Problem z dokumentacją medyczną?

Kategoria: Polityka Zdrowotna
Opublikowano: środa, 13, kwiecień 2011 00:00
Barbara Łączna
Odsłony: 2378

Ministerstwo Zdrowia zamieściło wyjaśnienia do rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Rozporządzenie w sposób kompleksowy reguluje zasady prowadzenia dokumentacji medycznej zarówno w zakładach opieki zdrowotnej jak i w indywidualnych praktykach lekarskich (także przez pielęgniarki i położne). W sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w § 8 stanowi, że w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta:

1. o upoważnieniu osoby bliskiej 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. o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia;
3. o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nakłada na podmiot udzielający świadczeń opieki zdrowotnej obowiązek udostępniania dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu do jego dokumentacji medycznej ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia, zatem nie jest wymagane złożenie odrębnego upoważnienia na wypadek śmierci.

Oświadczenia te zachowuje ważność do czasu odwołania lub zmiany i nie ma potrzeby wystawiania ich przy każdej wizycie u lekarza. Oświadczenie o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego powinno być składane każdorazowo przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego. Jednakże zgoda w formie pisemnej wymagana jest tylko w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. W przypadku świadczeń udzielanych przez lekarza rodzinnego zgoda na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom (albo brak takiej woli).

Regulacje zawarte w rozporządzeniu z 2010 r. obowiązują od 1 stycznia 2011 r. i mają zastosowanie do dokumentacji medycznej prowadzonej po tym dniu. Przepis przejściowy dopuszcza prowadzenie dokumentacji w sposób określony w przepisach dotychczasowych przez okres nie dłuższy niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia. Nie oznacza to jednak obowiązku dostosowania dokumentacji powstałej przed tym dniem do nowego rozporządzenia (np. jej przepisywania, czy uzupełniania), a jedynie umożliwia podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych przygotowanie (tam, gdzie zachodzi taka potrzeba) nowych druków, formularzy, pieczątek lub dostosowanie systemu elektronicznego, zgodnie z nowymi przepisami.

Phoca PDF