 ust. 1, § 23 i § 74.

§ 67. Do prowadzenia karty przebiegu ciąży przez położną udzielającą świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej stosuje się odpowiednio przepisy § 43.

Rozdział 5

Dokumentacja prowadzona przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych uczniom

§ 68. 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych uczniom prowadzi dokumentację indywidualną w formie karty profilaktycznego badania lekarskiego ucznia.

2. Pielęgniarka lub higienistka szkolna udzielająca świadczeń zdrowotnych uczniom prowadzi indywidualną dokumentację ucznia oraz dokumentację zbiorczą odnoszącą się do uczniów uczęszczających do jednej klasy.

§ 69. Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

1) informacje dotyczące stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów zdrowotnych ucznia, w szczególności występujących w okresie 12 miesięcy przed badaniem;
2) informacje o problemach zgłaszanych przez przedstawiciela ustawowego ucznia;
3) informacje wychowawcy ucznia mające istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia, w szczególności o zachowaniu ucznia, osiąganych wynikach w nauce, wykazywanych uzdolnieniach, sprawności fizycznej, absencji szkolnej, relacji z rówieśnikami, ewentualnych problemów szkolnych;
4) informacje pielęgniarki lub higienistki szkolnej o uczniu, w szczególności wyniki testów przesiewowych oraz informacje dotyczące wysokości i masy ciała ucznia, funkcjonowania narządu wzroku i słuchu, rozwoju układu ruchu, ciśnienia tętniczego krwi;
5) wyniki badania lekarskiego ucznia, w szczególności dotyczące wzrastania i rozwoju ucznia, stanu odżywienia, dojrzewania płciowego według skali Tannera od klasy III szkoły podstawowej, rozwoju psychospołecznego, funkcjonowania układów i narządów, stwierdzone problemy zdrowotne;
6) zalecenia dotyczące udziału ucznia w zajęciach wychowania fizycznego i ewentualnych ograniczeniach w tym zakresie oraz inne zalecenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 70. Indywidualna dokumentacja ucznia zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:

1) informacje o przebytych chorobach i problemach zdrowotnych ucznia;
2) informacje o innych problemach mających wpływ na zdrowie ucznia;
3) wyniki przeprowadzanych testów przesiewowych.

§ 71. Dokumentacja zbiorcza uczniów uczęszczających do jednej klasy zawiera:

1) imiona i nazwiska uczniów i daty urodzenia;
2) adnotację o przeprowadzeniu testów przesiewowych;
3) informacje o działaniach profilaktycznych.

Rozdział 6

Szczególne rodzaje dokumentacji

§ 72. 1. Lekarz wystawiający recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu.

2. Wykaz może być prowadzony dla wszystkich osób, o których mowa w ust. 1, albo odrębnie dla każdej z nich.

3. Wykaz, opatrzony imieniem i nazwiskiem lekarza, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) numer kolejny wpisu;
2) datę wystawienia recepty;
3) imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta;
4) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
5) międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego;
6) postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
7) dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce;
8) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego - nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia;
9) sposób dawkowania w przypadku przepisania:
   a) ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania,
   b) leku gotowego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową,
   c) leku recepturowego zawierającego w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową.

4. W przypadku prowadzenia wykazu odrębnie dla każdej z osób, o których mowa w ust. 1, gdy dane, o których mowa w ust. 3 pkt 3-9, nie uległy zmianie, kolejne wpisy w tym zakresie można zastąpić adnotacją o kontynuacji leczenia.

§ 73. 1. Pielęgniarka lub położna wystawiająca recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa prowadzi dokumentację zbiorczą wewnętrzną w formie wykazu.

2. Wykaz może być prowadzony dla wszystkich osób, o których mowa w ust. 1, albo odrębnie dla każdej z nich.

3. Wykaz, opatrzony imieniem i nazwiskiem pielęgniarki lub położnej, o której mowa w ust. 1, zawiera:

1) numer kolejny wpisu;
2) datę wystawienia recepty;
3) imię i nazwisko pacjenta, a w przypadku gdy dane te nie są wystarczające do ustalenia jego tożsamości, także datę urodzenia lub numer PESEL pacjenta;
4) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
5) międzynarodową lub własną nazwę leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo rodzajową lub handlową nazwę wyrobu medycznego;
6) postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;
7) dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej dawce;
8) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, a w przypadku leku recepturowego - nazwę i ilość surowców farmaceutycznych, które mają być użyte do jego sporządzenia;
9) sposób dawkowania w przypadku przepisania:
   a) ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, niezbędnej pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania,
   b) leku gotowego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który zawiera w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową,
   c) leku recepturowego zawierającego w swoim składzie środek odurzający lub substancję psychotropową.

4. W przypadku prowadzenia wykazu odrębnie dla każdej z osób, o których mowa w ust. 1, gdy dane, o których mowa w ust. 3 pkt 3-9, nie uległy zmianie, kolejne wpisy w tym zakresie można zastąpić adnotacją o kontynuacji leczenia.

§ 74. 1. Lekarz podmiotu leczniczego, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka, przy wypisie ze szpitala.

2. W przypadku przyjmowania porodu w warunkach domowych przez lekarza, o którym mowa w § 60, albo położną, o której mowa w § 66, książeczkę zdrowia dziecka wydają odpowiednio ten lekarz albo położna.

3. Książeczka zdrowia dziecka jest wydawana przedstawicielowi ustawowemu dziecka, za pokwitowaniem.

4. Książeczka zdrowia dziecka zawiera informacje o stanie zdrowia, udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz inne informacje istotne dla oceny rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności.

5. Wpisy w książeczce zdrowia dziecka są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę, położną lub inną osobę wykonującą zawód medyczny, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, są uzupełniane w trakcie następnej wizyty na podstawie dokumentacji wewnętrznej.

6. Książeczka zdrowia dziecka zawiera kartki formatu A5, dwustronnie zadrukowane, w oprawie zeszytowej i okładkach z tektury.

7. Wzór książeczki zdrowia dziecka określa załącznik nr 7 do rozporządzenia.

Rozdział 6

Przechowywanie dokumentacji

§ 75. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.

2. Dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zlecone świadczenie zdrowotne.

§ 76. Podmiot zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki.

§ 77. Miejsce przechowywania bieżącej dokumentacji wewnętrznej określa podmiot.

§ 78. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego albo osoby, o której mowa w § 8 pkt 2, za pokwitowaniem.

§ 79. 1. W przypadku wykreślenia podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą miejsce przechowywania dokumentacji wskazuje ten podmiot, a w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą - podmiot tworzący.

2. W przypadku gdy wykreślenie podmiotu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą następuje na podstawie art. 108 ust. 2 pkt 1-4, 6 lub 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr wzywa ten podmiot do wskazania miejsca przechowywania dokumentacji w wyznaczonym terminie, a po jego bezskutecznym upływie wskazuje miejsce przechowywania dokumentacji.

3. Jeżeli zadania podmiotu wykreślonego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przejmuje inny podmiot, podmiot ten przejmuje również dokumentację.

§ 80. W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lekarza w ramach praktyki lekarskiej albo zawodu pielęgniarki albo położnej w ramach praktyki pielęgniarki, położnej, odpowiednio lekarz, pielęgniarka albo położna wydają dokumentację na wniosek uprawnionych podmiotów, za pokwitowaniem.

Rozdział 7

Udostępnianie dokumentacji

§ 81. 1. Podmiot udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.

2. W przypadku udostępnienia dokumentacji w sposób określony w art. 27 pkt 3 ustawy należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

§ 82. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowa może być przekazana w postaci papierowej lub elektronicznej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest zachowanie formy pisemnej oraz podanie przyczyny odmowy.

Rozdział 8

Szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej

§ 83. Dokumentacja może być prowadzona w postaci elektronicznej, pod warunkiem prowadzenia jej w systemie teleinformatycznym zapewniającym:

1) zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą;
2) zachowanie integralności i wiarygodności dokumentacji;
3) stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych;
4) identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokonywanych przez te osoby zmian, w szczególności dla odpowiednich rodzajów dokumentacji przyporządkowanie cech informacyjnych, zgodnie z § 10 ust. 2;
5) udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML albo PDF;
6) eksport całości danych w formacie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
7) sporządzenie papierowych wydruków dokumentacji.

§ 84. 1. W przypadku gdy do dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej ma być dołączona dokumentacja utworzona w innej postaci, w tym zdjęcia radiologiczne lub dokumentacja utworzona w postaci papierowej, osoba upoważniona przez podmiot wykonuje odwzorowanie cyfrowe tej dokumentacji i umieszcza je w systemie informatycznym w sposób zapewniający czytelność, dostęp i spójność dokumentacji.

2. W przypadku wykonania odwzorowania cyfrowego, o którym mowa w ust. 1, dokumentacja jest wydawana na życzenie pacjenta albo niszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

§ 85. Utrwalenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej polega na zastosowaniu odpowiednich do ilości danych i zastosowanej technologii rozwiązań technicznych zapewniających przechowywanie, używalność i wiarygodność dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym co najmniej do upływu okresu przechowywania dokumentacji.

§ 86. 1. Udostępnianie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej następuje przez:

1) przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją;
2) dokonanie elektronicznej transmisji dokumentacji;
3) przekazanie papierowych wydruków - na żądanie uprawnionych podmiotów lub organów.

2. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej udostępnia się z zachowaniem jej integralności oraz ochrony danych osobowych.

3. W przypadku gdy dokumentacja prowadzona w postaci elektronicznej jest udostępniana w postaci papierowych wydruków, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza ich zgodność z dokumentacją w postaci elektronicznej i opatruje swoim oznaczeniem, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3. Dokumentacja wydrukowana powinna umożliwiać identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 ust. 2.

4. Do udostępniania dokumentacji w trybie określonym w § 78 i § 80 stosuje się odpowiednio przepisy ust. 1-3.

§ 87. W przypadku przeniesienia dokumentacji do innego systemu teleinformatycznego, do przeniesionej dokumentacji przyporządkowuje się datę przeniesienia oraz informację, z jakiego systemu została przeniesiona.

§ 88. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej sporządza się z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm, których przedmiotem są zasady gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących normy europejskie lub normy innych państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego przenoszące te normy uwzględnia się:

1) normy międzynarodowe;
2) Polskie Normy;
3) europejskie normy tymczasowe.

§ 89. 1. Dokumentację prowadzoną w postaci elektronicznej uważa się za zabezpieczoną, jeżeli w sposób ciągły są spełnione łącznie następujące warunki:

1) jest zapewniona jej dostępność wyłącznie dla osób uprawnionych;
2) jest chroniona przed przypadkowym lub nieuprawnionym zniszczeniem;
3) są zastosowane metody i środki ochrony dokumentacji, których skuteczność w czasie ich zastosowania jest powszechnie uznawana.

2. Zabezpieczenie dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej wymaga w szczególności:

1) systematycznego dokonywania analizy zagrożeń;
2) opracowania i stosowania procedur zabezpieczania dokumentacji i systemów ich przetwarzania, w tym procedur dostępu oraz przechowywania;
3) stosowania środków bezpieczeństwa adekwatnych do zagrożeń;
4) bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także okresowego dokonywania oceny skuteczności tych sposobów;
5) przygotowania i realizacji planów przechowywania dokumentacji w długim czasie, w tym jej przenoszenia na nowe informatyczne nośniki danych i do nowych formatów danych, jeżeli tego wymaga zapewnienie ciągłości dostępu do dokumentacji.

3. Ochronę informacji prawnie chronionych zawartych w dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej realizuje się z odpowiednim stosowaniem zasad określonych w odrębnych przepisach.

Rozdział 9

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 90. 1. Książeczka zdrowia dziecka, o której mowa w § 74, jest wydawana noworodkom urodzonym po dniu wejścia w życie rozporządzenia.

2. Książeczka zdrowia dziecka wydana przed dniem wejścia w życie rozporządzenia staje się książeczką zdrowia dziecka, o której mowa w § 74.

§ 91. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 73, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.[3)]

MINISTER ZDROWIA

Za zgodność pod względem prawnym i redakcyjnym

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Władysław Pizoń
radca prawny

[3)] Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów o zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 i 968 oraz z 2015 r. poz. 1201), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, na podstawie art. 2 ustawy z dnia 12 czerwca 2015 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1163).

2015 -09- 16
ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
Beata Rorant
14.09.15

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

Wydanie nowego rozporządzenia wynika z faktu, iż ustawą z dnia 12 czerwca 2015 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1163) nadane zostało nowe brzmienie upoważnieniu ustawowemu do wydania aktu wykonawczego, zobowiązujące Ministra Zdrowia do określenia wzorów niektórych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności książeczki zdrowia dziecka. Obecnie obowiązujące rozporządzenie zachowuje moc do czasu wydania nowych przepisów, nie dłużej niż do dnia 28 lutego 2016 r.

Projekt rozporządzenia w dużej mierze jest wzorowany na dotychczasowych przepisach, wprowadza natomiast zmiany porządkujące oraz dostosowujące do regulacji wynikających z innych aktów prawnych, w celu zapewnienia spójności porządku prawnego. W związku z powyższym:

1. Doprecyzowany został zakres danych, jakie powinno zawierać skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację specjalistyczną lub leczenie w przypadku, gdy są one finansowane ze środków publicznych, przez określenie, że zawiera ono kod resortowy stanowiący VIII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, analogicznie jak w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1447, z późn. zm.).

2. Proponuje się zmianę w zakresie dokumentacji medycznej Państwowego Ratownictwa Medycznego, uwzględniającą nową koncepcję systemu powiadamiania ratunkowego, zgodnie z którą dysponenci zespołów ratownictwa medycznego nie muszą posiadać w swojej strukturze stanowiska dyspozytora. W takim przypadku informacje dotyczące zgłoszenia zawarte byłyby w dokumentacji indywidualnej (karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego), która byłaby przechowywana przez dysponenta zespołu ratownictwa medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Dokumentacja zbiorcza byłaby natomiast tworzona i przechowywana przez centrum powiadamiania ratunkowego

(w systemie teleinformatycznym). W karcie zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego proponuje się ponadto zmianę kodów pilności wyjazdu, zgodnie z aktualnym brzmieniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 66).

3. Rozszerzone zostały regulacje dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku wystawiania recept dla siebie i członków najbliższej rodziny, na pielęgniarki i położne. Rozwiązanie to jest konsekwencją przyznania pielęgniarkom i położnym prawa do wystawiania recept, na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136). Podobnie jak w przypadku lekarzy, pielęgniarka i położna, byłaby zobowiązana do prowadzenia wykazu zawierającego podstawowe informacje o pacjencie oraz przepisanym leku, środku spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobie medycznym. Przepisy te wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2016 r.

W projekcie rozporządzenia proponuje się ponadto ujednolicenie przepisów dotyczących skierowania na badania diagnostyczne lub konsultacje specjalistyczne oraz skierowania do szpitala. Zakres danych i informacji jest w obu przypadkach jednakowy, zatem niecelowe jest tworzenie odrębnych regulacji.

W zakresie przepisów dotyczących okołooperacyjnej karty kontrolnej proponuje się wyłączenie jej stosowania w przypadku operacji w trybie natychmiastowym. Z uwagi na fakt, iż operacje takie są przeprowadzane natychmiast po podjęciu przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji, gdy stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równoczasowo z zabiegiem, prowadzenie karty kontrolnej wydaje się wymaganiem nadmiernym, nieuwzględniającym specyfiki sytuacji.

W celu doprecyzowania kwestii dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, w projekcie rozporządzenia proponuje się określenie zakresu informacji, jakie powinna ona zawierać. Ze względu na szczególny charakter udzielanych w tym trybie świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza pilność i incydentalność, wystarczające jest prowadzenie dokumentacji zbiorczej, tzn. księgi porad. Nie ma natomiast potrzeby prowadzenia dokumentacji indywidualnej.

Podobnie, jak w przypadku rozporządzenia poprzedzającego dokumentacja medyczna podzielona została na dokumentację podmiotów leczniczych (osobno ambulatoryjnych oraz stacjonarnych i całodobowych), praktyk zawodowych (lekarzy, pielęgniarek, położnych), dokumentację prowadzoną przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych uczniom. Dodatkową kategorię stanowiłyby szczególne rodzaje dokumentacji medycznej, do których proponuje się zaliczyć dokumentację lekarzy (a od 1 stycznia 2016 r. także pielęgniarek i położnych) wystawiających recepty dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych oraz rodzeństwa oraz książeczkę zdrowia dziecka, która funkcjonuje obecnie bez wyraźnej podstawy prawnej.

Niezmienione pozostają przepisy dotyczące przechowywania dokumentacji medycznej, gdyż ewentualne zmiany w tym zakresie wymagałyby uregulowania przedmiotowej kwestii w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (prace trwają).

Nadanie nowego brzmienia upoważnieniu ustawowemu do wydania rozporządzenia, umożliwia określenie w nim wzorów niektórych dokumentów, a nie tylko wskazania zakresu informacji i danych, jakie powinny zawierać. W związku z powyższym w projekcie rozporządzenia określa się wzór książeczki zdrowia dziecka oraz karty przebiegu znieczulenia. Książeczka zdrowia dziecka będzie zawierała najistotniejsze informacje o stanie zdrowia oraz innych czynnikach istotnych dla oceny rozwoju człowieka od urodzenia do osiągnięcia pełnoletności. Zaliczenie książeczki zdrowia dziecka do dokumentacji medycznej i umocowanie jej w przepisach prawa wzmocni rangę tego dokumentu, który obecnie funkcjonuje na zasadzie zwyczaju i dobrowolności. Obowiązek dokonywania w niej systematycznych wpisów przyczyni się do polepszenia opieki zdrowotnej nad dziećmi, dając lekarzom różnych specjalności dostęp do kompleksowej i usystematyzowanej wiedzy o dziecku i jego stanie zdrowia na kolejnych etapach rozwoju. Książeczki zdrowia dziecka byłyby wydawane wszystkim dzieciom urodzonym po dniu wejścia w życie rozporządzenia. Z uwagi na fakt, iż przed tym dniem, mimo braku podstawy prawnej, książeczki zdrowia dziecka były powszechnie wydawane, zostaną one uznane za równoważne.

Karta przebiegu znieczulenia nie jest nowym dokumentem w ramach dokumentacji medycznej, nowością jest natomiast określenie jej jednolitego wzoru, co przyczyni się do uporządkowania stosowanych procedur, a w konsekwencji do poprawy jakości świadczeń zdrowotnych.

W projekcie rozporządzenia proponowane są również zmiany mające na celu dostosowanie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej do wymogów jej prowadzenia w postaci elektronicznej. Z uwagi na fakt, iż do dnia 31 lipca 2017 r. podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić dokumentację medyczną zarówno w postaci papierowej, jaki i elektronicznej, konieczne jest uwzględnienie obu tych sytuacji w przepisach rozporządzenia, zwłaszcza że coraz więcej podmiotów wdraża elektroniczną dokumentację medyczną na coraz większą skalę.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące** Ministerstwo Zdrowia **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu** Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Beata Rorant – Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, tel. 22 63 49 277, b.rorant@mz.gov.pl	**Data sporządzenia** 15.09.2015 r. **Źródło:** Art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) **Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:** MZ 272

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Brak jednolitych i powszechnie obowiązujących wzorów dokumentacji medycznej istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta.
2. Brak spójności systemu prawa w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w związku z regulacjami wynikającymi z odrębnych przepisów.
3. Dostosowanie przepisów dotyczących prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej do wymagań wynikających z prowadzenia jej w postaci elektronicznej.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Proponuje się określenie wzoru książeczki zdrowia dziecka oraz karty przebiegu znieczulenia. Wprowadzenie książeczki zdrowia dziecka zapewni rodzicom, jak również lekarzom i innym osobom wykonującym zawód medyczny szybki dostęp do pełnej i usystematyzowanej informacji na temat zdrowia dziecka na poszczególnych etapach jego rozwoju, co pozwoli na wykrycie ewentualnych nieprawidłowości w możliwie wczesnym czasie i podjęcie koniecznej interwencji. Stosowanie jednolitego wzoru karty przebiegu znieczulenia zapewni ujednolicenie procedur stosowanych przy znieczuleniu, co przyczyni się do zwiększenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a zatem też bezpieczeństwa pacjentów. Ponadto, w celu zapewnienia spójności systemu prawa wprowadza się zmiany dostosowujące przepisy dotyczące dokumentacji medycznej do regulacji wynikających z innych przepisów, w szczególności uwzględniające wymogi prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Książeczka zdrowia dziecka jako dokument wydawany rodzicom albo opiekunom dziecka, dokumentujący stan jego zdrowia na poszczególnych etapach rozwoju występuje między innymi w Belgii, Danii, Francji, Hiszpanii, Portugalii, Niemczech, Luksemburgu, Szwajcarii. Zawarte w niej informacje stanowią źródło wiedzy nie tylko dla personelu medycznego, ale też dla rodziców, ułatwiają terminowe odbywanie wizyt kontrolnych oraz szczepień ochronnych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Pacjenci w wieku od urodzenia do uzyskania pełnoletności, ich rodzice	Rocznie ok. 400 tys. urodzonych dzieci oraz rodzice	GUS	Książeczka zdrowia dziecka zapewni dostęp do kompleksowej i usystematyzowanej wiedzy na temat zdrowia i rozwoju dziecka.
Podmioty wykonujące działalność leczniczą	153 tys.	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt ustawy nie był przedmiotem tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 21 dni następującym podmiotom: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność", Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80", Forum Związków Zawodowych,

Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej, Konfederacji „Lewiatan", Związkowi Rzemiosła Polskiego, Związkowi Pracodawców Business Centre Club, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Federacji Pacjentów Polskich, Obywatelskiemu Stowarzyszeniu - Dla Dobra Pacjenta, Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych, Fundacji „Blisko Ciebie".

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), projekt został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.
Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do OSR.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z ..... r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	*Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie) – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	4, 224
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie) – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	0, 384	4, 224

Źródła finansowania	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Spowoduje koszty dla podmiotów leczniczych.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	W Polsce rodzi się rocznie ok 400 tys. dzieci. Zakładając, że 80 % porodów odbywa się w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (SPZOZ), a koszt druku 1 egzemplarza książeczki zdrowia dziecka wyniesie 1,2 zł brutto, powstanie koszt w wysokości: 320 000 książeczek zdrowia dziecka x 1,2 zł = 384 000 zł rocznie. Karta przebiegu znieczulenia natomiast nie jest nowym dokumentem, a zmiana polega na wprowadzeniu jej jednolitego wzoru, który zastąpi dotychczas stosowane dokumenty. W związku z powyższym nie powstaną z tego tytułu nowe koszty dla podmiotów leczniczych.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	*Łącznie (0-10)*
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ..... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
	(dodaj/usuń)	
Niemierzalne	Rodziny z dziećmi	Posiadanie książeczki zdrowia dziecka zapewni rodzicom łatwy dostęp do kompleksowej i usystematyzowanej wiedzy o stanie zdrowia dziecka na poszczególnych etapach rozwoju.

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	X zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	X tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz:
Projektowana regulacja zwiększy liczbę dokumentów, gdyż wprowadza obowiązek wydawania nowych rodzajów dokumentacji medycznej (książeczki zdrowia dziecka).

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☐ informatyzacja X zdrowie

Omówienie wpływu	Projektowane regulacje służą uporządkowaniu i ujednoliceniu prowadzenia książeczki zdrowia dziecka (dotychczas funkcjonującej bez podstawy prawnej).

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Z uwagi na ważny i pilny charakter proponowanych rozwiązań prawnych planowane jest wejście w życie rozporządzenia po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ocena efektów projektu będzie możliwa od razu po wejściu w życie przepisów, na podstawie kontroli dokumentacji medycznej oraz realizacji praw pacjenta.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak

Załączniki do rozporządzenia

Ministra Zdrowia z dnia .... (poz. ...)

Załącznik nr 1

KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I MARTWYCH

1. **Czas trwania ciąży** oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego (wg reguły Naegelego).

2. **Poronieniem** określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 6 dni).

3. **Urodzeniem żywym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiekolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

4. **Urodzeniem martwym** określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

Załącznik nr 2

WZÓR

KARTA OBSERWACJI PORODU

2. Rozpoznanie przed porodem

1. Znak tożsamości (rok | mies | dzień urodzenia)

3. Nazwisko i imię ..... 4. Wiek ☐☐ 5. Para ☐☐☐ 6. Data ost. mies..... 7. Termin porodu .....

8. Rozpoczęcie obserwacji (data, godz.) ..... 9. Pierwsze skurcze prrodowe (data, godz.)..... 10. Bóle parte (data, godz.) ..... 11. Poród (data, godz.) .....

12. Położenie główkowe ☐ miednicowe ☐ poprzeczne ☐ skośne ☐ nieokreślone ☐ 13. Ustawienie pierwsze ☐ drugie ☐ nieokreślone ☐ 14. Ułożenie główki przygięciowe ☐ nieokreślone ☐ 20. Tydzień ciąży .....

15. Asynklityzm przedni ☐ tylny ☐ 16. Wysokie proste ☐ 17. Zwrot nieprawidłowy ☐ 18. Niskie poprzeczne ☐ wiechchołkowe ☐ czołowe ☐ twarzowe ☐ 19. Pęcherz płodowy pękł ☐ przebity ☐ data .....

21. Godziny, doby-data																			
22. Poród (ile godzin trwa)																			
23. Odpłynięcie wód (godziny)																			
24. Krwawienie tak nie																			
25. Tętno rodzącej (na min.)																			
26. Ciśnienie krwi (RR)																			
27. Ciepłota ciała "C"																			
28. Tętno płodu na minutę	80																		
okres: pierwszy / drugi	70																		
0. Brak tętna	60																		
1. Prawidłowe	50																		
2. Szybkie	40																		
3. Zwolnione	30																		
4. Wah. Małe	20																		
5. Wah. Duże	10																		
6. Nieokreślone	100																		
	90																		
	80																		
	70																		
	60																		
29. Smółka																			
30. Rozwarcie ujścia																			
31. Skurcze – częstość na kwadrans																			
31. Skurcze – ile sekund trwają																			
32. Napięcie macicy – 1 wzmożone																			
32. Napięcie macicy – 2 średnie																			
32. Napięcie macicy – 3 obniżone																			
33. Odczuwanie bólu – 1 znosi dobrze																			
33. Odczuwanie bólu – 2 opanowuje się																			
33. Odczuwanie bólu – 3 podniecona																			
34. Część przodująca – 1 nad wchodem																			
34. Część przodująca – 2 we wchodzie																			
34. Część przodująca – 3 w próżni																			
35. Leki podawane																			

36. Obserwował (a) .....
.....
(tytuł, stanowisko)

37. Kontrolował .....
.....
(tytuł, stanowisko)

38. Rozpoznanie po porodzie

Załącznik nr 3

WZÓR

KARTA PRZEBIEGU ZNIECZULENIA

Rodzaj znieczulenia
- ☐ ogólne
- ☐ z protezowaniem dróg oddechowych

Imię i nazwisko pacjenta	Wiek pacjenta	Grupa krwi i czynnik Rh	Waga	ASA	☐ ogólne ☐ bez protezowania dróg oddechow ☐ zewnątrzoponowe	☐ podpajęczynówkowe ☐ sedacja ☐ inne.....	Numer Sali Op.
		Rodzaj operacji		Data zabiegu		☐ Tryb normaln ☐ Tryb ostry	Oddział

Godzina						Suma
Przepływ l/min.						
$O_2/N_2O/Air$						
SpO_2						
Et CO_2						
MV (f x TV)						
CVP /PEEP						
TEMP.						

210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100

90 80 70 60 50 40 30 20

SYMBOLE
- ⊗ początek, koniec znieczulenia
- ⊙ początek, koniec operacji
- ..... tętno
- T intubacja
- eksubacja
- V
- Λ
- BP nieinwazyjne
- ⊥ / T
- BP inwazyjne

Diureza					
Krwawienie					
Ułożenie	Przetaczane płyny				
Płyny infuzyjne					

Aparat anest.	Intubacja	☐ Usta ☐ Nos	☐ Tracheost. ☐ LMA	Fiberoskop / Maska	Bougie / Trudna intub.	Nr rurki / maski		Ochrona oczu / Sonda żołądkowa	Czas znieczulenia / Czas zabiegu
Dostęp żylny	☐ Centralny ..... drożny			☐ Obwodowy ..... G		Cormack / Lehane		Znieczulenie/cewnik ZO/PP lub inne miejscowe	
Powikłania				Kaniula tętnicza / Test Allena					
Pozostałe informacje									

Specjalista anestezjolog			Pielęgniarka anestezjologiczna I	Operator
Oznaczenie lekarza	S	N	Oznaczenie pielęgniarki	Oznaczenie lekarza
Lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego			Pielęgniarka anestezjologiczna II	Anestezjolog - obserwator
Oznaczenie lekarza			Oznaczenie pielęgniarki	Oznaczenie lekarza

Stan pacjenta przy przekazaniu: Świadomość	Oddech	Siła mięśniowa	RR	Tętno	Przekazany	☐ Oddział macierzysty ☐ Oddział pooperacyjny ☐ Oddział Intensywnej Terapii	Czas przekazania Oznaczenie lekarza

UWAGA ewentualną zmianę anestezjologa podczas zabiegu należy wyraźnie zaznaczyć z uwzględnieniem godziny, o której zmiana nastąpiła

Załącznik nr 4

WZÓR

KARTA ZLECENIA WYJAZDU ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) | Miejsce wyczekiwania ZRM (adres)

I - PRZYJĘCIE WEZWANIA

Jednostka przyjmująca zgłoszenie | Kod przyjmującego dyspozytora medycznego | Nr zlecenia wyjazdu: | Data przyjęcia wezwania (rrrr-mm-dd): | Czas przyjęcia wezwania (gg:mm):

Adres lub nazwa miejsca zdarzenia:

Miejscowość: | Ulica | Nr domu: | Nr lokalu: | Piętro: | Klatka:

Opis miejsca zdarzenia: | Współrzędne geograficzne

Powód wezwania:

Kod pilności* | Wywiad - opis:

Dane pacjenta:

Nazwisko i imię: | Wiek pacjenta: lat: m-cy: dni: | Określenie wieku: ☐ dziecko ☐ dorosły | Płeć: ☐ M ☐ K

Dane wzywającego:

Nazwisko i imię.

Określenie wzywającego
☐ osobiście ☐ Straż Pożarna ☐ Policja
☐ lekarz ☐ Straż Miejska ☐ inne.....

Sposób wezwania
☐ automat telefoniczny
☐ radiotelefon
☐ teleinformatycznie
☐ telefonicznie
nr telefonu wzywającego:
.....

Powiadomiono
☐ Straż Poż.
☐ Policja
☐ insp. sanitarny
☐ inne.....

Uwagi:

II - PODJĘCIE DECYZJI

Decyzja dotycząca wyjazdu:
☐ zadysponowanie własnego ZRM
☐ zadysponowanie ZRM innego dysponenta
☐ przekazanie innemu dyspozytorowi ZRM
☐ odwołanie ZRM

Identyfikator ZRM: | Identyfikator pojazdu:

Rodzaj wyjazdu:
☐ na sygnale
☐ zwykły

Typ zespołu:
☐ specjalistyczny
☐ podstawowy

Data i czas przekazania zlecenia do ZRM:

Skład ZRM: - zawód: Kierownik**
..... - ☐
..... - ☐
..... - ☐
..... - ☐

Zlecenie przekazano do:
.....
czas: godz.....min.....
kod dysp.med.:.....

Zlecenie odwołał:
imię i nazwisko osoby odwołującej ZRM:
.....
czas: godz.....min.....
kod dysp.med.:.....

Zlecenie przekazano przez:
☐ radio ☐ tel. ☐ inform.
Kod dyspozytora medycznego zlecającego wyjazd ZRM:

III - REALIZACJA ZLECENIA

Udzielono pomocy: ☐ w rejonie operacyjnym ☐ poza rejonem operacyjnym
☐ pacjent pozostał w miejscu zdarzenia
☐ udzielono pomocy i przewieziono do:
.....
☐ IP/SOR ☐ centrum urazowe ☐ inne
☐ jednostki wyspecjalizowanej szpitala
☐ przekazano lotniczemu ZRM
☐ brak pacjenta w miejscu zdarzenia
☐ pacjent nie wyraża zgody na udzielenie pomocy

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na:
☐ udzielenie pomocy medycznej
☐ przewiezienie do szpitala
Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.
data.....godz.....
podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego
.....

CZASY REALIZACJI ZLECENIA

Czas wyjazdu ZRM:
godz.....min.....
Czas przybycia do miejsca zdarzenia:
godz.....min.....
Czas przekazania pacjenta w IP/SOR / innym:
godz.....min.....
Czas powrotu do miejsca wyczek. / zak. zlec.
godz.....min.....

IV - ZGON

Zgon nastąpił
przed przybyciem ZRM ☐ | w trakcie med. czyn. rat. ☐ | w trakcie transportu ☐

Czas stw. zgonu / odstąpienia***
☐☐:☐☐

Podejrzenie popeł. przest.
Tak ☐ Nie ☐

Powiadomiono
Policja ☐ insp. sanit. ☐
inne.....

Wydano Kartę zgonu
Tak ☐ Nie ☐

V - PODSUMOWANIE

Wydano Kartę Medycznych Czynności Ratunkowych
pacjent ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ szpital ☐ inne:.....

Zabiegi dezynfekcyjne po zak. wyjazdu
Wykonano ☐ Nie wykonano ☐

Wyst. Kartę Zgłoszenia Choroby Zakaźnej
Tak ☐ Nie ☐

Procedury medyczne udzielone przez ZRM (ICD9)

Oznaczenie kierownika ZRM

* 1 - Niezbędny natychmiastowy wjazd ZRM o najkrótszym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia, 2 - Niezbędny wyjazd wolnego ZRM ** Zaznaczyć kierownika ZRM
*** Odstąpienie od medycznych czynności ratunkowych - dotyczy zespołu bez lekarza.

Załącznik nr 5

WZÓR

KARTA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Oznaczenie dysponenta zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) | Kod ZRM realizującego zlecenie: | Nr zlecenia wyjazdu:

I - WYWIAD

MIEJSCE ZDARZENIA
w domu ☐
w miejscu publicznym ☐
w ruchu uliczno-drog. ☐
w pracy ☐ w szkole ☐
w rolnictwie ☐

II - BADANIE

GLASGOW-COMA-SCALE

OTWIERANIE OCZU
spontanicznie....4
na głos....3
na ból....2
brak....1

REAKCJA SŁOWNA
zorientowany....5
splątany....4
niewłaściwe słowa....3
niezrozumiałe dźwięki....2
brak....1

REAKCJA RUCHOWA
wykonuje polecenia....6
lokalizacja bólu....5
ucieczka od bólu....4
zgięciowa....3
wyprostna....2
brak....1

SUMA ☐☐

RTS

CZ. ODDECHÓW
10-29....4
>29....3
6-9....2
1-5....1
brak....0

RR SKURCZOWE
>89....4
76-89....3
50-75....2
1-49....1
0....0

GCS
13-15....4
9-12....3
6-8....2
4-5....1
3....0

SUMA ☐☐

UKŁAD ODDECHOWY

częstość oddechów... ☐☐/min
duszność..... T N
sinica..... T N
bezdech..... T N

	L	P
szmer prawidł...	☐	☐
furczenie...	☐	☐
świsty...	☐	☐
trzeszczenie...	☐	☐
rzężenie...	☐	☐
brak szmeru...	☐	☐
Inne:...	☐	☐

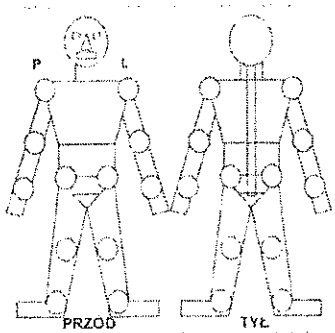
Saturacja.... ☐☐ %

ŹRENICE

Reakcja na światło:	L	P
prawidłowa...	☐	☐
powolna...	☐	☐
brak...	☐	☐
szerokość:	L	P
normalna...	☐	☐
wąska...	☐	☐
szeroka...	☐	☐

CIŚNIENIE TĘTNICZE
☐☐☐/☐☐☐ mm Hg

TĘTNO miarowe ☐
☐☐☐/min niemiar. ☐



☐ brak obrażeń
O Złamanie otwarte
Z Złamanie zamknięte
W Zwichnięcie
S Stłuczenie
R Rana
K Krwotok z rany
M Zmiażdżenie
A Amputacja
N Ból nieurazowy
P Oparzenie
☐ stopnia ☐☐☐ %
☐ stopnia ☐☐☐ %
☐ oparzenie wziewne

Obrażenia anatomiczne kwalifikujące do centrum urazowego
☐ penetrujące rany głowy i tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha
☐ amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia
☐ rozległe zmiażdżenia kończyn
☐ uszkodzenie rdzenia kręgowego
☐ złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów
☐ złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy

OBJAWY
wstrząs..... T N
NZK..... T N
obj. oponowe... T N
drgawki..... T N
afazja..... T N
wymioty..... T N
biegunka..... T N
krwawienie..... T N
obrzęki..... T N
zasłabnięcie.... T N

INNE
ciąża..... T N
poród..... T
chor. zakaźna. T

SKÓRA

Wygląd:
w normie..... ☐
blada..... ☐
rumień..... ☐
zażółcenie... ☐
sinica obw... ☐
sinica centr.. ☐

Wilgotność:
w normie..... ☐
wilgotna..... ☐
sucha..... ☐

Temperatura:
w normie..... ☐
chłodna..... ☐
ciepła..... ☐

JAMA BRZUSZNA
w normie..... ☐
bolesność palpacyjna..... ☐
brak perystaltyki.... ☐
objawy otrzewnowe... ☐

OCENA PSYCHO-RUCH.
w normie..... ☐
spowolniały... ☐
pobudzony.... ☐
agresywny.... ☐

TONY SERCA
czyste/głośne..... ☐
stłumione..... ☐
inne:..... ☐

NIEDOWŁAD / PORAŻENIE

	L	P
kończyna górna	☐	☐
kończyna dolna	☐	☐

ZAPACH Z UST
rozpuszczalnik org.. ☐
alkohol..... ☐
inne:..... ☐

POZIOM GLUKOZY ☐ mg% ☐ g/l

EKG
Rytm zatokowy.. ☐
Tachykardia nadkomorowa... ☐
Tachykardia komorowa..... ☐
Migotanie/trzepotanie przedsionków.... ☐
AV blok..... ☐
sVES..... ☐
VES..... ☐
VF/VT..... ☐
Asystolia..... ☐
PEA..... ☐
Rozrusznik..... ☐
OZW..... ☐
Zawał:..... ☐
Inne:.....

OPIS

III - ROZPOZNANIE

OPIS

KOD ICD10	KOD ICD10	KOD ICD10

IV - POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM

CZYNNOŚCI

odsysanie..... ☐	defibrylacja..... ☐	kołnierz..... ☐	linia żyl. obw..... ☐
went. workiem.... ☐	stymulacja zew.... ☐	deska ortoped..... ☐	linia żyl. cent..... ☐
rurka UG..... ☐	kardiowersja..... ☐	materac próż..... ☐	cewnikowanie..... ☐
intubacja..... ☐	masaż serca..... ☐	unieruchomienie. ☐	sonda żołąd..... ☐
respirator..... ☐	EKG..... ☐	opatrunek..... ☐	monitorowanie.... ☐
tlenoter. bierna... ☐	teletransmisja..... ☐	inne.....	

ZALECENIA / UWAGI KIEROWNIKA ZESPOŁU

ZASTOSOWANE LEKI, WYROBY MED. (nazwa, dawka, droga podania)

V - DANE PACJENTA I PRZEKAZANIE PACJENTA

DANE PACJENTA

Imię: .....

Nazwisko: .....

Adres zamieszkania:.....

ul:.....nr:.....m:.....

Rodz. i nr. dok. tożsamości: .....

.....

Ident. NFZ: ☐☐☐

Data urodzenia / wiek: ☐☐☐☐☐☐ ☐☐

NUMER PESEL pacjenta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Oznaczenie kierownika ZRM: ☐☐☐☐

data udzielenia pomocy .....

Decyzja podmiotu leczniczego:
☐ Przyjęcie pacjenta ☐ Odmowa przyjęcia

Oznaczenie IP/SOR | Oznaczenie osoby przyjmującej

Przekazanie pacjenta w IP/SOR / innym:

data.....godz.....min.....

Stwierdzenie zgonu / odstąpienie od med. czynności rat.

data.....godz.....min.....

Załącznik nr 6

WZÓR

KARTA MEDYCZNA

LOTNICZEGO ZESPOŁU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO NR KARTY

I IMIĘ I NAZWISKO PRZYJMUJĄCEGO WEZWANIE — DATA I GODZINA PRZYJĘCIA WEZWANIA

II MIEJSCE ZDARZENIA

III RODZAJ MISJI: lot HEMS ○ lot transportowy ○ lot transportowy z inkubatorem ○ inne _____

IV WZYWAJĄCY: dyspozytor LZRM[1] ○ CPR ○ _____ inne ○ _____

V PŁEĆ K ○ M ○ WIEK ____ DATA UR. _____ NAZWISKO, IMIĘ NN

PESEL ____ ULICA, NR DOMU NN

UBEZP. TAK NIE / NFZ INNE _____ MIEJSCOWOŚĆ, KOD NN

VI POMOC MEDYCZNA UDZIELONA PRZED PRZYBYCIEM LZRM[1] - CZYNNOŚCI, LEKI

Defibrylacja (ost.) ____ J Stymulacja _____ ○ Inne _____

Tlenoterapia ____ l/min. Intubacja Ø ____ Rurka u-g ○

Respirator $^{TV}/_{P_{aw}}$ ____ f ____ FiO2 ____ $^{PEEP}/_{CPAP}$ ____ Drenaż opłucnej P L ____ Ch

Kołnierz ○ Deska ort. ○ Materac pr. ○ Opatrunek ○ Unieruchomienie ○

Linia żyl. obw. ____ G Linia żyl. obw ____ G Linia żyl. centr. ____ G Tętnica ○

Odsysanie ○ Temp. inkubatora ____ °C Cewnik moczowy ○ Sonda żołądkowa ○

Przemieszczanie pacjenta: tak ○ nie ○ Inne _____

POSTĘPOWANIE

MEDYCZNE CZYNNOŚCI RATUNKOWE WYKONANE PRZEZ LZRM[1] - CZYNNOŚCI, LEKI

VII

GLASGOW-COMA-SCALE

OTWIERANIE OCZU
spontaniczne 4
na głos 3
na ból 2
brak 1
REAKCJA SŁOWNA
zorientowany 5
splątany 4
niewłaściwe słowa 3
niezrozumiałe dźwięki 2
brak 1
REAKCJA RUCHOWA
wykonuje polecenia ...6
lokalizacja bólu 5
ucieczka od bólu 4
zgięciowa 3
wyprostna 2
brak 1
SUMA

RTS

CZĘSTOŚĆ ODDECHÓW
10–29 4
>29 3
6-9 2
1-5 1
brak 0
CIŚNIENIE SKURCZOWE
>89 4
76-89 3
50-75 2
1-49 1
0 0
GCS
13–15 4
9–12 3
6-8 2
4-5 1
3 0
SUMA

SEDACJA ○

ZWIOTCZENIE ○

ŹRENICE

Reakcja na światło:	L	P
prawidłowa	○	○
brak	○	○
Szerokość:	L	P
normalna	○	○
wąska	○	○
szeroka	○	○

OBJAWY OPONOWE T N

DRGAWKI T N

NIEDOWŁAD / PORAŻENIE T N

kończyna górna L P

kończyna dolna L P

UKŁAD ODDECHOWY

duszność T N

ilość oddechów/min. ____

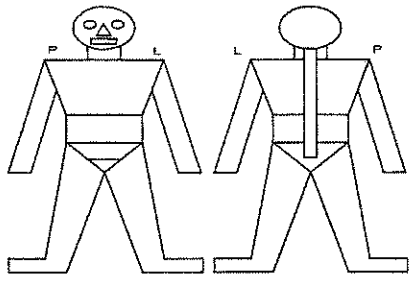
sinica T N

bezdech T N

	L	P
szmer prawidłowy	○	○
furczenia	○	○
świsty	○	○
trzeszczenia	○	○
brak szmeru	○	○

INNE _____

SZACUNKOWA UTRATA KRWI ____ ml



○ bez obrażeń
X złamania otwarte
złamania zamknięte
⊗ zwichnięcia
● stłuczenia
V rany
✳ zmiażdżenia
↧ amputacje
◇ oparzenie ..... st. ..... %
oparzenie ..... st. ..... %
ϟ oparzenia elektryczne
+ ból nieurazowy

VIII Tętno ● ● Ciśnienie tętnicze Intubacja Masaż serca Defibrylacja ϟ Oddech własny ○ Oddech zastępczy ● Podanie leku ↓ Lek / pompa →

SATURACJA

KAPNOGRAFIA

200 180 160 140 120 100 80 60 40

DIUREZA

DRENAŻ

GODZINA __ 15' 30' 45' __ 15' 30' 45' __

EKG

Rytm zatokowy ○
Tachykardia nadkomorowa ○
Tachykardia komorowa ○
Migotanie/trzepotanie przedsionków ○
AV blok ____° ○
sVES ○
VES ○
VF/VT ____ ○
Asystolia ○
PEA ○
Stymulator ○

SKÓRA

Kolor: prawidłowy ○ blada ○ rumień ○ zażółcenie ○
sinica: obwodowa ○ centralna ○
Wilgotność sucha ○ wilgotna ○

NACA ____

POZIOM GLUKOZY ____

IX

1		:
2		:
3		:
4		:
5		:
6		:

Defibrylacja (ost.) ____ J Stymulacja _____ ○ Inne _____

Tlenoterapia ____ l/min. Intubacja Ø ____ Rurka u-g ○

Respirator $^{TV}/_{P_{aw}}$ ____ f ____ FiO2 ____ $^{PEEP}/_{CPAP}$ ____ Drenaż opłucnej P L ____ Ch

Kołnierz ○ Deska ort. ○ Materac pr. ○ Opatrunek ○ Unieruchomienie ○

Linia żyl. obw. ____ G Linia żyl. obw ____ G Linia żyl. centr. ____ G Tętnica ○

Odsysanie ○ Temp. inkubatora ____ °C Cewnik moczowy ○ Sonda żołądkowa ○

Inne _____

Start ____ → Lądowanie ____ **Przy pacjencie** ____ Start ____ → Lądowanie ____ **Przekazanie pacjenta** ____ Start ____ → Lądowanie ____

1) Lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego

OPIS STANU ZDROWIA PACJENTA

ROZPOZNANIE Kod ICD

UWAGI

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Poinformowany, świadomy możliwości bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, nie wyrażam zgody na przyjęcie proponowanej pomocy medycznej, w tym ewentualny transport realizowany przez LZRM [1].
Oświadczam również, że udzielono mi wyczerpujących informacji o stanie mojego zdrowia oraz uzyskałem odpowiedzi na zadawane przeze mnie pytania.

Data _____ Godzina __ : __ Podpis pacjenta _____
lub jego przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko świadka (opcjonalnie) _____ Podpis świadka (opcjonalnie) _____

PODSUMOWANIE: Przekazano zespołowi ratownictwa medycznego [ ]

Transport do szpitala [ ]

Udzielono pomocy na miejscu ○ Wydano kartę medyczną LZRM [1] ○

Misja przerwana/odwołana ○ Odstąpiono od transportu ○ Wezwanie fałszywe ○

Zgon przed przybyciem zespołu ○ Zgon na miejscu zdarzenia ○ Zgon podczas transportu ○

Wydano kartę zgonu ○ Czas stwierdzenia zgonu: [ ][ ] : [ ][ ]

Oznaczenie lekarza LZRM [1]

Oznaczenie osoby przejmującej pacjenta

Po zapoznaniu się ze stanem pacjenta potwierdzam przejęcie pacjenta wraz z dokumentacją od LZRM [1]

Godzina __ : __

Data _____

_____
Oznaczenie lekarza [2]

1) Lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego

2) W przypadku przekazania pacjenta zespołowi ratownictwa medycznego bez lekarza oznaczenie osoby kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

Załącznik nr 7

WZÓR

KSIĄŻECZKA ZDROWIA DZIECKA

Ministerstwo Zdrowia

1. Książeczkę zdrowia dziecka należy przechowywać w sposób uniemożliwiający osobom nieuprawnionym dostęp do zawartych w niej informacji.
2. Książeczkę zdrowia dziecka należy okazywać przy każdym badaniu profilaktycznym, w tym również badaniu stomatologicznym, w celu dokonania wpisu przez lekarza, położną lub pielęgniarkę.
3. Obowiązkiem rodziców jest zgłaszanie się z dzieckiem na szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym.
   (art. 17 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.)

Spis treści

Dane osobowe dziecka 4
Informacje o rodzicach/opiekunach dziecka 4
Okres prenatalny (ciąża) 5
Poród 7
Stan noworodka po urodzeniu 8
Obserwacja noworodka 9
Informacje dotyczące noworodka w dniu wypisu ze szpitala 11
Wizyty patronażowe 14
Terminy kolejnych wizyt profilaktycznych w gabinecie lekarskim 18
Badania profilaktyczne 0- 4. rok życia. 19
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej dziecka do ukończenia 4 roku życia .. 39
Badania profilaktyczne 5-19. rok życia 40
Badanie stanu uzębienia oraz zdrowia jamy ustnej 56
Przebyte choroby zakaźne 57
Konsultacje specjalistyczne 58
Uczulenia i reakcje anafilaktyczne 60
Hospitalizacje 61
Zaopatrzenie w sprzęt i wyroby medyczne 63
Zwolnienia z zajęć sportowych 64
Uwagi 65

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

1. Nazwisko.....
2. Imię/imiona.....
3. Data urodzenia (rrrr-mm-dd-gg-mm).....
4. Miejsce urodzenia.....
5. Płeć męska ☐ żeńska ☐
6. PESEL

7. Grupa krwi i czynnik Rh[1)].....
   Wpisane na podstawie badania nr.....

Data.....

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu.....

II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego.....
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego.....
3. Numer telefonu kontaktowego rodziców/opiekunów prawnych.....

[1)] jeżeli oznaczono po urodzeniu

III. OKRES PRENATALNY (CIĄŻA)

1. Wiek matki:.....
2. Grupa krwi matki..... Rh.....
3. Podano immunoglobulinę anty-D TAK ☐ NIE ☐
4. Ciąża (która z kolei) ..... pojedyncza ☐ wielopłodowa ☐
5. Narażenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży .....
   .....
   .....
   .....

   (rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży.....
   .....

   (rodzaj szczepienia; wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży.....
   .....

   (dawki, okres przyjmowania; wiek ciąży)
8. Przebieg ciąży:

   nieprawidłowości pępowiny ☐
   wielowodzie ☐
   małowodzie ☐
   hipotrofia płodu symetryczna ☐
   hipotrofia płodu asymetryczna ☐
   wady w budowie ciała płodu ☐
   nieprawidłowe położenie płodu ☐
   osłabione ruchy płodu ☐
   drgawki u płodu ☐
   zaburzenia czynności serca płodu ☐
   niedokrwistość ☐
   niedoczynność tarczycy ☐
   nadczynność tarczycy ☐
   cukrzyca ciężarnych ☐
   cukrzyca typu I ☐
   choroby serca ☐

   nadciśnienie ☐
   drgawki ☐
   omdlenia ☐
   inne.....
   .....

Data.....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę.....

IV. PORÓD

1. Miejsce urodzenia: szpital ☐ dom ☐ inne ☐
2. Oznaczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą.....
   .....
   .....
3. Tydzień ciąży .....
4. Poród: spontaniczny ☐ indukowany ☐

   pojedynczy ☐ mnogi ☐ dziecko, które z kolei.....

   siłami natury ☐ zabiegowy ☐

   cięcie cesarskie ☐ kleszcze ☐ vacuum ☐ pomoc ręczna ☐
5. Przebieg porodu:

   nieprawidłowe położenie/ułożenie płodu ☐ nieprawidłowa czynność skurczowa

   macicy ☐ stan septyczny ☐ krwawienie w I okresie ☐
6. Objawy zagrożenia płodu.....
   .....
7. Czas trwania I okresu..... czas trwania II okresu.....
8. Wskazania do porodu zabiegowego.....
   .....
9. Płyn owodniowy: przejrzysty ☐ mętny ☐ zielony ☐ żółty ☐ krwisty ☐

   cuchnący ☐ brak ☐

   odpłynął: w czasie porodu ☐ ..... godzin przed porodem
10. Sposób łagodzenia bólu porodowego.....
    .....
11. Leki stosowane w czasie porodu.....
12. Uwagi.....
    .....
    .....

Data.....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę.....

V. STAN NOWORODKA PO URODZENIU

1. Urodzeniowa masa ciała .....g centyl.....
2. Długość .....cm
3. Obwód głowy .....cm centyl.....
4. Obwód klatki piersiowej .....cm
5. Ocena wg skali Apgar

Minuta życia:	1.	3.	5.	10.	(odchylenia w badaniu):
Czynność serca					
Oddech					
Napięcie mięśni					
Odruchy					
Zabarwienie skóry					
RAZEM pkt.					

6. Postępowanie z noworodkiem po urodzeniu

   odśluzowano ☐

   osuszono ☐

   zaopatrzono pępowinę ☐

   zabieg Credego ☐

   witamina K ☐

   podano tlen ☐ od..... do .....min.

   sztuczna wentylacja ☐ od..... do .....min.

   intubacja ☐ w .....min.

   masaż serca ☐ od..... do .....min.

   cewnikowanie naczyń pępowinowych ☐
7. Krew pępowinowa: (tętnica, żyła) pH .....BE .....inne.....
8. Saturacja (mierzona na prawej kończynie górnej, między 2. a 24. godz. życia).....
9. Echo serca (gdy saturacja poniżej 96 %) .....
10. Leki.....
    .....
11. Kontakt noworodka z matką „skóra do skóry" ☐
    Czas trwania....., jeżeli krócej niż 2 godziny powód przerwania:.....
    .....
12. Czy dziecko zaczęło ssać pierś: TAK ☐ NIE ☐

Data.....

Oznaczenie osoby sprawującej opiekę.....

VI. OBSERWACJA NOWORODKA W ODDZIALE NOWORODKOWYM

1. Najniższa masa ciała: .....g w .....dobie
2. Karmienie: naturalne ☐ sztuczne ☐ mieszane ☐ preparat .....
3. Zadawalająca koordynacja procesu ssanie-połykanie ☐ dziecko żywotne ☐ prawidłowy rytm sen/czuwanie ☐ adekwatne do sytuacji reakcje na: dotyk ☐ dźwięk ☐ światło ☐ zmianę pozycji ciała ☐
4. Żółtaczka fizjologiczna: od ..... do .....doby
   Maksymalne stężenie bilirubiny .....w .....dobie
5. Inne.....
   .....
6. Badanie przedmiotowe lekarskie.....
   .....
   .....
7. Poszerzone badanie kliniczne noworodka ☐ data i godzina.....
8. Uwagi.....
   .....
   .....
9. Wyniki badań dodatkowych.....
   .....
   .....
   .....
10. Stan pediatryczny wymagający przejściowej obserwacji (do 7 dni) ☐
11. Rozpoznania i epikryza .....
    .....
    .....
    .....
    .....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

VII. DODATKOWA INFORMACJA O POBYCIE W SZPITALU

Rozpoznania i epikryza.....

.....

.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

VIII. DANE NOWORODKA W DNIU WYPISU ZE SZPITALA ALBO PRZEKAZANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM URODZONYM W WARUNKACH POZASZPITALNYCH POD OPIEKĘ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Data (rrrr-mm-dd-gg-mm).....
2. Wiek kalendarzowy..... wiek postkoncepcyjny .....
3. Masa ciała .....g centyl .....
4. Długość ciała .....
5. Obwód głowy .....cm centyl.....
6. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe.....
7. Badanie przedmiotowe .....
   .....
   .....
8. Noworodek wypisany ze szpitala do domu ☐ do innego oddziału ☐ na żądanie rodziców ☐
9. Stan noworodka w dniu wypisu albo przekazania opieki zdrowy, bez zastrzeżeń ☐ wymaga dalszej obserwacji, diagnozowania albo leczenia ☐
10. Szczepienia obowiązkowe TAK ☐ NIE ☐
11. Badania przesiewowe

    Pobrano krew na bibułę: TAK ☐ NIE ☐

    Kod bibuły I i data pobrania.....

    Kod bibuły II i data pobrania.....

    Jeżeli nie pobrano bibułę z kodem.....
    przekazano.....
12. Inne badania pobrane w dniu wypisu.....

    Badanie słuchu I

    Data badania (rrrr-mm-dd).....

    Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

    Badanie słuchu II

    Data badania (rrrr-mm-dd).....

    Wynik badania: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐
13. Wrodzone wady rozwojowe.....
14. Zgłoszono do rejestru wrodzonych wad rozwojowych w dniu .....
15. Zalecenia lekarskie:.....
    .....
16. Zalecone konsultacje specjalistyczne i badania.....

.....

USG stawów biodrowych.....

Badanie okulistyczne (w przypadku niemowląt urodzonych przed 36 tygodniem ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu oraz wymagających intensywnej tlenoterapii i fototerapii).....

17. Przepisane leki, w tym witaminy i mikroelementy.....
    .....
18. Inne.....
19. Karmienie.....
    .....
20. Zalecenia pielęgnacyjne.....
    .....
    .....
21. Poinformowano o czynnikach ryzyka nagłej śmierci łóżeczkowej TAK ☐ NIE ☐
22. Przeprowadzono instruktaż karmienia piersią TAK ☐ NIE ☐
23. Poinformowano o konieczności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej TAK ☐ NIE ☐
24. Poinformowano o konieczności wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej TAK ☐ NIE ☐

Data.....

Oznaczenie lekarza wypisującego noworodka ze szpitala albo osoby prowadzącej poród.....
.....

IX. SZCZEPIENIA

Wykonane szczepienia należy odnotować w książeczce szczepień wydanej na podstawie art. 17 ust. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), dołączonej do książeczki zdrowia dziecka.

X. WIZYTA PATRONAŻOWA LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 1-2. tydzień życia

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkoncepcyjny[2)].....
2. Masa ciała .....kg centyl.....
3. Długość ciała .....cm centyl .....
4. Obwód głowy..... cm centyl.....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej - guzki Bohna, perły Ebsteina, nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
8. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego) .....
   .....
9. Ocena neurorozwojowa.....
10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

    Zauważone niepokojące objawy: trudności ze ssaniem ☐ połykaniem ☐ bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ płacz przenikliwy ☐ kwilenie ☐ brak reakcji na dźwięki ☐

    Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy)
    .....
    .....
    .....
11. Warunki mieszkaniowe: bardzo dobre ☐ dobre ☐ przeciętne ☐ złe ☐
12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

[2)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

13. Zalecenia.....
14. Porada żywieniowa.....
.....
Żywienie ..... witaminy.....
15. Konsultacje.....
16. Badania.....

Data.....
Oznaczenie lekarza.....

XI. WIZYTY PATRONAŻOWE POŁOŻNEJ, PIELĘGNIARKI

1. Data I. wizyty.....
2. Wiek dziecka.....
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data.....
Oznaczenie położnej, pielęgniarki.....

1. Data II. wizyty.....
2. Wiek dziecka.....
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
.....
.....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
.....
6. Data następnej wizyty.....

Data.....
Oznaczenie położnej, pielęgniarki.....

1. Data III. wizyty.....
2. Wiek dziecka.....
3. Opis wizyty.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
   .....
6. Data następnej wizyty.....

Data.....

Oznaczenie położnej, pielęgniarki.....

1. Data IV. wizyty.....
2. Wiek dziecka.....
3. Opis wizyty.....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....
4. Sposób żywienia noworodka.....
5. Zalecenia.....
   .....
6. Data następnej wizyty.....

Data.....

Oznaczenie położnej, pielęgniarki.....

XII. TERMINY KOLEJNYCH WIZYT PROFILAKTYCZNYCH

Data	Rodzaj wizyty (szczepienie, bilans)	Podpis lekarza

XIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6-9. tydzień życia

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkoncepcyjny[2)].....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Długość ciała..... cm centyl.....
4. Obwód głowy..... cm centyl .....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2)]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐

   dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):

   prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
8. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej (guzki Bohna, perły Ebsteina), nadziąślaki wrodzone, nieprawidłowości wędzidełek, warg i języka)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego).....

   .....
10. Ocena neurorozwojowa.....

    .....

[2)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

11. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

    Zauważone niepokojące objawy: trudności ze ssaniem ☐ połykaniem ☐ bezdechy

    ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ płacz przenikliwy ☐ kwilenie ☐ brak reakcji na

    dźwięki ☐

    Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....
    .....
12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
13. Zalecenia.....
14. Porada żywieniowa.....

    .....

    Dieta..... witaminy.....
15. Konsultacje.....
16. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XIV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3-4. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy..... wiek postkoncepcyjny[2)].....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Długość ciała..... cm centyl.....
4. Obwód głowy..... cm centyl .....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2)]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐

   dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):

   prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
8. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego).....
   .....
10. Ocena neurorozwojowa.....
    .....
11. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

[2)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności ze ssaniem ☐ połykaniem ☐

nieprawidłowe stolce ☐ bezdechy ☐ brak odwracania głowy w kierunku dźwięku

☐ brak łączenia rąk w linii środkowej ☐ wymioty ☐ drgawki ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....
.....

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
13. Zalecenia.....
14. Porada żywieniowa.....
    .....

    Dieta..... witaminy.....
15. Konsultacje.....
16. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkoncepcyjny[2)].....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Długość ciała..... cm centyl.....
4. Obwód głowy..... cm centyl .....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2)]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐

   dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):

   prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Rozwojowej dysplazji stawów biodrowych: prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐

8. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....

9. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej).....
   .....
   .....
10. Ocena neurorozwojowa.....
    .....

[2)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

11. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

    Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

    wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐ brak reakcji na dzwonek,

    telefon, głos opiekuna ☐ brak zainteresowania zabawkami ☐ brak obrotu na boki

    i na brzuch ☐

    Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....
    .....
12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
13. Zalecenia.....
14. Porada żywieniowa.....
    .....

    Dieta..... witaminy.....
15. Konsultacje.....
16. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XVI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 9. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkoncepcyjny[2] .....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Długość ciała..... cm centyl.....
4. Obwód głowy..... cm centyl .....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐

   dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):

   prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐

8. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....

9. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej).....
   .....
   .....
10. Ocena neurorozwojowa.....
    .....
11. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

[2] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐ trudności z mikcją, pielucha

zawsze mokra ☐ brak strumienia mikcji ☐ częste infekcje ☐ brak reakcji na

ciche dźwięki ☐ brak ciągu sylab da-da-da ☐ stereotypie, np. rytmiczne kiwanie

głową ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....
.....

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
13. Zalecenia.....
14. Porada żywieniowa.....
    .....
    Dieta..... witaminy.....
15. Konsultacje.....
16. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XVII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12. miesiąc życia

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkoncepcyjny[2)] .....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Długość ciała..... cm centyl.....
4. Obwód głowy..... cm centyl .....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2)]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐ dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
8. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej).....
   .....
   .....
10. Ocena neurorozwojowa .....
    .....
11. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

[2)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐ trudności z mikcją, pielucha zawsze mokra ☐ brak strumienia mikcji ☐ częste infekcje ☐ brak reakcji na ciche dźwięki ☐ brak ciągu sylab da-da-da ☐ stereotypie, np. rytmiczne kiwanie głową ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....
.....

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
13. Zalecenia.....
14. Porada żywieniowa.....
    .....
    Dieta..... witaminy.....
15. Konsultacje.....
16. Badania.....
17. Badanie okulistyczne.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XVIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 18. miesiąc życia - BILANS

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkoncepcyjny[2] .....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Wzrost ..... cm centyl.....
4. Obwód głowy..... cm centyl .....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐

   dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):

   prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐

8. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....

9. Żywienie (skuteczność karmienia piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego, wprowadzenie żywności dodatkowej).....
   .....
   .....

10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

[2] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐

wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐ trudności z mikcją, pielucha

zawsze mokra ☐ brak strumienia mikcji ☐ częste infekcje ☐ brak należnego

dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrazowych ☐ brak używania trzeciej

osoby ☐ brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części

ciała ☐ brak spełniania prostych poleceń ☐ zaburzenia zachowania ☐

zaburzenia snu ☐ brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia ☐

brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....
.....

11. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
12. Zalecenia.....
13. Porada żywieniowa.....
    .....
    Dieta..... witaminy.....
14. Konsultacje.....
15. Badania.....

(Wypełnić cz. XIX)

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XIX. BILANS - PODSUMOWANIE OBSERWACJI DZIECKA 18-MIESIĘCZNEGO

1. Rozwój fizyczny.....
2. Stan pediatryczny.....
3. Rozwój psychoruchowy: (kontrola postawy i lokomocji, motoryka i koordynacja wzrokowo-ruchowa, mowa, emocje i kontakty społeczne).....
   .....
   .....
4. Problemy.....
   .....
   .....
5. Dziecko zdrowe ☐ do dalszej obserwacji ☐ choroba przewlekła ☐
6. Rozpoznanie kliniczne.....
7. Zalecenia.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XX. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 2. rok życia

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkoncepcyjny[2)] .....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. Obwód głowy..... cm centyl .....
5. Ciemię przednie ..... szwy czaszkowe .....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. RR.....
8. Test przesiewowy w kierunku[2)]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐

   dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):

   prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
9. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na ząbkowanie, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
10. Żywienie (karmienie piersią, częstotliwość posiłków i objętość w przypadku żywienia sztucznego).
    .....
    .....
    .....
11. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

[3)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Zauważone niepokojące objawy: trudności z karmieniem ☐ bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ nieprawidłowe stolce ☐ trudności z mikcją, pieluchowanie ☐ brak strumienia mikcji ☐ częste infekcje ☐ brak należnego dla wieku rozwoju mowy: brak zdań dwuwyrazowych ☐ brak używania trzeciej osoby ☐ brak należnego dla wieku rozumienia mowy: brak pokazywania części ciała ☐ brak spełniania prostych poleceń ☐ zaburzenia zachowania ☐ zaburzenia snu ☐ brak pierwszych swobodnych kroków po 15. miesiącu życia ☐ brak wchodzenia na schody z trzymaniem poręczy ☐

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia, doznane urazy).....

.....

12. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
13. Zalecenia.....
14. Porada żywieniowa.....

.....

Dieta..... witaminy.....

15. Konsultacje.....
16. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 3. rok życia

1. Wiek kalendarzowy ..... wiek postkoncepcyjny[2)] .....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. BMI.....
5. RR.....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2)]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐ dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu): prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w moszne ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐

8. Badanie lekarskie (zwrócić uwagę na stan uzębienia, zmiany na błonie śluzowej jamy ustnej i języku, nawyki żywieniowe, karmienie i pojenie w nocy, nawyki higieniczne, szczotkowanie zębów pastą z fluorem)

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....

9. Żywienie (częstotliwość posiłków i objętość).....

   .....

   .....

10. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

    Zauważone niepokojące objawy: bezdechy ☐ wymioty ☐ drgawki ☐ urazy ☐

[2)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

Inne (kto opiekuje się dzieckiem, zachowanie, aktywność, rytm dnia)
.....
.....

11. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
12. Zalecenia.....
13. Porada żywieniowa.....
.....
Dieta..... witaminy.....
14. Konsultacje.....
15. Badania.....

(Wypełnić cz. XXII)

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXII. PODSUMOWANIE OBSERWACJI DZIECKA 3-LETNIEGO - BILANS

1. Rozwój fizyczny.....
2. Stan pediatryczny.....
3. Rozwój psychoruchowy: (kontrola postawy i lokomocji, motoryka i koordynacja wzrokowo-ruchowa, mowa, emocje i kontakty społeczne).....
.....
.....
4. Problemy.....
.....
.....
5. Dziecko zdrowe ☐ do dalszej obserwacji ☐ choroba przewlekła ☐
6. Rozpoznanie kliniczne.....
7. Zalecenia.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 4. rok życia

1. Wiek .....
2. Masa ciała .....g centyl.....
3. Wzrost..... cm centyl.....
4. BMI..... centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Leki stosowane przewlekle.....
7. Test przesiewowy w kierunku[2)]:

   Zaburzeń wzroku: zez widoczny ☐ niewidoczny ☐ test Hirschberga ujemny ☐

   dodatni ☐ odbicie światła w rogówkach symetryczne ☐ niesymetryczne ☐

   Zaburzeń słuchu (ocena reakcji słuchowych oraz obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu):

   prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Wnętrostwa: jądra w mosznie ☐ w kanale pachwinowym ☐ niewyczuwalne ☐
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena aktywności fizycznej .....
13. Problemy zdrowotne.....

    .....
14. Leczenie przewlekłe.....

[2)] dla dzieci urodzonych przed zakończeniem 37 tygodnia ciąży

.....

15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

    .....

    .....
16. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
17. Zalecenia.....
18. Porada żywieniowa.....

    .....

    Dieta..... witaminy.....
19. Konsultacje.....
20. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXIV. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ DZIECKA DO UKOŃCZENIA 4. ROKU ŻYCIA[3)]

Data wizyty adaptacyjnej:_____

M-zęby mleczne, S –zęby stałe

Wiek	1. r.ż.	2. r.ż.	3. r.ż.	4 r.ż.
Zęby	M	M	M	M
Liczba całkowita				
Z próchnicą **P**				
Usuniętych **U**				
Wypełnionych **W**				
Defekty szkliwa				
Złogi nazębne				
Urazy zębów				
Zgryz				
Język				
Stan przyzębia				
Parafunkcje				
Częstość szczotkowania pastą z fluorem				
Ryzyko próchnicy				
Zalecenia				
Data, oznaczenie lekarza dentysty				

[3)] wypełnia lekarz dentysta

XXV. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 5-6. rok życia (roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne) - BILANS

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... widzenie barw prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia.....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   kolana koślawe ☐ stopy płasko-koślawe ☐

   inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....
   głowa.....
   szyja.....
   oczy.....
   uszy.....
   jama ustna/gardło.....
   węzły chłonne .....
   płuca.....
   serce.....
   brzuch.....
   układ moczowo-płciowy.....
   układ kostno-stawowy.....
   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena aktywności fizycznej .....

13. Ocena zdrowotnej dojrzałości szkolnej i lateralizacji (przy rozpoczęciu nauki).....
.....
14. Problemy zdrowotne.....
.....
15. Leczenie przewlekle.....
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
.....
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
.....
Dieta..... witaminy.....
20. Konsultacje.....
21. Badania.....
22. Ocena gotowości szkolnej.....
.....
23. Kwalifikacja do zajęć wychowania fizycznego.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXVI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 6-7. rok życia (I klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... widzenie barw prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia .....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
   inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena aktywności fizycznej .....
13. Problemy zdrowotne.....
.....

14. Leczenie przewlekłe.....
.....
15. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
.....
.....
16. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
17. Zalecenia.....
18. Porada żywieniowa.....
.....
Dieta..... witaminy.....
19. Konsultacje.....
20. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXVII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 8-9. rok życia (III klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... widzenie barw prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia .....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
   inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy .....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzałości płciowej.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....

.....

15. Leczenie przewlekle.....

.....

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

.....

.....

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

18. Zalecenia.....

19. Porada żywieniowa.....

.....

Dieta..... witaminy.....

20. Konsultacje.....

21. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXVIII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 10-11. rok życia (V klasa szkoły podstawowej)

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... widzenie barw prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐
   inne zaburzenia .....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐
   inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....

.....

15. Leczenie przewlekłe.....
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
.....
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
.....
Dieta..... witaminy.....
20. Konsultacje.....
21. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXIX. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 12-13. rok życia (I klasa gimnazjum)

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... widzenie barw prawidłowe ☐ nieprawidłowe ☐ inne zaburzenia .....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   nadmierna kifoza piersiowa ☐ inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy .....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....

.....

15. Leczenie przewlekle.....

.....

16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna

.....

.....

17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....

18. Zalecenia.....

19. Porada żywieniowa.....

.....

Dieta..... witaminy.....

20. Konsultacje.....

21. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXX. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 14. rok życia (III klasa gimnazjum)

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... inne zaburzenia ☐.....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   nadmierna kifoza piersiowa ☐ inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja .....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....

    .....

15. Leczenie przewlekłe.....
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
.....
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
.....
Dieta..... witaminy.....
20. Konsultacje.....
21. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXXI. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 15-16. rok życia (I klasa szkoły ponadgimnazjalnej)

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... inne zaburzenia ☐.....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   nadmierna kifoza piersiowa ☐ inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy .....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....
.....

15. Leczenie przewlekłe.....
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
.....
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
.....
Dieta..... witaminy.....
20. Konsultacje.....
21. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXXII. WIZYTA PROFILAKTYCZNA U LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 18-19. rok życia (ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej)

1. Wiek .....
2. Masa ciała..... centyl.....
3. Wzrost .....centyl.....
4. BMI .....centyl.....
5. RR..... centyl.....
6. Dieta.....
7. Testy przesiewowe

   Wzrok: ostrość wzroku bez okularów ☐ w okularach ☐ OP .....OL .....

   wada refrakcji..... inne zaburzenia ☐.....

   Słuch: test szeptem, audiometryczny prawidłowy ☐ nieprawidłowy ☐

   Układ ruchu: prawidłowy ☐ boczne skrzywienie kręgosłupa ☐

   nadmierna kifoza piersiowa ☐ inne odchylenia.....
8. Badanie lekarskie

   skóra.....

   głowa.....

   szyja.....

   oczy.....

   uszy.....

   jama ustna/gardło.....

   węzły chłonne .....

   płuca.....

   serce.....

   brzuch.....

   układ moczowo-płciowy.....

   układ kostno-stawowy.....

   stan odżywienia.....
9. Sprawność ruchowa i koordynacja.....
10. Rozwój intelektualny oraz rozwój mowy.....
11. Rozwój emocjonalny/społeczny .....
12. Ocena dojrzewania płciowego.....
13. Ocena aktywności fizycznej .....
14. Problemy zdrowotne.....
.....

15. Leczenie przewlekłe.....
.....
16. Ważne dane z wywiadu od rodzica/opiekuna
.....
.....
17. Odchylenia w badaniach dodatkowych.....
18. Zalecenia.....
19. Porada żywieniowa.....
.....
Dieta..... witaminy.....
20. Konsultacje.....
21. Badania.....

Data.....

Oznaczenie lekarza.....

XXXIII. BADANIE STANU UZĘBIENIA ORAZ ZDROWIA JAMY USTNEJ[3)]

M-zęby mleczne, S –zęby stałe

Wiek	5 lat		I klasa szkoły podstaw.		III klasa szkoły podstaw.		I klasa. gimnazjum		I klasa szkoły ponad gimnazjalnej	III klasa Ponad gimnazjalna
Zęby	M	S	M	S	M	S	M	S	S	S
Liczba całkowita										
Z próchnicą P										
Usuniętych U										
Wypełnionych W										
Defekty szkliwa										
Złogi nazębne										
Urazy zębów										
Zgryz										
Język										
Stan przyzębia										
Parafunkcje										
Częstość szczotkowania pastą z fluorem										
Ryzyko próchnicy										
Zalecenia										
Data, oznaczenie lekarza dentysty										

[3)] wypełnia lekarz dentysta

XXXIV. PRZEBYTE CHOROBY ZAKAŹNE

	Data zachorowania	Oznaczenie lekarza
Odra		
Ospa wietrzna		
Krztusiec		
Różyczka		
Szkarlatyna		
Wirusowe zapalenie wątroby		
Świnka		
Inne		

XXXV. KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE

Data pierwszej wizyty	Poradnia	Uwagi

KONSULTACJE SPECJALISTYCZNE Cd.

Data pierwszej wizyty	Poradnia	Uwagi

XXXVI. UCZULENIA I REAKCJE ANAFILAKTYCZNE

Na co	Data	Postępowanie	Oznaczenie lekarza

XXXVII. HOSPITALIZACJE

Oznaczenie Szpitala pobyt od _____do_____	**Rozpoznanie:**
Oznaczenie Szpitala pobyt od ___ ___do_____	**Rozpoznanie:**
Oznaczenie Szpitala pobyt od _____do_____	**Rozpoznanie:**
Oznaczenie Szpitala pobyt od _____do_____	**Rozpoznanie:**

HOSPITALIZACJE

Oznaczenie Szpitala pobyt od _____do_____	**Rozpoznanie:**
Oznaczenie Szpitala pobyt od _____do_____	**Rozpoznanie:**
Oznaczenie Szpitala pobyt od _____do_____	**Rozpoznanie:**
Oznaczenie Szpitala pobyt od _____do_____	**Rozpoznanie:**

XXXVIII. ZAOPATRZENIE W SPRZĘT ORTOPEDYCZNY I WYROBY MEDYCZNE

Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego Data Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego Data Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego Data Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego Data Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego Data Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego Data Oznaczenie lekarza zlecającego
Rodzaj sprzętu lub wyrobu medycznego Data Oznaczenie lekarza zlecającego

XXXIX. ZWOLNIENIA Z ZAJĘĆ SPORTOWYCH

Czas zwolnienia	Przyczyna	Określenie rodzaju aktywności, z której dziecko jest zwolnione	Data i oznaczenie lekarza

XL. Uwagi