

Personel szpitala psychiatrycznego, o którym pisaliśmy w poprzednich artykułach powinien odnotowywać w dokumentacji medycznej wszystkie działania podejmowane wobec pacjenta. Czym jest dokumentacja medyczna? Jakie są jej rodzaje? Na czym polega prawo pacjenta do dokumentacji medycznej?

Dokumentacja medyczna stanowi zbiór materiałów zawierających dane medyczne, dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz odzwierciedlających przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych w danym podmiocie leczniczym.

Dokumentacja medyczna prowadzona w szpitalu psychiatrycznym, jak i w innych podmiotach leczniczych dzieli się na:

- indywidualną– dotyczy ona konkretnego pacjenta korzystającego z usług medycznych wykonywanych przez dany szpital
- zbiorczą- odnosi się do ogółu chorych korzystających ze świadczeń zdrowotnych w placówce medycznej lub określonych grup pacjentów. Należą do niej m.in. księga główna przyjęć i wypisów, księgi odmów przyjęć, księgi raportów lekarskich, księgi raportów pielęgniarских, w których odnotowywane są np. przypadki zastosowania przymusu bezpośredniego.

W przypadku dokumentacji indywidualnej z leczenia psychiatrycznego, szczególnie istotnym elementem jest oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. W przypadku braku takiej zgody konieczne jest tego odpowiednie udokumentowanie. Wzory skierowania do szpitala psychiatrycznego, zawiadomień kierownika szpitala psychiatrycznego oraz sądu opiekuńczego o przyjęciu do szpitala osoby chorej psychicznie bez jej pisemnej zgody itp. określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 r. w sprawie postępowania w sprawach przyjęcia oraz wypisania ze szpitala psychiatrycznego.

Dodatkowo w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych (w upoważnieniu tym pacjent wskazuje z imienia i nazwiska osoby upoważnione oraz dane umożliwiające kontakt z tymi osobami) czy też oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania jego dokumentacji medycznej (również ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej) itp.

Przy prowadzeniu dokumentacji obowiązują określone zasady. Po pierwsze dokumentacja musi być prowadzona w sposób czytelny, a wpisy do niej powinny być sporządzane w porządku chronologicznym. Pod każdym z nich musi znajdować się podpis osoby sporządzającej jakiegokolwiek adnotacje w dokumentacji dotyczącej pacjenta. Informacje wpisane do dokumentacji medycznej pacjenta nie mogą być usunięte, a jeżeli został popełniony błąd, należy go skreślić i opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej korekty wpisu.

Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej - może on dokonać wglądu w tę dokumentację również w trakcie hospitalizacji, jednak w takiej sytuacji na personelu szpitala ciąży obowiązek zagwarantowania aby wgląd ten nastąpił w warunkach i w sposób uniemożliwiających np. zniszczenie dokumentacji, co nierzadko jest niezwykle trudne do zrealizowania w warunkach oddziału psychiatrycznego.

Źródło: [RPP](#)