

ZASADY PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

dr n. med. Marta Rorat

Katedra Medycyny Sądowej, Zakład Prawa Medycznego UM we Wrocławiu

Dokumentacja medyczna – zbiór dokumentów będących nośnikami informacji o charakterze medycznym

Kto jest właścicielem dokumentacji?

**PODMIOT UDZIELAJĄCY ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH**

Kto jest właścicielem informacji?

**PODMIOT UDZIELAJĄCY ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH, CHOĆ NIE MOŻE NIĄ
SWOBODNIE ROZPORZĄDZAĆ**

A PACJENT?

MA PRAWO DO INFORMACJI

**Ustawa z dnia 5 grudnia 1996r.
o zawodach lekarza i lekarza
dentysty**

art. 41 „Lekarz ma obowiązek
prowadzenia indywidualnej
dokumentacji medycznej
pacjenta”

Kodeks Etyki Lekarskiej

art. 28 „Lekarz musi czuwać nad
prawidłowym prowadzeniem
dokumentacji lekarskiej oraz
zabezpieczeniem przed jej
ujawnieniem”

**Ustawa z dnia 29 sierpnia
1997r. o ochronie danych
osobowych**

**Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw
Pacjenta** (Dz.U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.)

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia
9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów,
zakresu, wzorów dokumentacji
medycznej oraz sposobu jej
przetwarzania.** (Dz.U.2015.2069; wejście
w życie 23 grudnia 2015 r.)

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

PRAWO pacjenta do dokumentacji medycznej

Art. 23

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

OBOWIĄZEK podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych:

PROWADZENIE, PRZECHOWYWANIE, UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI (art. 24 u.p.p), OCHRONA, ARCHIWIZOWANIE, NISZCZENIE

Art. 24

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.
2. Lekarze, pielęgniarki i położne są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o których mowa w art. 25.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu, wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

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

RODZAJE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

```
graph TD; A[RODZAJE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ] --> B[indywidualna]; A --> C[zbiorcza]; B --> D[wewnętrzna]; B --> E[zewnątrzna];
```

indywidualna

zbiorcza

wewnętrzna

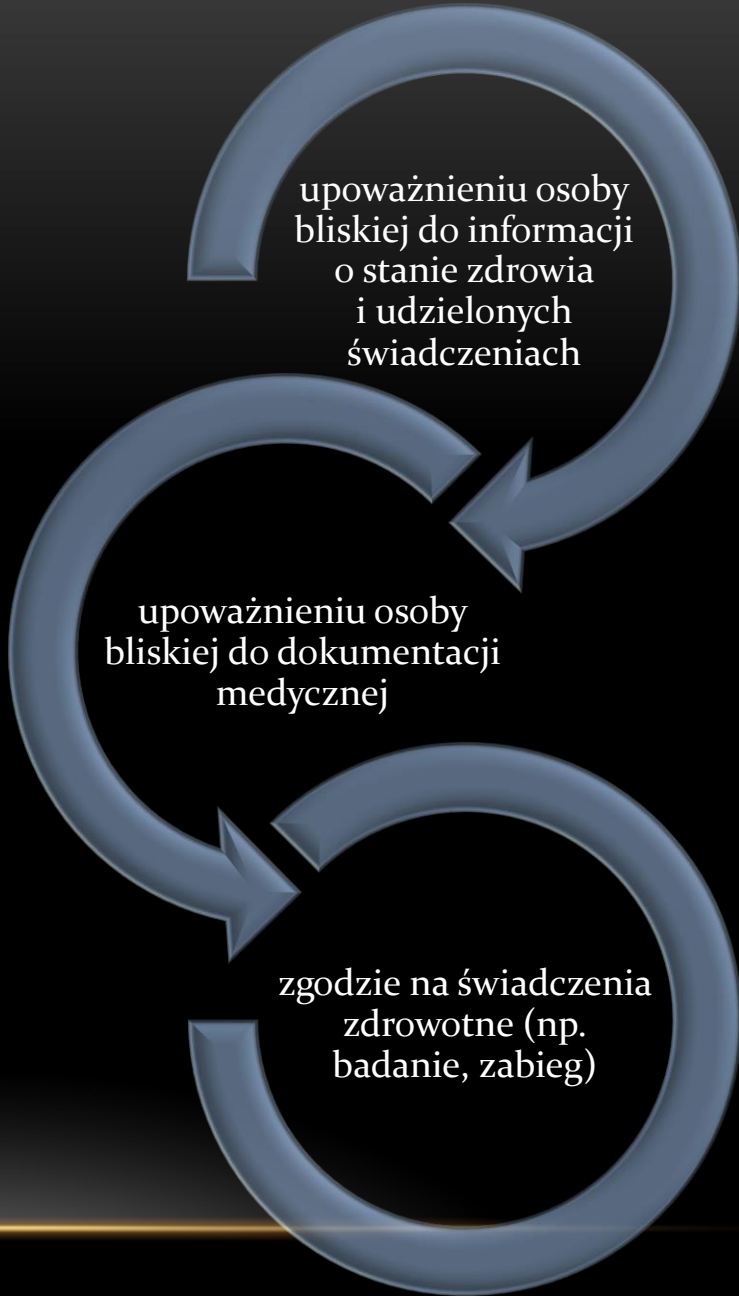
zewnątrzna

Dokumentacja indywidualna wewnętrzna

Prowadzona na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

- 1) historia zdrowia i choroby;
- 2) historia choroby;
- 3) karta noworodka;
- 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa;
- 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

**Do dokumentacji
indywidualnej
wewnętrznej dołącza
się oświadczenie
pacjenta o:**



upoważnieniu osoby
bliskiej do informacji
o stanie zdrowia
i udzielonych
świadczeniach

upoważnieniu osoby
bliskiej do dokumentacji
medycznej

zgodzie na świadczenia
zdrowotne (np.
badanie, zabieg)

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna

Prowadzona na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych

- 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
- 7) książeczka szczepień
- 8) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska

Dokumentacja zbiorcza

Odnosi się do wszystkich pacjentów lub określonych grup pacjentów

- 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 pielęgniarских,
- g) księgi zabiegów,
- h) księgi bloku operacyjnego albo sali operacyjnej,
- i) księgi bloku porodowego albo sali porodowej,
- j) księgi noworodków,
- k) księgi pracowni diagnostycznej;

Obowiązkowe dane zawarte w dokumentacji medycznej

- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych
- oznaczenie pacjenta (imię, nazwisko, adres, data urodzenia, płeć, dziecko do 1 r.ż – PESEL/seria i nr dowodu matki; dane przedstawiciela ustawowego)
- oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych
- informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji (udzielone świadczeni, rozpoznania, zalecenia, orzeczenia, zaświadczenia, leczenie z dawkowaniem)
- data dokonania wpisu
- podpis osoby dokonującej wpisu
- inne informacje wynikające z odrębnych przepisów

Obowiązkowe dane zawarte w dokumentacji medycznej

- informacje o stanie zdrowia
- informacje o podjętych czynnościach leczniczych, diagnostycznych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych
- rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu, ciąży
- zalecenia,
- informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lekarskich lub zaświadczeniach,
- informacje o lekach, wraz z dawkowaniem, lub wyrobach medycznych przepisanych pacjentowi na receptach
- rodzaj udzielanych informacji o stanie zdrowia

Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

- przyjęcia pacjenta do szpitala
- przebiegu hospitalizacji
- wypisania pacjenta ze szpitala

Dokumenty dodatkowe:

- karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej,
- karta obserwacji/obserwacji płodu
- karta gorączkowa,
- karta zleceń lekarskich,
- karta przebiegu znieczulenia,
- wyniki badań diagnostycznych,
- wyniki konsultacji,
- protokół operacyjny,
- karta medycznych czynności ratunkowych,
- karta zabiegów fizjoterapeutycznych,
- karta informacyjna
- okołooperacyjna karta kontrolna

Przed znieczuleniem

ROZPOCZĘCIE	
Zabieg:	<input type="checkbox"/> planowy <input type="checkbox"/> nagły
<input type="checkbox"/> Potwierdzono:	<ul style="list-style-type: none"> tożsamość pacjenta miejsce operowane procedurę operacyjną zgodę na zabieg operacyjny rodzaj znieczulenia
Oznaczone miejsce operowane	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia	
<input type="checkbox"/> Zapewniono monitorowanie:	<ul style="list-style-type: none"> EKG* pulsoksymetrii ciśnienia tętniczego krwi* kapnometrii*
Alergie:	<input type="checkbox"/> Tak (jakie?.....) <input type="checkbox"/> Nie
Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc	<input type="checkbox"/> Tak i zapewniono właściwy sprzęt <input type="checkbox"/> Nie
Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych >7ml/kg m.c. u dzieci	<input type="checkbox"/> Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwiiopochodne <input type="checkbox"/> Nie
DANE PACJENTA	
IMIĘ:	<input type="text"/>
NAZWISKO:	<input type="text"/>
DATA ZABIEGU:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ODDZIAŁ / KS.Gł.:	<input type="text"/>

Przed nacięciem

ODLICZANIE	
Nowa osoba w zespole operacyjnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
jeśli tak:	
Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="checkbox"/> Chirurg, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną	
<input type="checkbox"/> Właściwe ułożenie pacjenta	
<input type="checkbox"/> Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi	
Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu zabiegu, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.	
ze strony chirurga	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
ze strony anestezjologa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
ze strony pielęgniarki operacyjnej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Zastosowano i udokumentowano okołoooperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed zabiegiem	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Kiedy? Data / godzina	<input type="text"/>
Przygotowano wyniki badań obrazowych	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
STOP!	
PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?	

Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ZAKOŃCZENIE	
Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:	<input type="checkbox"/> nazwę procedury wykonanej <input type="checkbox"/> zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów
Oznaczono materiał pobrany do badań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Wystąpiły powikłania w trakcie zabiegu*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Chirurg i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Wypisano zlecenia pooperacyjne*	ze strony chirurga <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie ze strony anestezjologa <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału / sali pooperacyjnej*	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<input type="text"/>	
Podpis Koordynatora Karty	

Historia choroby zawiera:

- 1) dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego
- 2) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji
- 3) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia
- 4) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji przebiegu porodu
- 5) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich
- 6) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarzkiej lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.

§ 17. pkt 5-7

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.

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

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

Karta informacyjna zawiera:

- 1) rozpoznanie choroby w języku polskim wraz z numerem statystycznym
- 2) wyniki badań diagnostycznych, wyniki 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) okres czasowej niezdolności do pracy
- 6) adnotacje o lekach wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi
- 7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania

Zgon

- 1) data zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty
- 2) opis stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
 - a) przyczyna wyjściowa albo zewnętrzna uraz lub zatrucie,
 - b) przyczyna wtórna,
 - c) przyczyna bezpośrednia;
- 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową
- 4) adnotacja o wykonaniu albo niewykonaniu sekcji zwłok, albo adnotację o zaniechaniu sekcji zwłok z powodu sprzeciwu
- 5) adnotacja o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów

Sekcja zwłok

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.

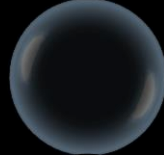
Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

- ❑ dokonywanie **czytelnych wpisów**, w porządku chronologicznym, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego
- ❑ oznaczenie **każdej strony** dokumentacji indywidualnej co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta; numerowanie
- ❑ dokonywanie wpisów **w języku polskim**
- ❑ **zakaz usuwania** wpisów i dokumentów (skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji)
- ❑ oznaczenie osoby dokonującej wpisu
- ❑ **zabezpieczenie** dokumentacji **przed ujawnieniem** osobom nieuprawnionym
- ❑ **zabezpieczenie** dokumentacji **przed zniszczeniem**
- ❑ **ICD 10**

Czas przechowywania dokumentacji medycznej:



20 lat (od końca roku kalendarzowego,
w którym dokonano ostatniego wpisu)



22 lata (dzieci do ukończenia 2 roku życia)



30 lat (zgon na skutek uszkodzenia ciała
lub zatrucia)



10 lat (zdjęcia rentgenowskie)



5 lat (skierowania na badania, zlecenia lekarskie)

Podmioty uprawnione do dostępu do dokumentacji medycznej:

pacjent /przedst. ustawowy/ osoba upoważniona przez niego za życia

osoby prowadzące kontrole

organ rentowy, Woj. Komisja ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

sąd/prokurator

okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej

organy władzy publicznej, NFZ, konsultant krajowy i wojewódzki

inny zakład opieki zdrowotnej

zakład ubezpieczeń – za zgodą pacjenta

Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. Zmiana ustawy - Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Art. 2. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, z późn. zm.) w art. 40:

3. Lekarz, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1-5, jest związany tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2a.";

2) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: "3a. Zwolnienia z tajemnicy lekarskiej, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta."

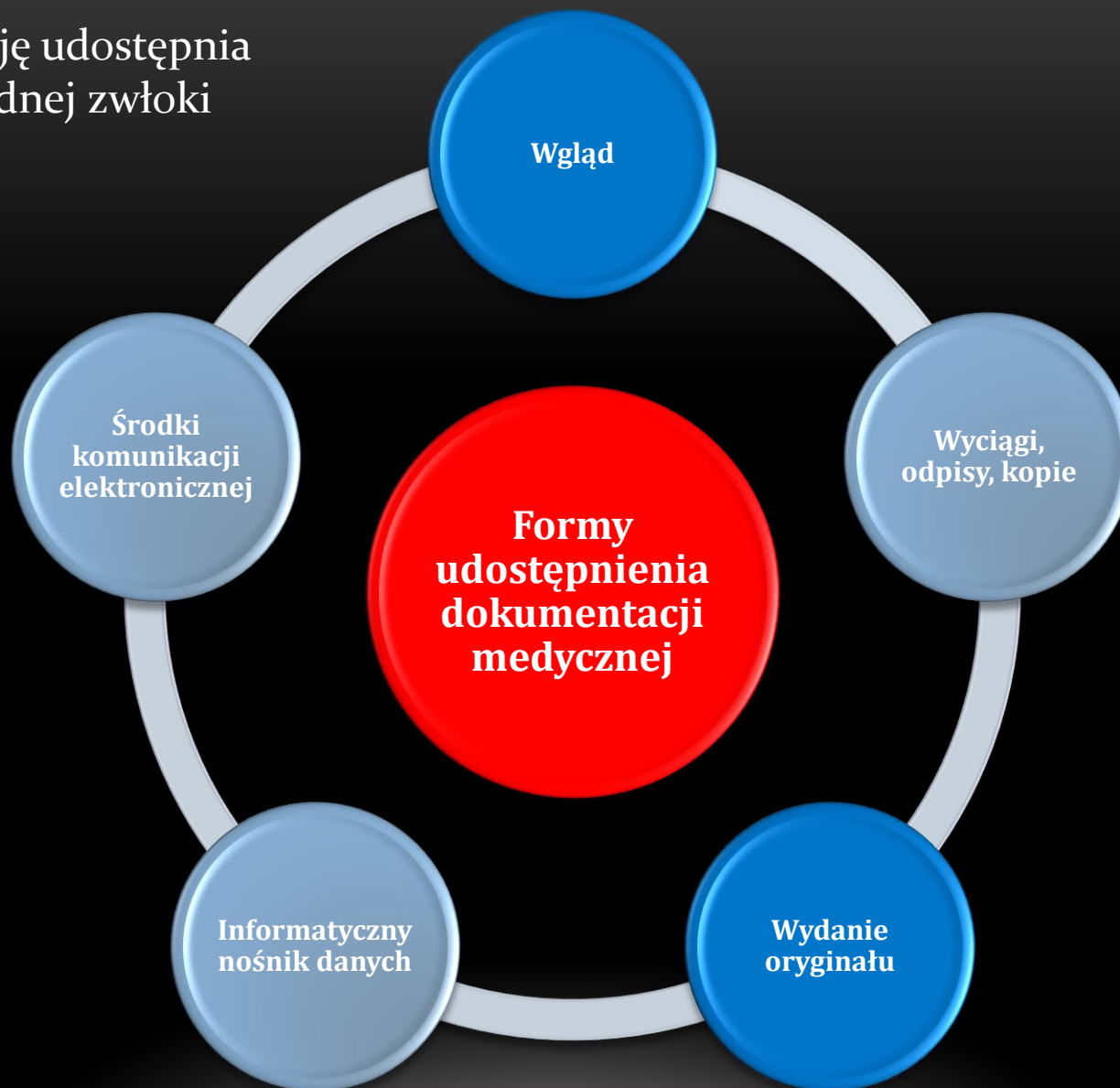
Art. 3. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823 i 960) w art. 14:

1) ust. 3 otrzymuje brzmienie: "3. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1-3 i ust. 2a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska.";

2) dodaje się ust. 4 w brzmieniu: "4. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska."

osoba bliska - małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta

Dokumentację udostępnia się bez zbędnej zwłoki



Dokumentacja elektroniczna

- zabezpieczenie dokumentacji przed uszkodzeniem lub utratą
- zabezpieczenie przed wprowadzaniem zmian
- stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych
- identyfikacja osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokumentowanie dokonywanych przez te osoby zmian w dokumentacji i metadanych
- udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie, w którym jest ona przetwarzana (XML albo PDF)
- funkcjonalność wydruku dokumentacji

UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W POSTĘPOWANIU KARNYM

art. 26 § 3.3 ustawy o prawach pacjenta

kodeks postępowania karnego reguluje zasady i tryb postępowania odnośnie wydania lub odebrania rzeczy mogących stanowić dowód w sprawie (dokumentacji)

Wydanie dokumentacji na żądanie:

- sądu lub prokuratora (wystarczy ustne)
- innego organu ścigania (co do zasady na podstawie postanowienia sądu lub prokuratora)

wyjątek: w wypadku niecierpiącym zwłoki – wystarczy nakaz kierownika jednostki lub okazanie legitymacji służbowej /nie dokumentację psychiatryczną/

Zdobycie dokumentacji przez organy ścigania

wydanie

art. 217 kpk

przeszukanie

art. 219 kpk

dobrowolne

przymusowe

NIEPRAWIDŁOWOŚCI PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

```
graph TD; A[NIEPRAWIDŁOWOŚCI PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ] --> B[MERYTORYCZNE]; A --> C[FORMALNE];
```

MERYTORYCZNE

FORMALNE

NIEPRAWIDŁOWOŚCI W PROWADZENIU DOKUMENTACJI LEKARSKIEJ O CHARAKTERZE MERYTORYCZNYM:

- brak dokładnego opisu stanu zdrowia pacjenta przy przyjęciu do szpitala
- brak chronologicznych zapisów stanu zdrowia ogólnego i stanu miejscowego w kolejnych dniach hospitalizacji
- brak wpisów o decyzji wykonania badań dodatkowych, a następnie – przy nieprawidłowych wynikach – danych świadczących o reakcji ze strony lekarzy
- niestaranne bądź niepełne prowadzenie kart zleceń lekarskich, uniemożliwiający dokładną analizę prowadzonego leczenia

- przy stwierdzeniu „stan ogólny ciężki” niejednokrotnie brak w opisie uzasadnienia takiego rozpoznania obiektywnymi objawami,
- dokonywanie w historii choroby adnotacji o stanie zdrowia pacjenta przez różnych przypadkowych lekarzy, a nawet personel pomocniczy (brak lekarza prowadzącego),
- wyniki badań są nieoznaczone datą, a wykonywane kilkakrotnie w ciągu dnia nieoznaczone godziną; uwaga data pobrania materiału a data uzyskania wyniku,
- używanie skrótów, niejednokrotnie wieloliterowych, których znaczenie zna jedynie ich twórca,
- brak pełnego rozpoznania tj. nie tylko zasadniczego schorzenia, czy stanu pourazowego, ale także innych zmian samoistnych lub powikłań

- brak epikryzy,
- brak adnotacji o podjętym trybie postępowania w razie śmierci chorego (np. zawiadomienie prokuratora, podjęcie decyzji o sekcji patomorfologicznej z jej uzasadnieniem),
- brak w przekazanych do archiwum historiach chorób wyników badań np. histopatologicznych, protokołów sekcyjnych itp.,
- niepełne karty informacyjne (brak wpisu zmian, mających znaczenie dla późniejszego postępowania lekarskiego np. o wadach rozwojowych macicy czy uczuleniu na lek, reakcji poprzetoczeniowej itp.)

NIEPRAWIDŁOWOŚCI W PROWADZENIU DOKUMENTACJI LEKARSKIEJ O CHARAKTERZE FORMALNYM:

- trudny w odczycie wzór pierwszej (formalnej) strony historii choroby, trudności w jej wypełnianiu,
 - brak możliwości identyfikacji lekarza dokonującego wpisów (podpis z pieczętką),
 - wpisywanie adnotacji o stanie zdrowia chorego przez osoby nieupoważnione: położne, pielęgniarki,
 - brak numeracji stron, brak chronologicznego uporządkowania wyników badań dodatkowych,
 - brak adnotacji o nietypowych zdarzeniach, które w późniejszym okresie mogą mieć bardzo duże znaczenie prawne, np. opis interwencji rodziny, nieodpowiednie zachowania się pacjentów, spisywanie testamentu, a nawet zawarcie związku małżeńskiego
-

Konsekwencje zaniechania prowadzenia dokumentacji medycznej



Dokumentacja lekarska, POŚWIADCZENIE NIEPRAWDY

KODEKS KARNY

art. 271 § 1. Funkcjonariusz publiczny lub inna osoba uprawniona do wystawienia dokumentu, która poświadcza w nim nieprawdę co do okoliczności mającej znaczenie prawne, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

§ 3. Jeżeli sprawca dopuszcza się czynu określonego w § 1 w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub osobistej, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Dokumentacja lekarska, ZNISZCZENIE DOKUMENTU

KODEKS KARNY

art. 276. Kto niszczy, uszkadza, czyni bezużytecznym, ukrywa lub usuwa dokument, którym nie ma prawa wyłącznie rozporządzać, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

Dokumentacja lekarska, PODROBIENIE DOKUMENTU

KODEKS KARNY

art. 270. § 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Dokumentacja lekarska, NISZCZENIE INFORMACJI

KODEKS KARNY

art. 268. § 1. Kto, nie będąc do tego uprawnionym, niszczy, uszkadza, usuwa lub zmienia zapis istotnej informacji albo w inny sposób udaremnia lub znacznie utrudnia osobie uprawnionej zapoznanie się z nią, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 dotyczy zapisu na informatycznym nośniku danych, sprawca podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3. Kto, dopuszczając się czynu określonego w § 1 lub 2, wyrządza znaczną szkodę majątkową, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1-3 następuje na wniosek pokrzywdzonego