

SPIS TREŚCI

CZĘŚĆ I ORGANIZACYJNA	
Rozdział I Podstawy prawne funkcjonowania Szpitala i obowiązywania Regulaminu	
Rozdział II Postanowienia Ogólne	
Rozdział III Cele i podstawowe zadania Szpitala	
Rozdział IV Polityka Jakości	
Rozdział V Zarządzanie Szpitalem	
Organy doradcze Dyrektora	
Zasady kierowania Szpitalem	
Funkcjonowanie Szpitala	
Rozdział VI Organizacja wewnętrzna Szpitala	
Struktura organizacyjna	
Rozdział VII Zadania komórek organizacyjnych Szpitala	
Zadania wspólne komórek organizacyjnych Szpitala	
Zasady współdziałania komórek organizacyjnych	
CZĘŚĆ II PORZĄDKOWA	
Rozdział VIII Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych	
Szczególne uprawnienia	
Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do Szpitala	
Listy oczekujących	
Rozdział IX Porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach medycznych Szpitala	
Izby przyjęć	
Oddziały szpitalne	
Blok operacyjny	
Poradnie specjalistyczne	
Laboratoria i pracownie diagnostyczne	
Laboratorium Analityczne i Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne	
Pracownia USG, Pracownia RTG, Pracownia Tomografii Komputerowej	
Pracownie badań nieinwazyjnych i inwazyjnych	
Poradnia Rehabilitacyjna, Pracownia Fizjoterapii, Ośrodek Rehabilitacji Diennej	
Psycholog	
Szkoła rodzenia	
Rozdział X Stosowanie przymusu bezpośredniego	
Rozdział XI Warunki współdziałania z innymi świadczeniobiorcami	
Rozdział XII Udzielanie świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych	
Rozdział XIII Prawa i obowiązki pacjenta	
Rozdział XIV Zasady odwiedzin i informacji o stanie zdrowia	
Rozdział XV Postępowanie w razie śmierci pacjenta	
Rozdział XVI Zaopatrywanie dzieci w wieku do lat 7 w znaki tożsamości	
Rozdział XVII Przechowywanie rzeczy wartościowych i odzieży	
Rozdział XVIII Postanowienia końcowe	
ZAŁĄCZNIKI	
Załącznik Nr 1 – Schemat organizacyjny	
Załącznik Nr 2 – Zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala	
Załącznik Nr 3 – Zakresy obowiązków pracowników działalności podstawowej	
Załącznik Nr 4 – Liczba łóżek na oddziałach Szpitala Ogólnego w Kolnie	
Załącznik Nr 5 – Prawa Pacjenta	
Załącznik Nr 6 – Wykaz procedur leczniczych i diagnostycznych wymagających pisemnej zgody pacjenta	
Załącznik Nr 8 – Informacje dla pacjenta na temat znieczulenia	

CZĘŚĆ I – ORGANIZACYJNA
ROZDZIAŁ I

Podstawy prawne funkcjonowania Szpitala i obowiązywania regulaminu

§ 1

Szpital Ogólny w Kolnie działa na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 poz.160) zwana w dalszej części niniejszego Regulaminu „ustawą”.
2. Statutu Szpitala Ogólnego w Kolnie.
3. Innych przepisów dotyczących ochrony zdrowia.

§ 2

Regulamin Organizacyjny Szpitala Ogólnego w Kolnie określa się na podstawie art. 24 Ustawy o działalności leczniczej.

ROZDZIAŁ II
POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 3

1. Przez użyte w niniejszym Regulaminie określenia:
2. Szpital - należy rozumieć Szpital Ogólny w Kolnie.
3. Dyrektor - należy rozumieć Dyrektora Szpitala Ogólnego w Kolnie.
4. Komórka organizacyjna- należy rozumieć oddział, poradnię, pracownię, dział oraz inną wymienioną w Regulaminie komórkę organizacyjną Szpitala, dla której ustalono inną nazwę.
5. Pracownik – należy rozumieć osoby zatrudnione w ramach umowy o pracę oraz osoby z którymi zawarto umowę cywilno-prawną na świadczenie usług zdrowotnych.
6. Kierownik – należy rozumieć kierownika / koordynatora komórki organizacyjnej.
7. Ordynator – należy rozumieć ordynatora / koordynatora oddziału.
8. Pielęgniarka koordynująca – należy rozumieć pielęgniarkę, położną koordynującą oddziałem i poradnią, Izbą Przyjęć.
9. Lekarz Izby Przyjęć / Oddziału – należy rozumieć lekarza zabezpieczającego pracę Izby Przyjęć, Oddziału.
10. Chłodnia – należy rozumieć pomieszczenie do przechowywania zwłok.
11. Sąd Opiekuńczy – należy rozumieć Sąd Rejonowy, III Wydział Rodzinny i Nieletnich w Łomży.

§4

1. Regulamin Organizacyjny Szpitala określa w szczególności:
 - 1) organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, warunki współdziałania między tymi komórkami jak również zakresy czynności pracowników,
 - 2) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - 3) warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami;
 - 4) prawa i obowiązki pacjenta,
 - 5) tryb składania skarg i wniosków,
 - 6) postępowanie w razie śmierci pacjenta.
2. Regulamin Organizacyjny w formie papierowej znajduje się w każdej komórce organizacyjnej w łatwo dostępnym miejscu oraz w formie elektronicznej na stronie internetowej www.szpitalkolno.pl w zakładce Regulamin Organizacyjny.

§5

Regulamin Organizacyjny Szpitala oraz struktura organizacyjna zachowują swoją ważność w okresie zagrożenia bezpieczeństwa państwa oraz w okresie wojny.

§6

1. Szpital Ogólny w Kolnie jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, utworzonym przez Radę Powiatu Kolneńskiego.
2. Siedzibą Szpitala jest miasto Kolno, ul. Wojska Polskiego 69.
3. Szpital Ogólny w Kolnie posiada osobowość prawną. Wpisany jest do Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 000059112 oraz do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego pod nr 000000010741.

ROZDZIAŁ III
CELE I PODSTAWOWE ZADANIA SZPITALA

§7

1. Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny.
2. Do podstawowych zadań Szpitala należy:
 - 1) udzielanie świadczeń stacjonarnych chorym, których stan zdrowia wymaga pobytu w Szpitalu,
 - 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z badaniem i terapią psychologiczną,

- 3) udzielanie świadczeń specjalistycznych w formie opieki ambulatoryjnej,
 - 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 5) orzekanie o stanie zdrowia, w tym o czasowej niezdolności do pracy i współdziałanie z instytucjami orzekającymi o stałej niezdolności do pracy,
 - 6) organizowanie innych form opieki medycznej w sytuacjach awaryjnych (klęski żywiołowe, katastrofy, epidemie),
 - 7) realizowanie zadań w dziedzinie obronności zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 8) prowadzenie specjalizacji lekarzy,
 - 9) wykonywanie innych zadań wynikających z określonych przepisów, bądź zleconych przez organ, który utworzył Szpital,
 - 10) prowadzenie praktyk studenckich pielęgniarek i położnych,
 - 11) szkolenia pielęgniarek i położnych w ramach promocji zdrowia,
 - 12) świadczenie usług rehabilitacyjnych,
 - 13) wykonywanie badań diagnostycznych,
 - 14) opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem, oraz nad noworodkiem, opieką nad zdrowym dzieckiem,
 - 15) sprawowanie opieki nad pracownikami zakładów pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 16) zapobieganie powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
 - 17) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
3. Szpital prowadzi wydzieloną działalność gospodarczą polegającą między innymi na dzierżawie i najmie pomieszczeń, wyposażenia, narzędzi, urządzeń i sprzętu, najmu wolnych powierzchni będących w jego dyspozycji.

ROZDZIAŁ IV
POLITYKA JAKOŚCI
§8

1. Politykę jakości Szpitala realizuje poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług, bezpieczeństwa pracy oraz zmniejszania negatywnego wpływu oddziaływania na środowisko naturalne, przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników i współpracowników.
2. W ramach polityki jakości Szpital zapewnia:
 - 1) kompleksowość usług, w bezpiecznych warunkach, przy zapewnieniu dostępu do najnowocześniejszej aparatury diagnostycznej i leczniczej, solidność, profesjonalizm i przyjazną atmosferę;
 - 2) zapobieganie wypadkom przy pracy, chorobom zawodowym i zdarzeniom potencjalnie wypadkowym oraz wzrost satysfakcji z wykonywania obowiązków;
 - 3) minimalizację zanieczyszczeń środowiska naturalnego i zapobieganie ich powstawaniu;
 - 4) satysfakcję i zaspokojenie na najwyższym poziomie potrzeb żywieniowych każdego pacjenta oraz personelu poprzez zapewnienie żywności spełniającej wymagania wysokiego bezpieczeństwa zdrowotnego.

ROZDZIAŁ V
ZARZĄDZANIE SZPITALEM
Organy doradcze Dyrektora
§9

1. Rada Społeczna jest organem inicjującym i opiniodawczym Rady Powiatu Kolneńskiego oraz doradczym Dyrektora Szpitala.
2. Zasady i tryb działania Rady Społecznej określa Ustawa o działalności leczniczej oraz Statut Szpitala.

Zasady kierowania Szpitalem
§10

1. Dyrektor kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje Szpital na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem i gospodarką finansową.
4. Dyrektor Szpitala wyznacza zastępcę na czas swojej nieobecności.

§11

1. Dyrektor Szpitala wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
 - 1) koordynację działania wszystkich komórek Szpitala w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
 - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki,
 - 3) współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie realizacji zadań statutowych,
 - 4) realizację zadań zleconych przez organ założycielski,
 - 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych oraz wymaganiach zdrowotnych określonych odrębnymi przepisami,
 - 6) bieżący nadzór nad wykonywaniem przez Szpital zadań statutowych.

2. Wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
 - 1) zarządzenia,
 - 2) decyzje,
 - 3) instrukcje,
 - 4) procedury,
 - 5) komunikaty,
3. Wyznacza swoich zastępców.
4. Podejmuje decyzje w sprawach pracowniczych, a w szczególności:
 - 1) nawiązywania i rozwiązywania stosunków pracy,
 - 2) karania, nagradzania i wyróżniania pracowników,
 - 3) przyznawania premii i zmiany wynagrodzeń pracowniczych,
 - 4) umocowań pracowników do realizacji określonych zadań.
5. Zawiera umowy cywilno-prawne na realizację świadczeń zdrowotnych i inne.
6. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio podległych.
7. Dokonuje oceny jakości działań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych.
8. Wydaje zalecenia dotyczące jakości działań osób, z którymi pozostaje w stosunkach cywilno-prawnych, co nie wyłącza charakteru zawartych umów.
9. Ostatecznie rozpatruje skargi, wnioski i zażalenia pracowników i pacjentów.
10. Wydaje i zatwierdza regulaminy obowiązujące w Szpitalu.

§12

1. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
 - 1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika komórki organizacyjnej,
 - 2) kierownictwa i nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych,
 - 3) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
 - 4) współdziałanie z organem założycielskim i podmiotami leczniczymi,
 - 5) wydawanie aktów prawnych wewnętrznych,
 - 6) ustalenie Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,
 - 7) zakupu sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem postanowień ustawy o działalności leczniczej i innych odrębnych przepisów prawa.
2. Dyrektor Szpitala w szczególnie uzasadnionych przypadkach upoważnia zastępcę do czynności wymienionych w ust. 1 na czas swojej nieobecności.

§13

1. Dyrektor kieruje Szpitalem przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
 - 2) Przełożonej Pielęgniarek i Położnych,
 - 3) Głównego Księgowego,
 - 4) ordynatorów oddziałów szpitalnych i koordynatorów oddziałów szpitalnych wykonujących zadania wynikające z obowiązków ordynatora,
 - 5) kierowników komórek organizacyjnych podmiotu oraz specjalistów,
 - 6) osób zajmujących samodzielne stanowiska w Szpitalu.
 - 7) Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością.

§14

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa bezpośrednio kieruje i zarządza działalnością medyczną Szpitala.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa podlega służbowo bezpośrednio Dyrektorowi.
3. Realizuje nałożone zadania przy pomocy ordynatorów, koordynatorów i kierowników podległych komórek.
4. Do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy:
 - 1) Zastępowanie Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności,
 - 2) Zarządzanie i nadzór nad organizacją i jakością działalności podstawowej,
 - 3) Zapewnienie bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom,
 - 4) Nadzór nad doskonaleniem zawodowym oraz racjonalnym zatrudnianiem personelu, w obszarze realizowanych działań,
 - 5) Zaopatrzenie komórek działalności podstawowej Szpitala w artykuły i urządzenia medyczne, w tym leki oraz ich prawidłowe magazynowanie,
 - 6) Nadzór nad prawidłowym, racjonalnym i zgodnym z prawem wykorzystaniem zasobów udostępnionych do realizowania zadań, w tym leków.
5. Do obowiązków Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa należy również:
 - 1) Zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitalnej Izby Przyjęć pod względem medycznym, administracyjnym i gospodarczym.
 - 2) Nadzór nad starannym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji Szpitalnej Izby Przyjęć wg przyjętych zasad.

- 3) Zobowiązany jest każdorazowo do zapoznania się z raportem lekarza zabezpieczającego pracę Szpitalnej Izby Przyjęć i w wypadku przejścia informacji o istotnych zdarzeniach w czasie dyżuru przekazać Dyrektorowi Szpitala.
- 4) Wymaga za potwierdzeniem na piśmie od osób pracujących i dyżurujących w Szpitalnej Izbie Przyjęć znajomości pracy w tej komórce oraz zasad jej funkcjonowania.
- 5) Odpowiada za właściwe wyposażenie Szpitalnej Izby Przyjęć w niezbędny i sprawny sprzęt oraz leki.
- 6) Merytorycznie przygotowuje materiały niezbędne do składania ofert oraz negocjuje umowy i kontrakty na świadczenia zdrowotne.
- 7) Nadzór nad realizacją, sprawozdawczością i rozliczaniem zawartych umów i kontraktów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych.
- 8) Prowadzenie nadzoru nad problematyką epidemiologiczną w Szpitalu – monitorowanie, profilaktyka, podejmowanie działań operacyjnych w tym zakresie oraz analiza incydentów epidemiologicznych.
- 9) Prowadzenie nadzoru nad statystyką i sprawozdawczością medyczną.
- 10) Opiniowanie merytoryczne umów i kontraktów dotyczących zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną i inne działania dotyczące zakupów, remontów lub inwestycji z zakresu działalności podstawowej.
- 11) Prowadzenie nadzoru nad zgodnością z prawem zaopatrzenia podległych komórek organizacyjnych w artykuły i sprzęt niezbędny do ich funkcjonowania.
- 12) Doskonalenie organizacyjnej i funkcjonalnej działalności leczniczej Szpitala.
- 13) Przestrzeganie obowiązującego prawa.
- 14) Współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie realizowanych zadań.
- 15) Współpraca z podmiotami kontrolnymi i innymi służbami np. MZ, NFZ, PIP, WSSE.
- 16) Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają komórki organizacyjne wykazane w Schemacie Organizacyjnym Szpitala.
17. Z tytułu nałożonych obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa posiada uprawnienia do:
 - 1) podpisywania dokumentów finansowych dotyczących lecznictwa – na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora,
 - 2) merytorycznej oceny podległego personelu,
 - 3) opracowywania kryteriów doboru i dobór kadry medycznej wg opracowanych zasad,
 - 4) opiniowania merytorycznego projektów zamówień, planów i umów dotyczących sprzętu i aparatury medycznej,
 - 5) wnioskowania, analizowania, zgłaszania projektów i propozycji dotyczących obszaru realizowanych zadań,
 - 6) przyjmowania i rozpatrywania skarg, zażaleń oraz wniosków dotyczących lecznictwa,
 - 7) reprezentowania Szpitala na zewnątrz w sprawach związanych z realizowanymi zadaniami,
 - 8) wydawania poleceń wszystkim pracownikom w trakcie zastępowania Dyrektora,
 - 9) zarządzania zasobami ludzkimi w podległych komórkach organizacyjnych,
 - 10) wydawania poleceń wszystkim pracownikom w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia bezpieczeństwa ludzi lub/ i mienia,
 - 11) podpisywania dokumentów finansowych dotyczących całego Szpitala w trakcie nieobecności Dyrektora.

§15

1. Główny Księgowy podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Głównemu Księgowemu podlega bezpośrednio Sekcja Ekonomiczno-Finansowa.
3. Do obowiązków Głównego Księgowego należy w szczególności:
 - 1) kierowanie pracą podległych pracowników,
 - 2) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 3) prowadzenie gospodarki finansowej jednostki zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - 4) analiza wykorzystania środków będących w dyspozycji Szpitala,
 - 5) dokonywanie kontroli wewnętrznej finansów,
 - 6) opracowywanie projektów aktów prawnych wewnętrznych w kwestiach znajdujących się w kompetencjach Sekcji.

§16

1. Przełożona Pielęgniarek i Położnych podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Przełożona Pielęgniarek i Położnych kieruje pracą pielęgniarek i położnych.
3. Swoją funkcję wykonuje przy pomocy:
 - 1) Zastępcy Przełożonej Pielęgniarek i Położnych,
 - 2) pielęgniarek i położnych koordynujących.
4. Do obowiązków Przełożonej Pielęgniarek i Położnych Szpitala należy w szczególności:
 - 1) organizacja i nadzorowanie świadczenia całodobowej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej i położniczej w oddziałach i działach Szpitala.
 - 2) organizacja i nadzorowanie świadczeń pielęgniarskich w poradniach i pracowniach przyszpitalnych,
 - 3) koordynowanie organizacji pracy sekretarek medycznych w Szpitalu z wyłączeniem diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej,
 - 4) usprawnianie metod i sposobów pielęgnowania poprzez wytyczanie celów jakości opieki pielęgniarskiej,

- 5) wprowadzanie standardów pielęgnowania oraz ocena jakości opieki pielęgniarskiej,
- 6) określanie poziomu wymogów kwalifikacyjnych podległego personelu,
- 7) szacowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w poszczególnych komórkach organizacyjnych,
- 8) rekrutacja i dokonywanie wyboru osób na stanowiska pielęgniarskie, położnicze oraz wnioskowanie w sprawach związanych z obsadzaniem kierowniczych stanowisk podległego personelu,
- 9) powoływanie zespołów roboczych do zadań pielęgniarskich,
- 10) projektowanie wyposażenia pielęgniarskich stanowisk pracy w urządzenia, narzędzia i dokumentację,
- 11) organizowanie doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz nadzorowanie przebiegu praktyk zawodowych,
- 12) nadzór nad prawidłową adaptacją zawodową,
- 13) zatwierdzanie rozkładu pracy opracowanego przez pielęgniarkę koordynującą,
- 14) kontrola dyscypliny pracy oraz wizytacje komórek działalności podstawowej Szpitala.

§17

1. Kierownik Działu Farmacji podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Kierownikowi Działu Farmacji podlega bezpośrednio Dział Farmacji Szpitala.
3. Do obowiązków Kierownika Działu Farmacji należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie kompleksowego zaopatrzenia komórek organizacyjnych Szpitala w leki i wyroby medyczne,
 - 2) stwarzanie warunków organizacyjnych do wykonywania zadań w Dziale Farmacji,
 - 3) organizowanie pracy poprzez ustalenie odpowiednich procedur w zakresie wydawania leków i wyrobów medycznych,
 - 4) zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonania usług farmaceutycznych,
 - 5) organizowanie właściwego przepływu informacji do komórek organizacyjnych Szpitala,
 - 6) zapewnienie dostępu do leków poza godzinami pracy Działu Farmacji zgodnie z obowiązującą procedurą,
 - 7) nadzorowanie przechowywania leków w komórkach organizacyjnych poprzez kontrolę apteczek oddziałowych,
 - 8) czuwanie nad jakością leków i wyrobów medycznych poprzez uwzględnienie informacji zawartych w komunikatach Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego,
 - 9) udzielanie informacji o lekach personelowi medycznemu Szpitala,
 - 10) udział w racjonalizacji terapii przez udział w pracach Komitetu Terapeutycznego oraz Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - 11) prowadzenie ewidencji otrzymanych leków w formie darowizny.

§18

1. Kierownik Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Kierownikowi Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym podlega bezpośrednio Sekcja Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym.
3. Do obowiązków Kierownika Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym należy w szczególności:
 - 1) przygotowywanie ofert do NFZ na świadczenie usług medycznych,
 - 2) ustalanie standardów prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej,
 - 3) nadzór nad prawidłowym prowadzeniem ksiąg związanych z pobytem chorego w Szpitalu oraz kompletności historii choroby pacjentów wypisanych i zmarłych,
 - 4) nadzór nad przechowywaniem, udostępnianiem i brakowaniem dokumentacji medycznej oraz materiałów archiwalnych i akt.

§19

1. Kierownik Sekcji Administracyjno-Gospodarczej podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Kierownikowi Sekcji Administracyjno-Gospodarczej podlega bezpośrednio Sekcja Administracyjno-Gospodarcza.
3. Do obowiązków Kierownika Sekcji Administracyjno-Gospodarczej należy w szczególności:
 - 1) Zaopatrzenie komórek Szpitala w materiały niezbędne do ich działalności.
 - 2) Koordynacja gospodarki magazynowej i transportu wewnętrznego.
 - 3) Nadzór nad pracownikami odpowiedzialnymi za utrzymanie porządku na terenie posesji Szpitala.
 - 4) Zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji formalno-prawnej i technicznej zgodnie z procedurami.
 - 5) Planowanie, organizacja i kontrola wykorzystania środków transportu samochodowego będącego w dyspozycji Szpitala.
 - 6) Sporządzanie instrukcji i procedur sanitarnych i innych dotyczących działalności Działu Utrzymania Czystości.
 - 7) Nadzór nad działalnością Sali przygotowania i wydawania zwłok wraz z chłodzią do przechowywania.
 - 8) Nadzór nad wywozem nieczystości komunalnych oraz odbiorem odpadów medycznych.
 - 9) Przygotowywanie dokumentacji inwestycyjnej, kapitałnych i bieżących remontów.
 - 10) Prowadzenie nadzorów budowlanych zgodnie z posiadanymi uprawnieniami.
 - 11) Przestrzeganie reżimu sanitarnego w obrocie bielizną szpitalną.

- 12) Prowadzenie i przechowywanie dokumentacji technicznej podmiotu.
- 13) Nadzór nad poprawnością działania sieci i urządzeń telefonicznych.

§20

1. Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością podlega bezpośrednio Dyrektorowi.
2. Do obowiązków Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością należy w szczególności:
 - 1) Wdrożenie, bieżące funkcjonowanie i doskonalenie Systemu Zarządzania Jakością,
 - 2) Nadzór i zapewnienie aktualności dokumentów systemowych i stosowanych zapisów Systemu Zarządzania Jakością.
 - 3) Prawidłowe funkcjonowanie Systemu Zarządzania Jakością poprzez systematyczną analizę efektywności poszczególnych elementów systemu z punktu widzenia osiągania ustalonych celów jakościowych.
 - 4) Nadzorowanie audytów wewnętrznych w Szpitalu, w tym planowanie audytów i przydzielanie zadań audytorom wewnętrznym.
 - 5) Przygotowywanie i przedstawianie kierownictwu sprawozdań dotyczących działania Systemu Zarządzania Jakością.
 - 6) Organizowanie przeglądów Systemu Zarządzania Jakością.
 - 7) Nadzór wykonania działań korygujących i zapobiegawczych.
 - 8) Realizowanie czynności określonych w użytkowanych procedurach i instrukcjach Systemu Zarządzania Jakością.

Funkcjonowanie Szpitala

§21

1. W Szpitalu dopuszcza się możliwości tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb, zwanych dalej zespołami zadaniowymi.
2. Zespoły, o których mowa w ust. 1 są powoływane Zarządzeniem Dyrektora w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.

§22

Postępowanie kancelaryjne w Szpitalu, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism, używanie pieczęci określa instrukcja kancelaryjna ustalona przez Dyrektora Szpitala.

§23

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony przez Dyrektora w drodze zarządzenia, po uzgodnieniu ze związkami zawodowymi.
2. W Szpitalu obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez cały personel Szpitala.

§24

1. Dyrektor Szpitala w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych określa zgodnie z odrębnymi przepisami:
 - 1) standardy udzielania świadczeń, a w szczególności: normy zagęszczenia łóżek, likwidacji uchybień budowlanych, bezpieczeństwa używanego sprzętu, kwalifikacje personelu medycznego i minimalne normy zatrudnienia,
 - 2) standardy medyczne, a w szczególności: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, zapobiegania, Receptariusza Szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji.
 - 3) standardy organizacji i zarządzania Szpitalem, a w szczególności: bezpieczeństwa p/poż., zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.
2. Dyrektor Szpitala w sytuacjach tego wymagających zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami obcojęzycznymi przez 24 godziny na dobę.

§25

Komórki organizacyjne w zakresie swojej właściwości sporządzają projekty umów oraz ich zmiany, ewidencjonują umowy oraz monitorują okresy ich obowiązywania.

ROZDZIAŁ VI ORGANIZACJA WENĘTRZNA SZPITALA Struktura organizacyjna

§ 26

- I. W skład Szpitala Ogólnego w Kolnie wchodzi nieruchomości położone przy ul. Wojska Polskiego 69 i ul. Milewskiego 36.
- II. Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą:
 - 1) Zakłady lecznicze w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 14 ustawy o działalności leczniczej;

- a) Lecznictwo szpitalne,
 - b) Lecznictwo ambulatoryjne,
 - c) Lecznictwo inne niż szpitalne,
 - d) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne i Mikrobiologiczne.
- 2) Komórki działalności pomocniczej,
 - 3) Samodzielne stanowiska.
- III. W skład Szpitala wchodzi:
- 1) w ramach zakładów leczniczych – komórki organizacyjne działalności podstawowej,
 - 2) komórki organizacyjne działalności pomocniczej,
 - 3) samodzielne stanowiska.
- IV. W skład Szpitala wchodzi:
1. Zakład leczniczy pn. Lecznictwo szpitalne, w ramach którego funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Oddział Medycyny Paliatywnej,
 - 2) Oddział Wewnętrzny z Pododdziałem Geriatrycznym,
 - 3) Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu,
 - 4) Oddział Pediatryczny,
 - 5) Oddział Położniczo-Ginekologiczny,
 - 6) Oddział Psychiatryczny Ogólny,
 - 7) Blok Operacyjny,
 - 8) Pracownia Endoskopii,
 - 9) Zespół Transportu Medycznego,
 - 10) Psychiatryczna Izba Przyjęć,
 - 11) Szpitalna Izba Przyjęć,
 - 12) Dziecięca Izba Przyjęć,
 - 13) Dział Farmacji,
 - 14) Oddział Intensywnej Terapii Medycznej.
 2. Zakład leczniczy pn. Lecznictwo ambulatoryjne, w ramach którego funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Pracownia RTG,
 - 2) Pracownia USG,
 - 3) Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej,
 - 4) Poradnia Chirurgii Ogólnej,
 - 5) Poradnia Chirurgii Onkologicznej,
 - 6) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna,
 - 7) Poradnia Położniczo – Ginekologiczna,
 - 8) Poradnia Neonatologiczna i Ryzyka Okołoporodowego,
 - 9) Poradnia Otolaryngologiczna,
 - 10) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy,
 - 11) Poradnia Neurologiczna,
 - 12) Poradnia Urologiczna,
 - 13) Poradnia Alergologiczna,
 - 14) Poradnia Kardiologiczna,
 - 15) Poradnia Diabetologiczna,
 - 16) Poradnia Dermatologiczna,
 - 17) Poradnia Zdrowia Psychicznego,
 - 18) Poradnia Endokrynologiczna,
 - 19) Poradnia Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współzależnień,
 - 20) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni,
 - 21) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Dermatologicznej,
 - 22) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Poradni Endokrynologicznej,
 - 23) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Położniczo-Ginekologicznej,
 - 24) Gabinety Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
 - 25) Gabinet Zabiegowo-Szczepienny,
 - 26) Gabinet Pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
 - 27) Gabinet Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
 - 28) Gabinet Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej nr 1,
 - 29) Gabinet Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej nr 2,
 - 30) Hospicjum Domowe,
 - 31) Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu,
 - 32) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
 - 33) Poradnia Chorób Naczyń.
 - 34) Poradnia Chorób Wewnętrznych,

- 35) Poradnia Pediatria
- 36) Pracownia Tomografii Komputerowej.
3. Zakład leczniczy pn. Lecznictwo inne niż szpitalne, w ramach którego funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Poradnia Rehabilitacyjna,
 - 2) Pracownia Fizjoterapii,
 - 3) Ośrodek Rehabilitacji Diennej.
4. Zakład leczniczy pn. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne i Mikrobiologiczne, w ramach którego funkcjonują następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Laboratorium Analityczne,
 - 2) Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne.
5. Komórki działalności pomocniczej:
 - 1) Sekcja Służb Pracowniczych,
 - 2) Sekcja Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym,
 - 3) Sekcja Ekonomiczno-Finansowa,
 - 4) Sekcja Administracyjno-Gospodarcza,
 - 5) Dział Informatyki,
 - 6) Sala przygotowana i wydawania zwłok wraz z chłodnią do przechowywania,
 - 7) Sterylizatornia.
6. Samodzielne stanowiska:
 - 1) Kapelan szpitalny,
 - 2) Radca prawny,
 - 3) Psycholog kliniczny,
 - 4) Stanowisko ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych i promocji zdrowia,
 - 5) Stanowisko ds. obronności kraju,
 - 6) Stanowisko ds. bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przeciwpożarowych,
 - 7) Stanowisko ds. Zamówień Publicznych.

§27

Strukturę organizacyjną Szpitala określa schemat organizacyjny, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu, ustalający zależność służbową poszczególnych komórek organizacyjnych.

ROZDZIAŁ VII

ZADANIA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

Zadania wspólne komórek organizacyjnych Szpitala

§28

1. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:
 - 1) realizacja zadań Szpitala i celu, dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym Regulaminie,
 - 2) dbałość o należyty wizerunek Szpitala, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność zespołów, którymi kierują.
2. Zadania szczegółowe poszczególnych komórek, samodzielnych stanowisk, o których mowa w ust.1 określa załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§29

1. W Szpitalu świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz spełniające wymagania kwalifikacyjne określone w odrębnych przepisach.
2. Zakresy obowiązków pracowników działalności podstawowej określa załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
3. Szczegółowe zadania, uprawnienia oraz odpowiedzialności osób wymienionych w ust.2 znajdują się w aktach osobowych pracowników (opisy stanowisk).
4. W Szpitalu dopuszcza się wykonywanie świadczeń przez wolontariuszy.

§30

Liczbę łóżek rzeczywistych Szpitala określa załącznik nr 4 do niniejszego Regulaminu.

§31

Zasady współdziałania komórek organizacyjnych

1. Celem współdziałania jest:
 - 1) usprawnienie procesów informacyjno-decyzyjnych,
 - 2) prawidłowa realizacja zadań statutowych,
 - 3) integracja działań komórek organizacyjnych,
2. Do podstawowych elementów współdziałania zalicza się w szczególności odbywanie okresowych spotkań Dyrektora z ordynatorami, koordynatorami i kierownikami komórek działalności podstawowej oraz Przełożonej

- Pielęgniarek i Położnych.
3. Spotkania mają na celu:
 - 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
 - 2) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
 - 3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
 - 4) ocenę sytuacji finansowej.
 4. Ordynatorzy, koordynatorzy, kierownicy komórek organizacyjnych oraz pielęgniarki koordynujące zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach, o których mowa w ust.2.

CZĘŚĆ II-PORZĄDKOWA

ROZDZIAŁ VIII

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§32

1. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych osobom objętym ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie i na warunkach określonych w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz innymi instytucjami ubezpieczeniowymi, a także osobom nie objętym ubezpieczeniem zdrowotnym jeśli wyrażą wolę korzystania z tych świadczeń.
2. Świadczenia udzielane są bezpłatnie, za częściową odpłatnością, lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych lub kontraktach z dysponentem środków ubezpieczenia zdrowotnego, z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz innymi jednostkami organizacyjnymi.
3. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są w zakresie:
 - 1) stacjonarnej opieki zdrowotnej,
 - 2) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w szczególności świadczeń udzielanych przez poradnie specjalistyczne oraz inne komórki organizacyjne Szpitala.
 - 3) inne niż szpitalne.
4. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określają umowy z instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego oraz umowy z osobami fizycznymi, osobami prawnymi i innymi jednostkami organizacyjnymi.
5. W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie odrębnymi przepisami:
 - 1) świadczenia zdrowotne,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne,
 - 3) pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
6. Pacjentom w stanach terminalnych oraz ich rodzinie zgodnie z ich życzeniem, Dyrektor Szpitala zapewnia szczególną opiekę podczas pobytu w Szpitalu poprzez:
 - 1) zapewnienie atmosfery prywatności - zależnie od możliwości organizacyjnych oddziału umożliwienia pobytu w salach jednoosobowych. W przypadku konieczności pobytu pacjenta w sali wielołożkowej należy zadbać o zachowanie jak największej intymności,
 - 2) pacjent ma prawo nieograniczonego korzystania z opieki duszpasterskiej zgodnie z przekonaniem religijnym - szczególne informacje u pielęgniarki oddziału,
 - 3) nieograniczoną możliwość przebywania z pacjentem osób bliskich,
 - 4) wsparcie psychologa,
 - 5) zapewnienie leczenia przeciwbólowego zależnie od potrzeb,
 - 6) umożliwienie pacjentowi spisanie testamentu.

§33

1. Szpital prowadzi dokumentację medyczną pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem ochrony danych osobowych zawartych w dokumentacji.
2. Personel Szpitala jest obowiązany zachować w tajemnicy wszelkie informacje uzyskane w czasie wykonywania obowiązków.
3. Obowiązującą zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną, zasady jej kompletowania, prowadzenia udostępniania i przechowywania określa Dyrektor w oparciu o odrębne przepisy.

Szczegółowe uprawnienia

§34

1. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej posiadają:
 - 1) kobiety w ciąży, posiadające zaświadczenie potwierdzające ciążę i dokument tożsamości,
 - 2) osoby do 18 roku życia, posiadający zaświadczenie o stwierdzeniu ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo posiadający zaświadczenie o nieuleczalnej chorobie zagrażającej życiu, która powstała w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii,
 - 3) osoby, które posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawiają legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego

- Dawcy Przeszczepu”,
- 4) inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci,
 - 5) działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych,
 - 6) osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.
2. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalu i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że Szpital udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej listy oczekujących.
 3. Szpital udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2, w dniu zgłoszenia.
 4. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, Szpital wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie jest udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

Przyjęcie i odmowa przyjęcia pacjenta do Szpitala

§35

1. Przyjęcia pacjentów do Szpitala odbywają się całodobowo, na zasadach określonych w ogólnie obowiązujących przepisach, co oznacza, że:
 - 1) przyjęciu do Szpitala osoby zgłaszającej się lub kierowanej przez lekarza albo uprawnioną instytucję orzeka lekarz wyznaczony do tych czynności, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia i uzyskaniu zgody tej osoby lub przedstawiciela ustawowego, chyba że na mocy odrębnych przepisów możliwe jest przyjęcie do Szpitala bez wyrażenia zgody,
 - 2) jeżeli na skutek braku miejsc, zakresu udzielanych przez Szpital świadczeń lub ze względów epidemiologicznych pacjent skierowany do leczenia nie może zostać przez Szpital przyjęty, Szpital po udzieleniu niezbędnej pomocy medycznej zapewnia w razie potrzeby przewiezienie pacjenta do innego Szpitala, po uprzednim porozumieniu się z tym Szpitalem,
 - 3) jeżeli przyjęcie do Szpitala nie musi nastąpić natychmiast, nie występuje sytuacja bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia, a Szpital nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia, ordynatorzy/koordynatorzy wyznaczają termin, w którym nastąpi przyjęcie do Szpitala,
 - 4) pacjentów nie zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego, a wymagających leczenia ambulatoryjnego kieruje się z odpowiednimi zapisami dotyczącymi dalszego sposobu postępowania do odpowiednich podmiotów leczniczych.
2. Odmowa przyjęcia do Szpitala może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek cierpiący zwłoki, a brak udzielenia pomocy lekarskiej nie stanowi dla osoby pacjenta niebezpieczeństwa w szczególności: utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia w następujących przypadkach:
 - 1) brak wskazań lekarskich do hospitalizacji,
 - 2) braku zgody pacjenta na hospitalizację,
 - 3) braku wolnych miejsc w Szpitalu,
 - 4) braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń,
 - 5) jeżeli względy epidemiologiczne nie pozwalają na umieszczenie pacjenta w Szpitalu.
3. W przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego.

Listy oczekujących

§36

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia.
2. Oddziały i poradnie specjalistyczne Szpitala w szczególności:
 - 1) ustalają kolejność udzielenia świadczenia na podstawie zgłoszeń pacjentów wpisując ich na listę oczekujących,
 - 2) informują pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadniają przyczyny wyboru tego terminu,
 - 3) wpisują datę i przyczynę skreślenia pacjenta z listy oczekujących,
 - 4) każda zmiana terminu planowanego świadczenia medycznego może nastąpić po uzgodnieniu pomiędzy dwoma stronami osobiście lub telefonicznie i odnotowaniu we właściwej dokumentacji, w następujących okolicznościach:
 - a) rezygnacja pacjenta,
 - b) zdarzeń losowych i chorobowych,
 - c) w przypadku awarii aparatury niezbędnej do wykonania świadczenia.
3. Lista oczekujących stanowi integralną część dokumentacji medycznej.
4. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń.

ROZDZIAŁ IX
PORZĄDEK PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W POSZCZEGÓLNYCH KOMÓRKACH MEDYCZNYCH SZPITALA

IZBY PRZYJĘĆ

§37

1. Do zadań izb przyjęć należy w szczególności:
 - 1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
 - 2) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - 4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do oddziałów szpitalnych.

§38

W skład pomieszczeń izb przyjęć wchodzi w szczególności:

1. Poczekalnia,
2. Rejestracja chorych,
3. Pokój badań,
4. Sala intensywnego nadzoru medycznego,
5. Sala zabiegowa,
6. Izolatka,
7. Węzeł sanitarny.

§39

1. W skład personelu izb przyjęć wchodzi:
 - 1) kierownik,
 - 2) pielęgniarka koordynująca,
 - 3) lekarze,
 - 4) pielęgniarki lub położne,
 - 5) ratownicy medyczni,
 - 6) sekretarka medyczna,
 - 7) sanitariusze.
2. Personel Izby Przyjęć podlega w wykonywaniu swych czynności Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa. Do zadań izb przyjęć należy badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala, przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego, udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu, lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie, kierowanie chorych do właściwych komórek organizacyjnych Szpitala zgodnie z zaleceniami lekarza udzielającego świadczeń w ramach Izby Przyjęć.

§40

1. Praca Izby Przyjęć trwa całą dobę i prowadzona jest na zmiany.
2. Rozkład pracy pielęgniarek i ratowników Izby Przyjęć ustala Pielęgniarka Koordynująca w porozumieniu z Z-cą Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Przełożoną Pielęgniarek i Położnych Szpitala.
3. Lekarz Izby Przyjęć kieruje akcją udzielania pomocy chorym w przypadku masowego napływu poszkodowanych (katastrof).

§41

W Izbie Przyjęć poza obowiązującą dokumentacją medyczną wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się wykaz liczby łóżek, w tym łóżek wolnych na poszczególnych oddziałach Szpitala. Dane te podawane są do wiadomości właściwych instytucji zgodnie z wyznaczonym terminem.

§42

1. Każdy zgłaszający się pacjent ze skierowaniem lub przywieziony do Szpitala podlega wstępnemu badaniu medycznemu, wykonywanemu przez lekarza, celem ustalenia kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu.
2. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych, w uzasadnionych medycznie przypadkach, lekarz z własnej inicjatywy lub na wniosek pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego winien zasięgnąć opinii lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie, zwane dalej konsultacją specjalistyczną.
 - 1) konsultacje specjalistyczne w Izbie Przyjęć zawsze mają charakter pilny.
 - 2) szczegółowe zasady przeprowadzania konsultacji specjalistycznych określa § 60 niniejszego Regulaminu.
3. Po wyrażeniu pisemnej zgody na hospitalizację i leczenie pacjent powinien być doprowadzony lub przetransportowany do właściwego oddziału w sposób wskazany przez lekarza.
4. Jeżeli w czasie badania pacjenta okaże się, że istnieje podejrzenie występowania u niego choroby zakaźnej, należy bezzwłocznie skierować pacjenta do właściwego podmiotu leczniczego, a w pomieszczeniach, w których przebywał przeprowadzić doraźną dezynfekcję.

§43

1. Izby Przyjęć udzielają świadczeń zdrowotnych w trybie: planowym, pilnym oraz w przypadku wypadku masowego.
2. Szpital przejmuje odpowiedzialność za każdego nowo przyjętego pacjenta i jego mienie.
3. Obserwacja pacjenta w Izbie Przyjęć nie powinna trwać dłużej niż 24 godziny.

§44

1. Zasady postępowania w przypadku przyjęć w trybie planowym ustala się następująco:
 - 1) w celu ustalenia terminu planowej hospitalizacji pacjent winien zgłosić się ze skierowaniem, aktualnymi badaniami i inną dokumentacją z leczenia, w zależności od schorzenia na konsultację ordynatora, koordynatora lub wyznaczonego przez ordynatora, lekarza oddziału:
 - a) Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu – od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w oddziale, tel. 86 273 93 09,
 - b) Oddziału Wewnętrznego– od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w oddziale, tel. 86 273 93 24,
 - c) Oddziału Pediatricznego – od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w oddziale, tel. 86 273 93 18,
 - d) Oddziału Położniczo-Ginekologicznego– od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w oddziale, tel. 86 273 93 48,
 - e) Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego– od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w oddziale, tel. 86 273 93 52,
 - f) Oddziału Medycyny Paliatywnej – od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w oddziale, tel. 86 273 93 45,
 - g) Oddział Intensywnej Terapii Medycznej – od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 14⁰⁰ w oddziale, tel. 86 273 93 88.
 2. Rejestr pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego w terminie planowym prowadzi się w oddziałach szpitalnych.

§45

1. Pacjent przyjmowany w trybie planowym zgłasza się w wyznaczony terminie z:
 - 1) Kompletem wymaganej dokumentacji: skierowaniem do Szpitala, wymaganymi badaniami dodatkowymi, konsultacjami specjalistycznymi i wpisami stwierdzającymi odbycie posiadanych szczepień, dokumentacją medyczną z przebytych chorób i leczenia, dokumentem tożsamości, dowodem stwierdzającym ubezpieczenie zdrowotne.
 - 2) Wskazane jest posiadanie własnych przyborów toaletowych (ręcznik, szczoteczka do zębów, maszynka do golenia, kosmetyki, pidżama, szlafrok i obuwie domowe).

§46

1. Zasady postępowania w przypadku przyjęć w trybie pilnym:
 - 1) Jeżeli z rozpoznania wstępnego wynikają bezwzględne wskazania do natychmiastowego leczenia szpitalnego, lekarz przyjmujący pacjenta:
 - a) wydaje konieczne zlecenia lecznicze (diagnostyczne i ogólne) a następnie,
 - b) natychmiast wraz z pielęgniarką izby przyjęć transportuje pacjenta do właściwego oddziału.
 - 2) W sytuacjach, kiedy bezpośredniego zagrożenia życia nie ma, po zbadaniu przez lekarza przyjmującego pacjenta:
 - a) podaje się niezbędne leki,
 - b) wykonuje się niezbędne badania dodatkowe,
 - c) odbywają się konsultacje specjalistyczne,
 - d) transportuje się do właściwego oddziału.
2. Zasady postępowania w sytuacji konieczności nagłego udzielania pomocy medycznej dla osób przebywających na terenie Szpitala i jego posesji:
 - 1) wstępna ocena medyczna pacjenta i podjęcie niezbędnych czynności w sytuacji zagrożenia życia na terenie budynku Szpitala należy do obowiązków personelu komórki organizacyjnej, w której miało miejsce zdarzenie,
 - 2) wstępna ocena medyczna pacjenta i podjęcie niezbędnych czynności w sytuacji zagrożenia życia na terenie posesji Szpitala należy do obowiązków personelu izby przyjęć,
 - 3) po podjęciu niezbędnych czynności medycznych, zależnie od stanu zdrowia pacjent pod opieką personelu, o którym mowa powyżej winien być doprowadzony lub przetransportowany do izby przyjęć i przekazany pod opiekę lekarza przyjmującego.

§47

W chwili ogłoszenia przez lekarza przyjmującego wypadku masowego (wypadek z jednoczesnym transportem do Szpitala czterech i więcej osób w stanie zagrożenia życia i zdrowia) działalność całego Szpitala jest ukierunkowana na pomoc poszkodowanym, zgodnie z zasadą „zrobić jak najwięcej dla jak największej liczby poszkodowanych” z wykorzystaniem zasobów placówki oraz współpracy instytucji zewnętrznych.

§48

1. Pacjent przyjmowany do Szpitala winien być w stanie higienicznym nie budzącym zastrzeżeń.
2. W przypadku stwierdzenia złego stanu higienicznego:
 - 1) pacjent może być poddany zabiegom higienicznym i dezynfekcji,
 - 2) odzież zanieczyszczona lub z pasożytami zostaje poddana dezynfekcji

§49

1. Swoje rzeczy osobiste i odzież pacjent może przekazać towarzyszącym członkom rodziny lub upoważnionym osobom.
2. Odzież pozostawiona w Szpitalu może być przechowywana w magazynie odzieży chorych.
3. Swoje pieniądze i kosztowności pacjent może przekazać do depozytu Szpitala.
4. Szpital nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze pozostawione przy sobie i nie zadeklarowane do przechowania.
5. Przedmioty wartościowe znalezione przy pacjencie nieprzytomnym – w przypadku braku możliwości przekazania ich osobie bliskiej zabezpiecza Szpital.
6. Szczegółowe zasady przechowywania rzeczy wartościowych i odzieży chorych określają §170-§179 niniejszego Regulaminu.

§50

1. Lekarz Izby Przyjęć lub lekarz właściwego oddziału postanawia o zawiadomieniu członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekunów faktycznych pacjenta o:
 - 1) przyjęciu bez ich wiedzy do Szpitala pacjenta niepełnoletniego,
 - 2) przyjęciu pacjenta bez względu na wiek w przypadku nagłym i ciężkim albo o znacznym pogorszeniu się stanu zdrowia chorego lub o jego zgonie,
 - 3) przeniesieniu pacjenta do innego podmiotu leczniczego z podaniem dokładnego adresu tego podmiotu.
 - 4) Lekarz izby przyjęć lub lekarz właściwego oddziału postanawia o zawiadomieniu Policję o przyjęciu pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem nie można się skontaktować w czasie 4 godzin od przyjęcia.
2. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) oraz 3) dokonują sekretarka medyczna lub pielęgniarka izby przyjęć lub właściwego oddziału.
3. Zawiadomień, o których mowa w ust. 1 pkt. 2 dokonuje lekarz izby przyjęć lub właściwego oddziału.

§51

1. Tożsamość pacjentów przyjmowanych do Szpitala powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Obowiązek identyfikacji pacjenta przyjętego do Szpitala dotyczy wszystkich pacjentów zgłaszających się do leczenia szpitalnego.
3. Identyfikacja polega na założeniu opaski ze znakiem identyfikacyjnym nadanym pacjentowi na izbie przyjęć, na przegub dłoni lub stopy pacjenta.
4. Opaskę nakłada osoba przyjmująca pacjenta w izbie przyjęć Szpitala,
5. W przypadku odmowy pacjenta na założenie opaski, należy ten fakt odnotować w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Szczegółowe zasady identyfikacji pacjentów zostały zawarte w Rozdziale XVI ZAOPATRYWANIE PACJENTÓW W ZNAKI IDENTYFIKACYJNE.

§52

1. W każdym przypadku zgłoszenia się do Szpitala i przyjęcia pacjenta o nieznanymi danych osobowych, z chorobą lub obrażeniami ciała mogącymi być skutkiem działania przestępczego, lekarz przyjmujący powiadamia Policję.
2. W każdym przypadku dokonania przyjęcia lub nastąpienia zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów potwierdzających tożsamość w czasie 8 godzin od przyjęcia lub zgonu, lekarz zobowiązany jest poinformować o tym fakcie Policję.

ODDZIAŁY SZPITALNE

§53

1. Oddział jest podstawową komórką organizacyjną leczniczo-profilaktyczno-rehabilitacyjnej działalności Szpitala.
2. Dyrektor Szpitala określa ilość oddziałów wraz z ich strukturą wewnętrzną oraz liczbą łóżek.

§54

1. Oddział może dzielić się na pododdziały.
2. Oddział lub pododdział dzieli się na odcinki lekarskie i pielęgniarskie.
3. Wielkość odcinka lekarskiego i pielęgniarskiego określa ordynator, koordynator oddziału i pielęgniarka koordynująca w porozumieniu z Dyrektorem i Przełożoną Pielęgniarek i Położnych Szpitala.

§55

1. W skład pomieszczeń oddziału wchodzi:
 - 1) pokoje dla pacjentów,
 - 2) pokoje dziennego pobytu pacjentów,
 - 3) pokoje badań i zabiegów lekarskich,
 - 4) pokój ordynatora, koordynatora
 - 5) pokój lekarzy,

- 6) pokój pielęgniarki koordynującej,
 - 7) punkt pielęgniarski,
 - 8) pomieszczenia socjalne dla personelu,
 - 9) podręczny skład zapasowego sprzętu, magazyn czystej bielizny i apteczka oddziałowa,
 - 10) węzły sanitarne dla pacjentów i osobne dla personelu,
 - 11) brudowniki,
 - 12) pomieszczenia porządkowe.
2. Punkty pielęgniarskie w zależności od warunków mogą mieścić się w osobnych pokojach, w oświetlonych wnękach lub na korytarzu.
 3. W zależności od specjalności oddziału mogą się w nim znajdować inne pomieszczenia, a w szczególności: bloki operacyjne, gabinety zabiegowe o podwyższonym standardzie, trakty i sale porodowe, pokój opatrunkowy, pokój badań przyrządowych (np. EKG), pokój gimnastyki leczniczej.

§56

1. W szczególnych salach chorych mogą przebywać pacjenci tylko tej samej płci.
2. W salach o wzmożonym nadzorze medycznym podczas udzielania świadczeń zdrowotnych mogą przebywać kobiety i mężczyźni, przy zapewnieniu im intymności.
3. Zasada zachowania intymności dotyczy wszystkich czynności wykonywanych przy pacjencie.

§57

1. W skład personelu oddziału wchodzi:
 - 1) ordynator lub koordynator
 - 2) Lekarze,
 - 3) Pielęgniarka lub położna koordynująca,
 - 4) Pielęgniarki lub położne,
 - 5) Ratownicy medyczni,
 - 6) Sekretarka medyczna,
 - 7) Rehabilitanci,
 - 8) Psycholog,
 - 9) Personel pomocniczy.

§58

1. Rozkład pracy lekarzy w oddziale ustala ordynator lub koordynator w porozumieniu z Dyrektorem Szpitala.
2. Rozkład pracy pozostałego personelu oddziału ustala pielęgniarka koordynująca w porozumieniu z ordynatorem lub koordynatorem oddziału oraz Przełożoną Pielęgniarek i Położnych Szpitala.

§59

Z Regulaminem Organizacyjnym i topografią oddziału zapoznaje pacjenta pielęgniarka/położna oddziału.

§60

1. Badanie w celu ustalenia rozpoznania, ustalenia planu leczenia oraz leczenie powinno być rozpoczęte niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do oddziału.
2. Plan opieki lekarsko-pielęgniarskiej nad pacjentem opracowywany jest w ciągu 24 godzin od przyjęcia i modyfikowany w zależności od potrzeb.
3. Pacjent zostaje poinformowany o głównych założeniach planu opieki nad pacjentem oraz o osobach sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem w oddziale.
4. W razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz z własnej inicjatywy bądź na wniosek pacjenta lub przedstawiciela ustawowego, jeżeli uzna to za uzasadnione w świetle wymagań wiedzy medycznej powinien zorganizować konsultację specjalistyczną.
5. Konsultacje specjalistyczne w oddziale odbywają się w trybie pilnym lub planowym.
6. Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne i zabiegi lecznicze powinni być zależnie od stanu zdrowia, przeprowadzani lub transportowani.

§61

1. W Szpitalu obowiązują następujące zasady uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na zabieg operacyjny lub zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta.
 - 1) Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta po uzyskaniu jego pisemnej zgody.
 - 2) Przed wyrażeniem zgody przez pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
 - 3) Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę stwarzającą podwyższone ryzyko u pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia pisemnej zgody po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub, gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego pisemna zgoda.
 - 4) Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do

- świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w pkt.1, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
- 5) Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 1, bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
 - 6) O okolicznościach, o których mowa w ust. 3-5, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta.
 - 7) Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego, metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
 - 8) O okolicznościach, o których mowa w pkt. 7, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy.
2. W przypadku osób niedowidzących lub niewidomych zgodę pacjenta uzyskuje się po głośnym odczytaniu treści podpisywanego przez pacjenta formularza „Świadomej zgody na zabieg/badanie”.
 3. Wykaz procedur leczniczych i diagnostycznych wymagających świadomej zgody pacjenta stanowi załącznik nr 6 niniejszego Regulaminu.

§62

Zasady przeprowadzania konsultacji medycznej pacjenta ustala się następująco:

1. Decyzję o konsultacji podejmuje lekarz, po czym wpisuje ją do karty zleceń i zgłasza bezpośrednio lub przez pielęgniarkę/położną/sekretarkę medyczną.
2. Pacjent winien być poinformowany o konieczności konsultacji.
3. Zgłoszenie konsultacji specjalistom pracującym w Szpitalu może być dokonane telefonicznie.
4. Zgłoszenie konsultacji specjalistom nie pracującym w Szpitalu dokonują wyłącznie lekarze.
5. Przy zgłaszaniu konsultacji obowiązuje podanie nazwy oddziału, nazwiska pacjenta, głównego problemu wezwania oraz trybu konsultacji (pilny lub planowy).
6. Odbiorcą zgłoszenia może być lekarz lub pielęgniarka/położna/sekretarka medyczna.
7. Jeśli zgłoszenie zostało odebrane przez pielęgniarkę, położną lub sekretarkę medyczną powinna ona niezwłocznie powiadomić ordynatora, koordynatora lub lekarza zabezpieczającego pracę oddziału o treści i czasie zgłoszenia konsultacji oraz w jakim trybie ma się odbyć. Informacja o konsultacji zobowiązuje lekarza do jej przeprowadzenia lub przekazania tego obowiązku innemu lekarzowi. Konsultacje planowe winny być zgłaszane w godzinach rannych, jednak nie później niż do godz. 11⁰⁰. Realizacja konsultacji powinna mieć miejsce w dniu zgłoszenia, a w uzasadnionych przypadkach nie później niż 24 godziny od zgłoszenia.
8. Konsultacje pilne winny być realizowane niezwłocznie po zgłoszeniu, bez względu na porę dnia i nocy. W sytuacjach nagłych, związanych z zagrożeniem zatrzymania podstawowych czynności życiowych wnioski i zalecenia mogą być przekazane ustnie.
9. Decyzję o wdrożeniu zaleceń konsultanta podejmuje lekarz leczący.
10. Wnioski i zalecenia wynikające z konsultacji w oddziale winny być wpisane do karty konsultacyjnej w historii choroby i jeżeli to możliwe osobiście przekazane lekarzowi leczącemu.
11. Treść konsultacji w Izbie Przyjęć winna być wpisana do Księgi Porad i Odmów Ambulatoryjnych.

§63

1. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się zasady postępowania przekazania pacjentów kolejnym zmianom:
 - 1) codziennie w wyznaczonych w oddziałach Szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek, położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
 - 2) lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
 - 3) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich,
 - 4) pielęgniarski i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach w formie ustnej i pisemnej na koniec każdej zmiany,

- 5) raport pielęgniarki sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich.
2. Dla sprawnego funkcjonowania oddziałów ustala się następujące zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta między oddziałami Szpitala:
 - 1) pacjent może być przekazany do innego oddziału po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem lub koordynatorem właściwego oddziału lub lekarzem oddziału,
 - 2) wypis z oddziału i przyjęcie do innego oddziału winno zawierać ten sam numer księgi głównej. Historia choroby jest przekazana do oddziału jako załącznik indywidualnej dokumentacji prowadzonej w danym oddziale, dopisuje się natomiast numer księgi oddziałowej.
3. Zasady postępowania w przypadku przekazania pacjenta do innego podmiotu leczniczego:
 - 1) pacjent może być przekazany do innego podmiotu leczniczego po wstępnym uzgodnieniu z ordynatorem, koordynatorem lub lekarzem właściwego oddziału tego podmiotu,
 - 2) Ordynator, koordynator lub lekarz przekazujący pacjenta do innego podmiotu leczniczego dokonuje adnotacji w historii choroby, do jakiej placówki został przekazany i z kim zostało ustalone przyjęcie,
 - 3) zakończoną Historię choroby przekazuje do Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym,
 - 4) o rodzaju środka transportu decyduje lekarz przekazujący pacjenta (transport sanitarny/specjalistyczny/transport własny pacjenta),
 - 5) po przybyciu zespołu transportującego personel oddziału przekazuje pacjenta oraz zabezpieczoną w kopercie dokumentację medyczną, udziela niezbędnych informacji,
 - 6) personel zespołu transportującego przejmuje odpowiedzialność oraz opiekę nad pacjentem i dokumentacją medyczną do czasu przekazania do podmiotu leczniczego, do którego kierowany jest pacjent.

§64

Wypisanie pacjenta ze Szpitala następuje według następujących zasad:

1. Obowiązkiem lekarza leczącego jest zgłoszenie ordynatorowi lub koordynatorowi wniosku o wypisanie pacjenta niezwłocznie po zakończeniu leczenia szpitalnego.
2. Lekarz leczący wydając Kartę informacyjną dokładnie przedstawia pacjentowi dalsze zalecenia.
3. Do chwili opuszczenia Szpitala pacjent pozostaje w rejestrze pacjentów.

§65

1. Wypisanie ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu;
 - 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego;
 - 3) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażący narusza Regulamin Organizacyjny, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia i innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w Szpitalu, Dyrektor Szpitala lub lekarz przez niego wyznaczony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala Sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze Szpitala i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu, po czym osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotacje w dokumentacji medycznej.

§66

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala będącego publicznym zakładem opieki zdrowotnej w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, a który nie wyraża zgody na wypisanie ze Szpitala ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od tego momentu, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych. Decyzje w tej sprawie podejmuje Dyrektor na wniosek ordynatora lub koordynatora oddziału.

§67

1. Lekarz zlecający badanie diagnostyczne informuje pacjenta o przewidywanym terminie odbioru wyniku.
2. Lekarz w zależności od wyniku badania podejmuje decyzję o pilnym wezwaniu pacjenta lub przekazaniu wyniku do dokumentacji medycznej pacjenta.
3. W przypadku nieprawidłowego wyniku, lekarz wyznacza termin i miejsce wizyty kontrolnej.
4. Sekretarka medyczna powiadamia pacjenta telefonicznie lub listownie o możliwości odbioru wyniku lub terminie i miejscu wizyty kontrolnej:
 - 1) oryginał wyniku zostaje w dokumentacji pacjenta,
 - 2) kopię wyniku odbiera pacjent za pokwitowaniem na oryginale wyniku.

§68

Ramowy rozkład dnia w zakresie opieki medycznej nad pacjentami w oddziale:

L.p	Godzina	Czynności w oddziale
1.	6 ⁰⁰ - 8 ⁰⁰	Pomiar ciepłoty ciała, tętna, oddechów i innych parametrów. Pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych. Wykonywanie niektórych badań diagnostycznych. Toaleta pacjentów, ścielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej. Sprzątanie.
2.	8 ⁰⁰ -9 ⁰⁰	Śniadanie.
3.	8 ⁰⁰ -10 ⁰⁰	Obchody lekarskie, wszyscy pacjenci znajdują się w łóżkach.
4.	10 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie. Inne czynności związane z funkcjonowaniem Oddziału.
5.	12 ⁰⁰ -14 ⁰⁰	Obiad
6.	14 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	Wypoczynek pacjentów. Organizacja czasu wolnego pacjentom.
7.	16 ⁰⁰ -19 ⁰⁰	Mierzenie ciepłoty, tętna i innych parametrów. Realizacja zleceń lekarskich, zabiegów i badań diagnostycznych. Konsultacje lekarskie. Inne czynności związane z funkcjonowaniem oddziału. Obchody wieczorne lekarzy dyżurnych.
8.	17 ⁰⁰ -18 ⁰⁰	Kolacja.
9.	18 ⁰⁰ -21 ⁰⁰	Wykonywanie zleceń lekarskich.
10.	22 ⁰⁰ -6 ⁰⁰	Cisza nocna

§69

1. Pacjenci przebywający w Szpitalu mogą korzystać z:
 - 1) bezpośredniego kontaktu z osobą duchowną. Szczegółowe informacje u pielęgniarki oddziału,
 - 2) obrzędów religijnych odbywających się w Kaplicy Szpitala według ustalonych godzin,
 - 3) skrzynki pocztowej znajdującej się przed budynkiem głównym Szpitala,
 - 4) korzystanie z własnego sprzętu elektrycznego oraz elektronicznego np: suszarka, ładowarka, laptop jest bezpłatne.
2. W czasie wolnym pacjenci oraz członkowie ich rodzin mogą uczestniczyć w programach promocji zdrowia prowadzonych przez Szpital.

§70

W porze przeznaczony na posiłki dla pacjentów nie należy przeprowadzać badań i zabiegów, chyba, że zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki.

§71

Dostarczanie pacjentom żywności jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym.

§72

1. Na wniosek pacjenta lub członka jego rodziny ordynator, koordynator może zezwolić na indywidualną opiekę przez wskazaną osobę.
2. Personelowi oddziału nie wolno przebywać w salach pacjentów po zakończeniu pracy i przekazaniu jej następnej zmianie, bez uzyskania zgody bezpośredniego przełożonego.

BLOK OPERACYJNY

§73

1. Blok Operacyjny stanowi wydzieloną komórkę Szpitala.

§74

1. Blok Operacyjny, sale zabiegowe oraz trakt porodowy w oddziale składają się z:
 - 1) jednej lub kilku sal operacyjnych,
 - 2) pomieszczeń mycia i dezynfekcji narzędzi,
 - 3) pokoi do przechowywania narzędzi sterylnych,
 - 4) pomieszczeń pomocniczych.
2. Trakt porodowy posiada dodatkowo sale przedporodowe, porodowe i salę noworodkową.

§75

W skład personelu Bloku Operacyjnego, sal zabiegowych oraz traktatu porodowego wchodzi:

1. Kierownik lub ordynator, koordynator
2. Lekarze operatorzy,
3. Lekarze anestezjodzy,
4. Pielęgniarki lub położne instrumentariuszki,

5. Pielęgniarki lub położne anestezjologiczne,
6. Personel pomocniczy.

§76

Personel znajdujący się w sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu operacyjnego w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operacyjnemu, a w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.

§77

1. Na Bloku Operacyjnym, salach zabiegowych oraz trakcie porodowym poza obowiązującą dokumentacją wynikającą z odrębnych przepisów prowadzi się protokoły zużycia materiałów według obowiązujących wzorów.
2. Na Bloku Operacyjnym prowadzona jest dokumentacja wykonywanych zabiegów, w tym również Okołooperacyjna Karta Kontrolna (OKK) dla każdego zabiegu. Osobą odpowiedzialną za dokonywanie wpisów do OKK - Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej - jest lekarz anestezjolog biorący udział w danym zabiegu. Koordynator karty dokonuje wpisów w OKK na podstawie informacji udzielonych przez członków zespołu operacyjnego zgodnie z zakresem ich zadań podczas zabiegu.
3. Opisy operacyjne sporządza lekarz operujący lub lekarz pełniący pierwszą asystę.
4. W przypadku pobrania materiału do badań histopatologicznych skierowanie na to badanie sporządza bezpośrednio po zakończeniu operacji lekarz operujący lub pierwszy asystent.

§78

1. Lekarz operujący jest zobowiązany osobiście zbadać pacjenta przed rozpoczęciem operacji, upewnić się, czy pacjent bądź osoby bliskie dla niego wyraziły pisemną zgodę na zabieg operacyjny, bądź też czy zachodzą podstawy do wykonania zabiegu bez uzyskania tej zgody.
2. Lekarz anestezjolog zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, nie później niż 24 godziny przed zabiegiem w trybie planowym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia i wskazaniami medycznymi; lekarz anestezjolog może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia.
3. Szczegółowe informacje dotyczące znieczulania znajdują się w „Informacji dla pacjenta na temat znieczulenia” stanowiącej załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu.
4. Przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego należy odpowiednio przygotować pacjenta pod względem jego kondycji psychicznej i fizycznej.

§79

Po zakończeniu operacji pacjent powinien być przekazany przez personel sali operacyjnej lub personel anestezjologiczny pod opiekę personelowi sali wybudzeniowej lub oddziału oraz pozostawać pod stałą kontrolą lekarską. Wszelkie zlecenia lekarskie powinny być widoczne w dokumentacji medycznej pacjenta.

§80

Blok Operacyjny, sale zabiegowe oraz trakt porodowy w oddziale są utrzymane w stanie stałego pogotowia operacyjnego oraz zorganizowane w taki sposób, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i aparatura medyczna były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.

§81

Zabiegi planowe odbywają się według ustalonego harmonogramu umieszczonego na tablicy z podaniem danych osobowych pacjenta, oddziału na którym przebywa, rozpoznania, rodzaju znieczulenia i wyznaczonego personelu operacyjnego. Wszelkie zmiany w harmonogramie operacji mogą nastąpić za zgodą kierownika bloku oraz za zgodą lekarza anestezjologa.

§82

1. Wstęp na salę operacyjną w czasie trwania zabiegu mają poza personelem operacyjnym tylko osoby, które uzyskały zezwolenie kierownika Bloku Operacyjnego i lekarza operującego. Kierownicy komórek organizacyjnych lub wyznaczone przez nich osoby ponoszą pełną odpowiedzialność za wprowadzenie na Blok Operacyjny stażystów i innych osób szkolących się, po uprzednim uzyskaniu zgody kierownika Bloku Operacyjnego.
2. W pomieszczeniach Bloku Operacyjnego, a zwłaszcza na sali operacyjnej w czasie trwania zabiegu operacyjnego obowiązuje zachowanie bezwzględnej ciszy.
3. Po każdym zabiegu operacyjnym należy niezwłocznie uporządkować salę, przeliczyć narzędzia i bieliznę operacyjną, materiał opatrunkowy i przygotować nowe zestawy.

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

§83

1. Świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udzielane są w poradniach specjalistycznych przez lekarze specjalistów danej poradni, zwanych dalej lekarzami specjalistami.
2. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń: ginekologa, wenerologa, psychiatry, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów, dla cywilów niewidomych, ofiar działań wojennych, dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego, uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas

wykonywania zadań poza granicami państwa oraz osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

- Świadczenia związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§84

Pacjent ma prawo do wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy udzielających świadczeń ambulatoryjnych.

§85

- Rejestracja pacjentów może być dokonywana osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem elektronicznego systemu rejestracji.
- Świadczenia specjalistyczne udzielane są według kolejności zgłoszeń.
- Poradnie specjalistyczne prowadzą listy oczekujących na świadczenia.

§86

Pacjent przyjmowany w poradni specjalistycznej zgłasza się w wyznaczonym terminie z:

- dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,
- wynikami badań wykonywanych za zlecenie lekarza POZ, leżące w jego kompetencji,
- kartami informacyjnymi z leczenia szpitalnego, jeśli pacjent był wcześniej hospitalizowany.

§87

- W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowanie:
 - na badania diagnostyczne,
 - do innych poradni specjalistycznych,
 - do leczenia stacjonarnego w Szpitalu,
- W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni specjalistycznej.
- Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust.2 informuje lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad pacjentem o przebiegu leczenia oraz o objęciu pacjenta stałym leczeniem specjalistycznym.

§88

W każdej poradni specjalistycznej w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są:

- informacje o ogólnych zasadach udzielania świadczeń,
- o sposobie rejestracji,
- dniach i godzinach przyjęć przy lekarzy specjalistów,
- wyszczególnienie godzin pracy każdego lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych.

LABORATORIA I PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

§89

- Laboratoria i pracownie diagnostyczne udzielają świadczeń zdrowotnych obejmujących badania diagnostyczne w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.
- Świadczenia zdrowotne udzielane są na podstawie skierowania lekarza lub osoby posiadającej wymagane kwalifikacje do udzielania świadczeń na podstawie obowiązujących przepisów.
- Laboratoria i pracownie diagnostyczne udzielają także świadczeń zdrowotnych odpłatnie, na żądanie pacjenta w zakresie przewidzianym odrębnymi przepisami. Pobieranie opłat odbywa się zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.
- Wykonanie świadczenia zdrowotnego w laboratorium lub pracowni diagnostycznej następuje po uprzedniej rejestracji osobistej lub telefonicznej.
- Świadczenie zdrowotne niemożliwe do wykonania w Szpitalu z uwagi na jego brak w katalogu świadczeń Szpitala jest zalecane do wykonania w zewnętrznych zakładach diagnostycznych zgodnie z zawartymi umowami.

LABORATORIUM ANALITYCZNE I MEDYCZNE LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNE

§90

- Zadaniem Laboratorium jest wykonywanie badań z zakresu analiz lekarskich u pacjentów leczonych w Szpitalu, w poradniach specjalistycznych oraz u pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosowanych umów, a także pacjentów bez skierowania, jeśli wyrażą taką wolę.
- Laboratorium świadczy usługi całodobowo.
- Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika Laboratorium. Katalog badań znajduje się u Kierownika i podawany jest do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.

§91

- W skład Laboratorium Analitycznego wchodzi:
 - Pracownia Biochemii,
 - Pracownia Analityki,
 - Pracownia Hematologii z Koagulologią,
 - Pracownia Immunochemii,
 - Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi,
- W skład Medycznego Laboratorium Mikrobiologicznego wchodzi:

- 1) Pracownia Bakteriologii,
- 2) Pracownia Badań Mikrobiologicznych i Fizykochemicznych Wody.

§ 92

W skład personelu Laboratorium wchodzi:

1. Kierownik,
2. Asystenci laboratorium,
3. Technicy analityki medycznej,
4. Analitycy medyczni,
5. Sekretarki medyczne,
6. Personel pomocniczy.

§93

1. Przyjmowanie materiałów z komórek medycznych Szpitala odbywa się w trybie planowym i pilnym. Godziny przyjmowania Kierownik Laboratorium podaje do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych.
2. Materiał do badania od pacjentów pobiera personel właściwego oddziału przestrzegając wskazówek Kierownika Laboratorium.
3. Materiał od pacjentów zgłaszających się do laboratorium pobiera personel Laboratorium.

§94

1. Materiał pobrany do badań planowych odbierany jest przez pracownika Laboratorium według ustalonych godzin.
2. Materiał pobrany w trybie pilnym dostarczany jest bezpośrednio po pobraniu od pacjenta, po odpowiednim zabezpieczeniu.
3. Materiał do badania oznaczony jako "pilne" poddaje się analizie w pierwszej kolejności.

§95

Laboratorium przyjmuje tylko taki materiał do badania, który zastał przekazany wraz z dokładnie wypełnionym skierowaniem materiału do badania, podpisaną przez osobę zlecającą, oraz tylko takie naczynia z materiałem do badania, które zostały prawidłowo oznakowane.

§96

1. Laboratorium może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego lub nieodpowiednio zabezpieczonego albo zażądać powtórnego dostarczenia materiału bądź pobrania materiału przez upoważniony personel Laboratorium.
2. Badanie, którego wynik wzbudził wątpliwości lekarza wykonuje się ponownie bez zbędnej zwłoki.

§97

1. W celu kontroli wyniku badania Kierownik Laboratorium może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Szczegółowy zakres przebiegu procesu badania oraz jakości tego badania regulują wewnętrzne procedury Laboratorium.
3. Laboratorium stosując zasady Dobrej Praktyki Laboratoryjnej informuje o krytycznych przekroczeniach norm laboratoryjnych oraz o wynikach znacząco odbiegających od średniej wartości uzyskiwanej w procesie diagnostycznym. Informacja odbywa się przez powiadamianie lekarza kierującego telefonicznie o wartościach krytycznych oraz przez informowanie pacjenta wykupującego badania prywatnie o znaczących zaburzeniach przy odbiorze wyników.

§98

Wyniki badania odbierają z Laboratorium pracownicy medycznych komórek organizacyjnych, pracownicy innych podmiotów leczniczych lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

§99

1. Materiał przesłany do badania stanowi własność Laboratorium.
2. Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania analiz określają odrębne przepisy.

PRACOWNIA USG, PRACOWNIA RTG I PRACOWNIA TOMOGRAFU KOMPUTEROWEGO

§100

1. Zadaniem pracowni jest wykonywanie badań radiologicznych, ultrasonograficznych, tomografii komputerowej u pacjentów leczonych w Szpitalu, poradniach specjalistycznych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosownych umów a także w przypadku badań ultrasonograficznych pacjentów bez skierowania, jeśli wyrażą taką wolę.
2. Pracownie świadczą usługi całodobowo.
3. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika. Katalog badań znajduje się u Kierownika Pracowni i podawany jest do wiadomości wszystkich medycznych komórek organizacyjnych Szpitala.

§101

W skład personelu pracowni wchodzi:

1. Lekarze,

2. Kierownik zespołu techników radiologii,
3. Inspektor ds. ochrony radiologicznej,
4. Technicy elektroradiologii,

§102

1. Aparatura i sprzęt medyczny używany w pracowniach podlega konserwacji i okresowej kontroli zgodnie z przyjętymi procedurami pracowni i w oparciu o odrębne przepisy.
2. Pracownie powinny być należycie zabezpieczone przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury i sprzętu medycznego.

§103

Sposób przygotowania pacjentów do badania i sposób jego wykonania określa lekarz radiolog.

§104

1. W pracowniach prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań należy poddać badaniu wszystkich pacjentów w przypadkach nagłych i nie cierpiących zwłoki.
2. W przypadkach pilnych wyniki badania należy sporządzić tego samego dnia tak, aby były od razu do dyspozycji oddziału. W innych przypadkach wyniki powinny być przygotowane na dzień następnny tak, aby oddziały mogły korzystać z nich w czasie rannego obchodu.

§105

1. Lekarz opisujący wynik badania może zażądać danych dotyczących leczenia, zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Szczegółowy przebieg procesu badania oraz jakości tego badania określają wewnętrzne procedury pracowni.

§106

Wyniki badania odbierają pracownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala, pracownicy innych podmiotów leczniczych lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

§107

Postępowanie z materiałem pozostałym po wykonaniu badania oraz materiałem używanym do wykonania badań określają wewnętrzne procedury pracowni oparte na odrębnych przepisach.

PRACOWNIE BADAŃ NIEINWAZYJNYCH I INWAZYJNYCH

§108

1. Zadaniem Pracowni Badań Nieinwazyjnych i Inwazyjnych jest wykonywanie badań u pacjentów leczonych w Szpitalu, w poradniach przyszpitalnych oraz pacjentów kierowanych przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia stosowanych umów, a także pacjentów bez skierowania, jeśli wyrażą taką wolę.
2. Pracownie świadczą usługi w wyznaczonych dniach i godzinach. W każdej Pracowni w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów umieszczone są informacje o dniach i godzinach przyjęć na badanie. Dni i godziny przyjęć podane są do wiadomości oddziałów, poradni oraz innych podmiotów leczniczych.
3. Pracownie działają w oparciu o organizację oddziału określonej specjalności wykonywanych badań.
4. Szczegółowy zakres przeprowadzanych badań poszczególnych pracowni określa Dyrektor Szpitala na wniosek ordynatora, koordynatora, kierownika właściwego oddziału.

§109

W skład Pracowni Badań Nieinwazyjnych i Inwazyjnych wchodzi:

1. Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej - nieinwazyjnej wykonująca badania echokardiograficzne, badania holterowskie, próbę wysiłkową,
2. Pracownia diagnostyki inwazyjnej - Pracownia Endoskopowa.

§110

Świadczenia zdrowotne w pracowniach udzielane są przez lekarzy specjalistów.

§111

1. Aparatura i sprzęt medyczny używany w pracowniach podlega konserwacji i okresowej kontroli zgodnie z przyjętymi procedurami i w oparciu o odrębne przepisy.
2. Pracownie są należycie zabezpieczone przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury i sprzętu medycznego.

§112

Sposób przygotowania pacjentów do badania oraz sposób wykonania badania określa lekarz specjalista wykonujący badanie.

§113

W pracowniach prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów przyjęć pacjentów do badań planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby badań należy poddać badaniu wszystkich pacjentów, u których wystąpiła nagła potrzeba wykonania badania.

§114

Wynik badania odbierają pracownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala, pracownicy innych podmiotów leczniczych lub osobiście pacjenci albo osoby przez nich upoważnione.

§115

Lekarz opisujący wynik badania uprawniony jest do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta dotyczącą leczenia.

§116

Postępowanie z materiałem: pobranym do dalszego badania, pozostałym po badaniu oraz używanym do badań określają wewnętrzne procedury oparte na odrębnych przepisach.

**PORADNIA REHABILITACYJNA, PRACOWNIA FIZJOTERAPII,
OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ**

§117

1. Zadaniem poradni, ośrodka oraz pracowni jest udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z rehabilitacją pacjentom leczonym w Szpitalu, poradniach przyszpitalnych oraz pacjentom kierowanym przez innych świadczeniodawców w przypadku zawarcia z nami stosownych umów.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych związanych z rehabilitacją można powierzyć zewnętrznemu podmiotowi leczniczemu na warunkach określonych odrębną umową.
3. Komórki świadczą usługi w wyznaczonych dniach i godzinach. W każdej komórce w miejscu ogólnie dostępnym umieszczone są informacje o dniach i godzinach pracy, oraz podane do wiadomości oddziałów, poradni specjalistycznych oraz innych podmiotów leczniczych.
4. Szczegółowy zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych określa Dyrektor Szpitala na wniosek Kierownika. Katalog świadczeń znajduje się u Kierownika Ośrodka Rehabilitacji Diennej i Pracowni Fizjoterapii i podawany jest do wiadomości kierowników wszystkich komórek medycznych Szpitala.

§118

Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji i fizjoterapii są wykonywane w gabinetach fizykoterapii i kinezyterapii w oddziałach szpitalnych oraz w warunkach domowych.

§119

W skład personelu pracowni, poradni i ośrodka wchodzi:

1. Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Diennej i Pracowni Fizjoterapii,
2. Lekarze,
3. Fizjoterapeuci,
4. Asystenci pracowni fizjoterapii,
5. Psycholog.

§120

1. Aparatura i sprzęt medyczny używany w pracowni, poradni i ośrodku podlega konserwacji i okresowej kontroli zgodnie z przyjętymi procedurami i w oparciu o odrębne przepisy.
2. Pracownie są zabezpieczone przed wszelkimi wpływami powodującymi zaburzenia w prawidłowej czynności aparatury i sprzętu medycznego.

§121

W pracowni, poradni i ośrodku prowadzi się rejestr uzgodnionych terminów zabiegów dla pacjentów planowych, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby świadczeń medycznych należy poddać zabiegom wszystkich pacjentów, u których wystąpiła nagle potrzeba wykonania zabiegu.

§122

Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Diennej i Pracowni Fizjoterapii uprawniony jest do wglądu w dokumentację medyczną pacjenta.

PSYCHOLOG

§123

Zadaniem psychologa jest badanie specjalistyczne pacjentów leczonych w Szpitalu i poradniach przyszpitalnych jako uzupełnienie diagnozy lekarskiej oraz pomoc psychologiczna dla pacjentów leczonych w Szpitalu, poradniach przyszpitalnych oraz Szkole Rodzenia działającej w ramach Oddziału Położniczo-Ginekologicznego.

§124

Sposób prowadzenia terapii psychologicznej określa psycholog.

§125

Jeżeli wykonanie badania psychologicznego jest niemożliwe do przeprowadzenia w Szpitalu z uwagi na jego zakres, wówczas badanie realizowane jest w podmiotach zewnętrznych zgodnie z zawartymi umowami.

§126

Psycholog prowadzi rejestr uzgodnionych przyjęć pacjentów, jednak niezależnie od ustalonej planem codziennej liczby przyjęć należy poddać badaniu wszystkich pacjentów, u których wystąpiła nagle potrzeba wykonania badania.

§127

Psycholog może zażądać wglądu w dokumentację medyczną pacjenta dotyczącą leczenia.

SZKOŁA RODZENIA

§128

1. W ramach Oddziału Położniczo-Ginekologicznego działa Szkoła Rodzenia.
2. Zadaniem Szkoły Rodzenia jest przygotowanie kobiet do porodu oraz promowanie zachowań prozdrowotnych z udziałem lekarza, położnej, psychologa i dietetyczki.

3. Wskazane jest uczestnictwo w zajęciach ojca dziecka lub innej bliskiej osoby.

§129

1. Zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach 16⁰⁰ – 18⁰⁰:
- 1) Poniedziałek - wykłady i rozmowy indywidualne z psychologiem,
 - 2) Wtorek – wykład i film: poród naturalny, aktywny, rodzinny (III okres i III faza),
 - 3) Środa – wykład i film: o położu i pielęgnacji skóry noworodka (kąpiel, przewijanie),
 - 4) Czwartek – wykład i film: fizjologia noworodka, pozycje karmienia,
 - 5) Piątek – ćwiczenia oddechowe i gimnastyczne przygotowujące do porodu, slajdy relaksacyjne,
2. Cykl szkolenia obejmuje 10 spotkań.

ROZDZIAŁ X

STOSOWANIE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO

§130

1. Sposób stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zwanej dalej „osoby”, polega na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu i izolacji.
2. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w ust.1.
3. Przytrzymanie jest doraźnym krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej.
4. Przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowaniem leczniczego wprowadzenia leków do organizmu osoby bez jej zgody.
5. Unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa.
6. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia jest stosowany w pomieszczeniu jednoosobowym. W przypadku braku możliwości umieszczenia osoby z zaburzeniami psychicznymi w pomieszczeniu jednoosobowym przymus bezpośredni w formie unieruchomienia powinien być stosowany w sposób umożliwiający oddzielenie tej osoby od innych osób przebywających w tym samym pomieszczeniu oraz zapewniający poszanowanie godności i intymności, w szczególności przez wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych bez obecności innych osób.
7. Przed zastosowaniem przymusu polegającego na unieruchomieniu lub izolacji, należy odebrać osobie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla jego życia lub zdrowia lub innych osób, a w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, źródła ognia.
8. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego.
9. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania.
 - 1) Lekarz zaleca stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny. W razie potrzeby lekarz, po osobistym zbadaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie na następne okresy 6-godzinne.
 - 2) Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie stosowania tych środków przymusu bezpośredniego na kolejne okresy nie dłuższe niż 6-godzinne jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym zbadaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz uzyskaniu opinii innego lekarza psychiatry.
 - 3) Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji w przypadku, o którym mowa w ust. 2 lekarz powiadamia również ordynatora, koordynatora, lekarza kierującego oddziałem albo lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni.
 - 4) Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.
 - 5) Lekarz po osobistym zbadaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi zatwierdza stosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
 - 6) Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej.
10. Przedłużenie unieruchomienia lub izolacji na okresy dłuższe niż 24 godziny jest dopuszczalne tylko w warunkach szpitalnych.
11. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz wypełnia „kartę zastosowania unieruchomienia lub izolacji”, zwaną dalej „kartą” uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji. Kartę dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.
 - 1) Zlecenie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, dokonane przez pielęgniarkę oraz jego uzasadnienie odnotowuje ona w karcie, o czym zawiadamia lekarza. O fakcie tym powinien być dokonany stosowny wpis w karcie.
12. Zlecenie zastosowania lub przedłużenia przymusu bezpośredniego lekarz odnotowuje także w dokumentacji medycznej osoby, opisując przyczyny i okoliczności zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas trwania.
 - 1) Lekarz który zastosował przymus bezpośredni powiadamia o tym z-cę Dyrektora do Spraw Lecznictwa

- lub innego lekarza upoważnionego, który ocenia zastosowanie przymusu w ciągu trzech dni.
13. Pielęgniarka kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie.
 14. Pielęgniarka w czasie kontroli, o której mowa w ust.13:
 - 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła i kaftan bezpieczeństwa nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno.
 - 2) zapewnia krótkotrwale uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych nie rzadziej niż co 4 godziny.
 - 3) w razie wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby pielęgniarka jest zobowiązana natychmiast zawiadomić lekarza.
 15. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w raporcie pielęgniarskim.
 16. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w celu przewiezienia osoby skierowanej do Szpitala psychiatrycznego odbywa się na zlecenie lekarza. Zalecenie może być wykonane nie później niż w ciągu 24 godzin od jego wystawienia.
 17. Przymus bezpośredni może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników medycznych lub w ich obecności. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu organizuje Dyrektor Szpitala.

ROZDZIAŁ XI

WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI ŚWIADCZENIODAWCAMI

§131

W każdej medycznej komórce organizacyjnej Szpitala znajduje się telefon sieci stacjonarnej oraz spis telefonów i adresów podmiotów leczniczych i innych podmiotów, z którymi Szpital współpracuje, pracowników zajmujących kierownicze stanowiska w Szpitalu, służb logistycznych oraz duchownych świadczących usługi religijne dla pacjentów Szpitala.

§132

Szpital realizując swoje zadania poprzez:

1. współpracę z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłość postępowania.
2. Stosowanie wytycznych i zalecenia organów administracji państwowej i samorządowej dotyczące zasad postępowania w określonych przypadkach.

§133

1. Szpital udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne w celu wykonywania zadań Szpitala:
 - 1) podmiotowi leczniczemu, w zakresie zadań określonych w statucie tego podmiotu,
 - 2) osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki,
 - 3) grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek i położnych,
 - 4) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Podmioty o których mowa w ust.1 pkt 1-4 zwane dalej „przyjmującym zamówienie” zobowiązuje się do wykonania zadań Szpitala w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie.
3. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią, chyba, że umowa stanowi inaczej.

§134

1. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia zdrowotne określa umowa zawarta zgodnie z obowiązującymi przepisami między Szpitalem a przyjmującym zamówienie.
2. Umowę o udzielanie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń lub na czas nieokreślony.

§135

1. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty lecznicze o zakresie udzielanych świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.
2. Informacje przekazywane są w formie pisemnej, zamieszczane na tablicach informacyjnych Szpitala, ogłaszane na łamach prasy oraz zamieszczane na stronie internetowej Szpitala.

ROZDZIAŁ XII

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA ZASADACH KOMERCYJNYCH

§136

Szpital może uzyskiwać środki finansowe, w szczególności z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy.

§137

Dyrektor Szpitala określa zasady i tryb pobierania opłat za świadczenia zdrowotne nie objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub świadczenia zdrowotne udzielane osobom nie posiadającym uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.

§138

Dyrektor Szpitala określa wysokość opłat za świadczenia zdrowotne i inne czynności wynikające z procesu leczenia, udzielane przez właściwą medyczną komórkę organizacyjną Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§139

1. Szpital pobiera opłatę za:
 - 1) Świadczenia zdrowotne udzielone pacjentowi ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane.
 - 2) Wydanie zaświadczenia lekarskiego na życzenie pacjenta, jeżeli nie jest ono związane z:
 - a) dalszym leczeniem lub rehabilitacją,
 - b) niezdolnością do pracy lub kontynuowaniem nauki,
 - c) uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy, studentów, w zajęciach sportowych i wypoczynku zorganizowanym,
 - d) z wydawaniem dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
 - e) dla celów orzecznictwa o niepełnosprawności.
 - 3) Wykonanie szczepienia ochronnego, innego niż wynikającego z odrębnych przepisów.
 - 4) Inne czynności, za które pobranie opłaty jest dopuszczalne na mocy ogólnie obowiązujących przepisów.
2. Wysokość opłat za udzielanie świadczeń wymienionych w ust. 1 określa Cennik Szpitala Ogólnego w Kolnie wprowadzony i zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala.

ROZDZIAŁ XIII

PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

§140

1. Prawa pacjenta przebywającego w Szpitalu określa "KARTA PRAW PACJENTA" stanowiąca załącznik nr 5 do niniejszego regulaminu.
2. Informacje o prawach pacjenta umieszczone są w widocznym miejscu w izbach przyjęć, oddziałach i holu głównym Szpitala.
3. Pacjent w Izbie Przyjęć otrzymuje informację z prawami i obowiązkami pacjenta, zawartą w „Informatorze dla pacjentów Szpitala Ogólnego w Kolnie”.
4. Z Kartą Praw Pacjenta zaznajamiają pacjentów pielęgniarki i położne w oddziale.
5. Szpital prowadzi analizę satysfakcji pacjenta.

§141

1. Pacjent lub osoba reprezentująca jego prawa, jeżeli uzna, że te prawa zostały naruszone, może zwrócić się z interwencją do:
 - 1) bezpośrednio przełożonego osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych,
 - 2) do Pełnomocnika Praw Pacjenta Szpitala Ogólnego w Kolnie,
 - 3) w razie niezadowolającego załatwienia sprawy zwrócić się o jej rozpatrzenie do dyrektora Szpitala.
 - 4) W razie niezadowolającego załatwienia sprawy zwrócić się o jej rozpatrzenie przez Radę Społeczną Szpitala, a następnie do organu, który utworzył i prowadzi podmiot.
 - 5) W razie niezadowolającego załatwienia sprawy zwrócić się o jej rozpatrzenie do Sekcji Skarg i Wniosków przy Narodowym Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie.
2. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, zwrócić się do Okręgowej Izby Lekarskiej, bądź do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Przełożonych w Białymstoku, a także Naczelnej Rady Lekarskiej, bądź Naczelnej Rady Pielęgniarek i Przełożonych w Warszawie.
3. Pacjent ma prawo wystąpić ze stosownym wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego do wojewódzkiej komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.
4. Pacjent ma prawo skierować sprawę do Sądu powszechnego, jeżeli w wyniku działania lub zaniechania podmiotu leczniczego lub osoby wykonującej zawód medyczny naruszono dobro osobiste pacjenta lub wyrządzono szkodę materialną w rozumieniu kodeksu cywilnego.
5. Pacjent ma prawo wyrażania swojej opinii z pobytu w Szpitalu na piśmie, poprzez wypełnianie anonimowych ankiet lub umieszczaniu uwag w „skrzynce na ankiety” znajdującej się w holu głównym Szpitala.

§142

Pacjent przebywający na leczeniu ma obowiązek:

1. Przestrzegać indywidualnych zaleceń lekarza i pielęgniarki w zakresie stosowanej diagnostyki, terapii i pielęgnacji.
2. Współdziałać z personelem Szpitala w realizacji celu hospitalizacji,
3. Przestrzegać zakazu dotyczącego palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, stosowania środków odurzających oraz uprawiania gier hazardowych na terenie Szpitala.
4. Przebywać na oddziale w określonych porach dnia, a szczególnie w porach obchodów, nie wychodzić poza teren Szpitala, chyba że jest to konieczne ze względów leczniczych.
5. Szanować własność szpitalną oraz utrzymywać czystość osobistą i najbliższego otoczenia.
6. Po przyjęciu do Szpitala powiadamiać lekarza o posiadanych przez siebie lekach, ewentualnie ich stosowanie powinno być bezwzględnie ustalone z lekarzem prowadzącym.

7. Nie poddawać się jakimkolwiek zabiegom bez zlecenia lekarskiego.
8. Nie zakłócać swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów.
9. Przestrzegać zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego.

ROZDZIAŁ XIV
ZASADY ODWIEDZIN I UDZIELANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

§143

1. Odwiedziny pacjentów przebywających w oddziałach szpitalnych odbywają się codziennie w godzinach od 8⁰⁰ do 20⁰⁰.
2. Odwiedziny pacjentów winny odbywać się w sposób nie zakłócający normalnej pracy oddziału oraz nie mogą naruszać praw innych pacjentów, w szczególności prawa do poszanowania intymności oraz ciszy i spokoju.
3. W przypadkach uzasadnionych względami sanitarno-epidemiologicznymi, porządkowymi lub ze względu na stan zdrowia innych pacjentów przebywających w sali chorych odwiedziny mogą być w różnym zakresie ograniczone przez ordynatora/koordynatora oddziału.
4. Ograniczenie odwiedzin dopuszczalne jest wyłącznie po uzyskaniu zgody Dyrektora Szpitala.

§144

1. Jednego pacjenta mogą odwiedzić jednocześnie 2 osoby, w tym dzieci powyżej 10 roku życia.
2. Odwiedzający jest zobowiązany zachować ciszę i spokój w Szpitalu.
3. Odwiedzających obowiązuje zakaz:
 - 1) manipulowania aparaturą medyczną, urządzeniami, instalacjami elektrycznymi, wentylacyjnymi, grzewczymi itp.
 - 2) wnoszenia na teren Szpitala i spożywania napojów alkoholowych,
 - 3) dostarczania artykułów żywnościowych, które zostały zabronione przez lekarza,
 - 4) odwiedzin w stanie nietrzeźwym,
 - 5) przynoszenia przedmiotów, których posiadanie w Szpitalu jest zbędne,
 - 6) wprowadzenie i przynoszenie jakichkolwiek zwierząt do budynków Szpitala,
 - 7) siadania na łóżkach szpitalnych.
4. Nie wolno oddalać się z pacjentem poza oddział bez wiedzy lekarza lub pielęgniarki.
5. Osoba odwiedzająca ma obowiązek:
 - 1) Włożyć okrycie ochronne, jeśli zaistnieją taki wskazania,
 - 2) podporządkować się wszelkim zaleceniom i wskazówkom personelu Szpitala w trakcie odwiedzin.
6. Osoby odwiedzające nie stosujące się do postanowień niniejszego Regulaminu podlegają wydaleniu poza obręb Szpitala i ponoszą odpowiedzialność zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami.

§145

1. Lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu informacji o: rozpoznaniu, stanie zdrowia, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwa ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Informacje powinny być sformułowane jasno i zrozumiale oraz udzielone z taktem i ostrożnością.
2. Informacji, o których mowa w ust.1 udzielają wyłącznie ordynatorzy, koordynatorzy, lekarze prowadzący lub lekarze zabezpieczający pracę w godzinach ustalonych przez ordynatorów, koordynatorów i podanych do ogólnej wiadomości.
3. O stanie zdrowia ciężko chorych pacjentów, bądź w przypadkach szczególnie uzasadnionych lekarze udzielają informacji w każdym czasie.
4. Lekarz prowadzący lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem nagłego pogorszenia jego zdrowia niezwłocznie zawiadamia członka rodziny, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego.
5. Lekarz może udzielać informacji, o których mowa w ust.1 innym osobom tylko za zgodą pacjenta. Jeśli pacjent takiego upoważnienia przy przyjęciu do Szpitala nie udzielił, może złożyć je w trakcie pobytu w Szpitalu.
6. W sytuacjach wyjątkowych, jeśli rokowanie jest niepomyślne, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i rokowaniu w następujących przypadkach:
 - 1) gdy pacjent wyraźnie i świadomie nie życzy sobie takich informacji,
 - 2) oraz jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta.
7. Pielęgniarki i Położne mogą udzielać pacjentowi informacji dotyczących wyłącznie jego pielęgnacji i zabiegów pielęgniarstwa.
8. Pozostałe osoby wykonujące zawód medyczny mają obowiązek informować pacjenta o stanie zdrowia wyłącznie w zakresie udzielanych przez te osoby świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nie uprawnieniami.
9. Informacji o stanie zdrowia nie udziela się przez telefon.

§146

1. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna jest udostępniana na wniosek: pacjenta którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna

- jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.
2. Dokumentacja zbiorcza jest udostępniana na wniosek: pacjenta którego dotyczy, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez nich upoważnione. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym jedynie w zakresie wypisów dotyczących pacjenta.
 3. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku
 - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także, gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na informatycznym nośniku danych – w zakresie badań radiologicznych.
 4. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazana za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
 5. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy mogą być wydane na wniosek pacjenta, którego dotyczą, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
 6. Za udostępnienie dokumentacji medycznej poprzez sporządzanie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków pobierana jest opłata zgodnie z Cennikiem Szpitala Ogólnego w Kolnie wprowadzonym i zatwierdzonym przez Dyrektora Szpitala.
 7. Aby uzyskać wyciąg, odpis, kopię lub wydruk dokumentacji medycznej należy złożyć pisemny wniosek o wydanie kopii/odpisu/wydruku/wyciągu dokumentacji medycznej do Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym Szpitala Ogólnego w Kolnie.
 8. W przypadku odbioru dokumentacji przez osobę upoważnioną, dodatkowo należy złożyć upoważnienie do wydania kopii/odpisu/wydruku/wyciągu dokumentacji medycznej.
 9. Formularze można pobrać w Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym lub ze strony internetowej Szpitala Ogólnego w Kolnie. Można także napisać odręcznie.
 10. Wnioski przyjmowane są od poniedziałku do piątku w godz. 7³⁰-15⁰⁰ w Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym.

ROZDZIAŁ XV POSTĘPOWANIE W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

§147

1. Postępowanie w razie śmierci pacjenta, noworodkiem zmarłym w oddziale, płodem i popłodem oraz szczątkami i tkankami ludzkimi odbywa się według zasad opartych na powszechnie obowiązujących przepisach.
2. Za zwłoki uważa się ciała osób zmarłych i dzieci martwo urodzonych bez względu na czas ciąży.
3. Karta zgonu jest wypełniana dla:
 - 1) osób zmarłych,
 - 2) dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży, na wniosek osób uprawnionych do pochówku.

§148

W każdym przypadku wyrażenia woli należy umożliwić obecność osoby duchownej.

§149

1. W razie śmierci pacjenta w oddziale Szpitala pielęgniarka/położna bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza zabezpieczającego pracę.
2. Lekarz leczący lub lekarz zabezpieczający pracę natychmiast dokonuje oględzin zmarłego, a następnie stwierdza zgon i jego przyczynę oraz odnotowuje w dokumentacji medycznej datę i godzinę śmierci oraz wystawia kartę zgonu.
3. Lekarz leczący lub lekarz zabezpieczający pracę przekazują wystawioną kartę zgonu osobom uprawnionym po 12 godzinach od śmierci pacjenta.
4. Lekarz leczący lub lekarz zabezpieczający pracę niezwłocznie tego samego dnia przekazuje kartę zgonu wystawioną przez lekarza do Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym, lub następnego dnia w przypadku zgonu po godzinach urzędowania do Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym.
5. Pielęgniarka/położna odnotowuje datę i godzinę zgonu w indywidualnej dokumentacji pielęgniarskiej pacjenta oraz w raporcie pielęgniarskim. Sporządza wykaz pozostawionych przedmiotów w przypadku nieobecności rodziny przy zgonie.

6. Pielęgniarka odnotowuje datę i godzinę zgonu pacjenta na zgodę zgonu pacjenta na Bloku Operacyjnym w "Protokole pielęgniarki bloku operacyjnego".
7. Pielęgniarka odnotowuje datę i godzinę zgonu pacjenta na Izbie Przyjęć w „Księdze Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć” oraz w raporcie pielęgniarskim.
8. Pielęgniarka/przełożona zawiadamia pracownika Sekcji Administracyjno-Gospodarczej o terminie odbioru zwłok.

§ 150

1. W okresie między stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w oddziale w sali jednoosobowej lub pomieszczeniu pro morte z zachowaniem godności należnej zmarłemu. W przypadku zgonu pacjenta na Bloku Operacyjnym, zwłoki osoby zmarłej przechowuje się w wyznaczonym miejscu na Bloku Operacyjnym, z zachowaniem godności należnej zmarłemu. Wymaganą dokumentację medyczną przygotowuje personel właściwego oddziału Szpitala.
2. W tym czasie pielęgniarka / położna zdejmuje z pacjenta bieliznę oraz wykonuje:
 - 1) toaletę pośmiertną (mycie ciała, usunięcie drenów i łączników, zabezpieczenie miejsc po wkłuciach gazikami, zamknięcie powiek przez nałożenie zwilżonych gazików, podwiązanie żuchwy w przypadku jej opadania, usunięcie wszelkich ozdób oraz ich zabezpieczenie),
 - 2) układa ciało w pozycji na plecach, ręce złożone na tułowiu,
 - 3) zwłoki zabezpiecza prześcieradłem,
 - 4) zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasienki, płótna lub tworzywa sztucznego. Na identyfikatorach znajduje się:
 - a) nazwę oddziału, na którym nastąpił zgon,
 - b) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - c) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - d) kod identyfikacji pacjenta,
 - e) data i godzina zgonu,
 - f) datę sporządzenia identyfikatora,
 - g) podpis lekarza.
3. Za czynności, o których mowa w pkt 2 nie pobiera się opłat.
4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

§ 151

1. Po upływie 2 godzin od zgonu i stwierdzeniu pewnych oznak śmierci przez lekarza prowadzącego lub lekarza zabezpieczającego pracę, pielęgniarka/położna wypełnia Kartę skierowania zwłok do chłodni.
2. Zwłoki osoby zmarłej po udokumentowaniu odbioru wraz z Kartą skierowania zwłok do chłodni przekazuje uprawnionemu pracownikowi Sekcji Administracyjno - Gospodarczej.
3. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:
 - 1) pieczęć oddziału, na którym nastąpił zgon,
 - 2) imię i nazwisko osoby zmarłej,
 - 3) PESEL osoby zmarłej, a przypadku jego braku serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
 - 4) kod identyfikacji pacjenta,
 - 5) datę i godzinę zgonu,
 - 6) godzina skierowania zwłok do chłodni,
 - 7) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę,
 - 8) godzinę przyjęcia zwłok z oddziału do chłodni – wpisuje osoba przyjmująca,
 - 9) imię i nazwisko osoby przyjmującej zwłoki do chłodni.

§ 152

Transport zwłok powinien być przeprowadzony w sposób dyskretny z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

§ 153

1. W razie śmierci pacjenta w Izbie Przyjęć lub innej medycznej komórce organizacyjnej, czynności wskazane w przepisach poprzedzających wykonuje pielęgniarka Izby Przyjęć.
2. W powyższym przypadku zgon powinien być potwierdzony przez lekarza zabezpieczającego pracę Izby Przyjęć lub innego wyznaczonego lekarza oraz odnotowany w „Księdze Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć”, w protokole reanimacji lub Historii Choroby w przypadku zgonu pacjenta Izby Przyjęć.

§ 154

1. W razie zgonu pacjenta o nieustalonej tożsamości, bądź zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że nastąpił wskutek przestępstwa albo nieszczęśliwego wypadku, lekarz po konsultacji z kierownikiem/koordynatorem danej komórki medycznej, niezwłocznie powiadamia: właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej, Prokuraturę Rejonową w Kolnie lub Policję.
2. O zgonie pacjenta o nieustalonej tożsamości lub w przypadku nie zgłoszenia się rodziny do Szpitala po odbiór ciała, Szpital zawiadamia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kolnie lub właściwy miejscowo Ośrodek Pomocy Społecznej ze względu na ostatni adres zamieszkania pacjenta.

3. Wypełnioną Kartę zgonu należy przekazać firmie pogrzebowej wskazanej na podstawie zlecenia wydanego przez Ośrodek Pomocy Społecznej.

§ 155

1. O śmierci pacjenta w przypadku nieobecności osób bliskich w chwili zgonu, lekarz lub osoba przez niego upoważniona zawiadamia niezwłocznie telefonicznie lub telegraficznie wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
2. Zawiadomienia o zgonie pacjenta o nieznaney tożsamości lub w razie nie zgłoszenia się osób bliskich do właściwego Urzędu Stanu Cywilnego dokonuje Sekcja Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym w dniu otrzymania dokumentacji.

§ 156

1. Indywidualną dokumentację zmarłego przekazuje się do Sekcji Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym tego samego dnia lub następnego w przypadku zgonu po godzinach urzędowania.
2. Sekcja Statystyki Medycznej wraz z Archiwum Medycznym wydaje za pokwitowaniem osobom uprawnionym Kartę Zgonu oraz udziela informacji gdzie znajduje się ciało zmarłego i informują o obowiązku zgłoszenia się do Urzędu Stanu Cywilnego celem uzyskania Aktu Zgonu.

§ 157

1. Przedmioty pozostałe po zmarłym pacjencie wydaje się osobom uprawnionym za pokwitowaniem.
2. Jeżeli w ciągu trzech miesięcy od daty zgonu nie zgłosi się prawny spadkobierca, Szpital przekazuje rzeczy pacjenta do depozytu właściwego Sądu Rejonowego.
3. Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji lub otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu z sekcji zwłok.

§ 158

1. W Szpitalu obowiązuje bezwzględny zakaz reklamowania usług pogrzebowych.
2. Wybór przedsiębiorstwa pogrzebowego pozostaje do wyłącznej decyzji rodziny osoby zmarłej.
3. Rodzina osoby zmarłej otrzymuje informacje wyłącznie o miejscu przechowywania zwłok.

§ 159

1. Zwłoki osób zmarłych na choroby zakaźne określone w stosownych przepisach niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu zawiąza się w płótno nasycone płynem dezynfekcyjnym i składa w trumnie, którą szczelnie się zamyka i obmywa z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym. Następnie na trumnę zakłada się worek foliowy z nieprzepuszczalnego tworzywa sztucznego, odpornego na uszkodzenia mechaniczne.
2. W razie zgonu na choroby zakaźne, o których mowa w ust. 1 stosuje się następujące środki ostrożności:
 - 1) w pomieszczeniu, w którym leżą zwłoki, nie mogą zbierać się ludzie,
 - 2) dotykane zwłok jest niedozwolone poza czynnościami wymienionymi w ust. 1,
 - 3) na dnie trumny umieszcza się warstwę substancji płynnochlonnej o grubości 5 cm,
 - 4) pomieszczenie, w którym osoba zmarła przebywała oraz wszystkie przedmioty, z którymi była w styczności poddaje się odkażeniu.
3. W razie zgonu na chorobę zakaźną nie ujętą w wykazie, o którym mowa w ust. 1 lecz powodującą obowiązek przymusowej hospitalizacji, zgodnie z przepisami o zwalczaniu chorób zakaźnych do postępowania ze zwłokami stosuje się przepisy ust. 2, a ponadto:
 - 1) dotykane zwłok jest niedozwolone poza czynnościami związanymi z obmyciem, ubraniem i ułożeniem zwłok w trumnie,
 - 2) do obmywania zwłok używa się płynu dezynfekcyjnego,
 - 3) niezwłocznie po złożeniu zwłok w trumnie, trumnę zamyka się szczelnie i obmywa z zewnątrz płynem dezynfekcyjnym.

§ 160

1. W przypadku dziecka martwo urodzonego w wyniku poronienia lub porodu przedwczesnego decyzję dotyczącą postępowania ze zwłokami / szczątkami dziecka martwo urodzonego podejmuje matka (rodzice) w specjalnym oświadczeniu pn. „Oświadczenie matki dziecka martwo urodzonego”.
2. Obowiązkiem położnej jest poinformować matkę (rodziców) o przysługującym prawie, o którym mowa w ust. 1 oraz uzyskać oświadczenie matki (rodziców).
3. Położna wypełnia dwa egzemplarze „Karty skierowania zwłok/ szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni w Sali przygotowania i wydania zwłok wraz z chłodnią do przechowywania” oraz oznacza zwłoki/ szczątki dziecka martwo urodzonego danymi identyfikującymi, o których mowa w ust. 5.
4. „Karta skierowania zwłok/ szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni w Sali przygotowania i wydania zwłok wraz z chłodnią do przechowywania” zawiera:
 - 1) pieczętkę oddziału,
 - 2) informację czy skierowanie dotyczy zwłok czy szczątek dziecka martwo urodzonego,
 - 3) nazwisko matki z ewentualnym wpisem „córka” lub „syn”,
 - 4) numer PESEL matki, nr historii choroby,

- 5) datę i godzinę poronienia lub tożsamą datę i godzinę urodzenia i zgonu dziecka martwo urodzonego,
 - 6) godzinę skierowania zwłok/ szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni,
 - 7) decyzję matki dotyczącą postępowania ze zwłokami/szczątkami dziecka martwo urodzonego,
 - 8) imię, nazwisko i podpis położnej sporządzającej kartę,
 - 9) godzinę przyjęcia zwłok / szczątków dziecka martwo urodzonego do chłodni,
 - 10) imię, nazwisko i podpis osoby przyjmującej.
5. Oznaczenie zwłok/ szczątków dziecka martwo urodzonego zawiera:
- a) Informację czy oznaczenie dotyczy zwłok czy szczątek dziecka martwo urodzonego,
 - b) nazwisko matki z ewentualnym wpisem „córka” lub „syn”,
 - c) PESEL matki,
 - d) numer historii choroby,
 - e) data i godzina poronienia lub tożsama data i godzina urodzenia i zgonu dziecka martwo urodzonego.
6. Zwłoki dziecka martwo urodzonego oznaczone jak w ust. 5 wraz z wypełnioną kartą skierowania są przewożone do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu dziecka martwo urodzonego, wskazanego w dokumentacji medycznej.
7. Do czasu przewiezienia do chłodni zwłoki dziecka martwo urodzonego przechowywane są w sali porodowej lub w gabinecie zabiegowym Oddziału Położniczo-Ginekologicznego, gdzie w tym czasie wykonywane są następujące czynności.
- 1) zabezpieczenia pępowiny zaciskaczem,
 - 2) ważenia i mierzenia,
 - 3) toalety pośmiertnej (umycie ciała, usunięcie drenów i łączników, zabezpieczenie miejsc po wkłuciach gazikami, zamknięcie powiek przez nałożenie zwilżonych gazików, podwiązanie zuchwy w przypadku jej opadania),
 - 4) oznaczenia tożsamości zakładając identyfikator zawierający informacje, o których mowa w ust.5, na górnej i dolnej kończyźnie naprzemiennie wokół nadgarstków lub kostek w sposób zapewniający ich utrzymanie się,
 - 5) ułożenia ciała w pozycji na plecach, ręce ułożone na tułowi,
 - 6) zabezpieczenia zwłok foliowanym i fazylinowym podkładem, a następnie zabezpieczenia taśmą samoprzylepną, lub owinięcia zwłok w gazetę.
8. W Oddziale Położniczo-Ginekologicznym prowadzony jest rejestr zwłok/ szczątków dzieci martwo urodzonych. Rejestr zawiera następujące informacje:
- 1) nazwisko matki z ewentualnym wpisem „córka” lub „syn”,
 - 2) numer PESEL matki,
 - 3) nr historii choroby,
 - 4) data / godzina poronienia lub tożsama data / godzina urodzenia / zgonu,
 - 5) informację czy zwłoki / szczątki dziecka martwo urodzonego zostaną odebrane przez rodzinę czy pozostają do pochówku przez szpital.
9. Na podstawie rejestru wymienionego w ust. 8 Położna Koordynująca Oddziału Położniczo-Ginekologicznego sporządza zestawienie zwłok/ szczątków dzieci martwo urodzonych do pochówku przez **Szpital**. Zestawienie sporządza się w dwóch egzemplarzach. Jeden pozostaje w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym dołączony do rejestru, drugi przekazywany jest do Sali przygotowania i wydania zwłok wraz z chłodnią do przechowywania i na jego podstawie wydawane się zwłoki/ szczątki dzieci martwo urodzonych do kremacji i pochówku.

§ 161

1. W każdym przypadku, niezależnie od długości trwania ciąży, lekarz/położna ma obowiązek wystawić pisemne zgłoszenie urodzenia martwego dziecka.
2. Szpital przekazuje zgłoszenie do Urzędu Stanu Cywilnego w Kolnie w terminie 3 dni.
3. Pisemne zgłoszenie urodzenia martwego dziecka można wydać rodzicom do ręki. Odbiór zgłoszenia i zobowiązanie dostarczenia do Urzędu Stanu Cywilnego w Kolnie w terminie 3 dni rodzic potwierdza w „Oświadczeniu matki dziecka martwo urodzonego”.

§ 162

1. Dla dzieci martwo urodzonych Karta zgonu jest wypełniana bez względu na czas trwania ciąży, na wniosek osób uprawnionych do ich pochowania, o których mowa w art. 10 ust.1 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j. Dz.U. 2017 poz. 912)
2. W sytuacji, o której mowa w pkt 1, lekarz stwierdzający zgon umieszcza na egzemplarzu A pieczęć uprawnionego podmiotu oraz wypełnia wyłącznie rubryki 1–11 egzemplarza B z uwzględnieniem:
 - a) imienia i nazwiska dziecka albo imienia i nazwiska matki z wpisem „córka” lub „syn” – w rubryce 1 i 8,
 - b) tożsamej daty urodzenia i zgonu – w rubryce 2 i 3 oraz 9 i 10,
 - c) tożsamego miejsca urodzenia i zgonu – w rubryce 2 i 4 oraz 9 i 11,
 - d) miejsca zamieszkania matki – w rubryce 5.
3. Kartę zgonu wydaje się osobie uprawnionej do pochowania zwłok,

4. Prawo do pochowania zwłok ma najbliższa pozostała rodzina osoby zmarłej, a mianowicie: rodzice, krewni wstępni, krewni boczni do 4 stopnia pokrewieństwa, powinowaci w linii prostej do 1 stopnia.
5. Prawo pochowania zwłok przysługuje również osobom, które do tego dobrowolnie się zobowiązują.
6. Przed wydaniem karty zgonu, wpisuje się do historii choroby dane osoby odbierającej kartę zgonu (imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa).
7. Osoba otrzymująca kartę zgonu kwituje jej odbiór w historii choroby czytelnym podpisem.
8. Wydając kartę zgonu informuje się osobę uprawnioną do pochowania zwłok o miejscu i sposobie załatwienia formalności związanych z odbiorem zwłok.

§ 163

1. Zwłoki/szczątki dziecka martwo urodzonego przyjęte do Sali przygotowania i wydania zwłok wraz z chłodnią do przechowywania odnotowane są w Księdze Przyjęć i Wydawania Zwłok z adnotacją:
 - a) do odbioru przez rodzinę celem pochówku,
 - b) do pochówku przez Szpital.
2. Zwłoki/szczątki dzieci martwo urodzonych przechowywane są w Sali przygotowania i wydania zwłok wraz z chłodnią do przechowywania:
 - a) w chłodni - do czasu wydania rodzinie celem pochówku;
 - b) w zamrażarce (nie w formalinie), do pół roku - do czasu pochówku **przez Szpital**.
3. Zwłoki/szczątki dzieci martwo urodzonych wydawane są osobom uprawnionym do ich pochowania, tj:
 - a) rodzinie do pochówku - za pośrednictwem firmy pogrzebowej,
 - b) do kremacji i pochówku przez Szpital wg zestawienia sporządzonego przez Położną Koordynującą Oddziału Położniczo - Ginekologicznego z potwierdzeniem wydania/odbioru, na druku „Potwierdzenie wydania zwłok/szczątków dzieci martwo urodzonych w celu kremacji i pochówku organizowanego **przez Szpital**”.

§ 164

1. Jeżeli zachodzi potrzeba, zwłoki/ szczątki dzieci martwo urodzonych w postaci wyskrobin/ resztek po poronieniu utwalone w formalinie i oznakowane przekazywane są do Zakładu Histopatologii i Patomorfologii celem wykonania badania histopatologicznego.
2. Po wykonaniu badania histopatologicznego, pozostała część utwalona w formalinie (z wyłączeniem pobranych preparatów diagnostycznych archiwizowanych 10 lat w Zakładzie Histopatologii i Patomorfologii) zwracana jest do Szpitala i dalej przechowywana w zamrażarce do chwili pochówku przez Szpital.

§ 165

1. Pochówki dzieci martwo urodzonych odbywają się raz w roku w obrządku rzymsko-katolickim w zbiorowym bezimiennym grobie na Cmentarzu Komunalnym w Kolnie.
2. Każdorazowy koszt pochówku, czyli zakup urny, kremacji i opłacenie firmy pogrzebowej, która odbierze zwłoki/ szczątki dzieci martwo urodzonych ze Szpitala ponosi Miasto Kolno na podstawie art. 17 ust. 1 pkt. 15 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (t.j.Dz.U.2017 poz.1763) oraz na podstawie art. 10. ust.3. ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych(t.j.Dz.U.2017.poz.912).

§ 166

1. Zasady postępowania ze szczątkami i tkankami ciała ludzkiego oparte są na ogólnie obowiązujących przepisach:
 - 1) Szczątki i tkanki ciała ludzkiego (części ciała ludzkiego odłączone od całości nie będące zwłokami w myśl przepisów) przekazuje się do badania histopatologicznego na zlecenie lekarza.
 - 2) Tkanki przed przekazaniem do badania histopatologicznego są zabezpieczone w płynie konserwującym.
 - 3) Szczątki, o ile nie wymagają badania histopatologicznego bezpośrednio po ich usunięciu są oznakowane i należyście zabezpieczone.
 - 4) Szczątki przechowywane są w specjalnie do tego przeznaczonej zamrażarce.
 - 5) Zabezpieczone szczątki przekazuje się pracownikowi Sekcji Administracyjno- Gospodarczej.

§ 167

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu, mogą być poddane sekcji, chyba, że ta osoba za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 1 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza oświadczenie woli osoby zmarłej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego.
3. Przepis ust. 1 nie dotyczy dokonywania sekcji w sytuacjach:
 - 1) określonych w przepisach odnoszących się do postępowania karnego;
 - 2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
 - 3) określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
4. zwolnieniu lub dokonaniu sekcji zwłok pacjenta decyduje Dyrektor, a jeżeli Dyrektor nie jest lekarzem to upoważniony przez niego lekarz po zasięgnięciu opinii właściwego ordynatora lub koordynatora.
5. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

6. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, Dyrektor Szpitala może zdecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach odnoszących się do pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów.
7. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane dłużej niż 72 godziny, jeżeli:
 - 1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta,
 - 2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - 3) przemawiają za tym inne ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.
8. Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny określa Cennik Szpitala Ogólnego w Kolnie wprowadzony i zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala.

§168

Zadania z zakresu patomorfologii wykonuje uprawniony podmiot zgodnie z zawartą ze Szpitalem umową w oparciu o wewnętrznie obowiązujące przepisy.

ROZDZIAŁ XVI ZAOPATRYWANIE PACJENTÓW W ZNAKI IDENTYFIKACYJNE

§169

1. Pacjenta zaopatruje się w znaki identyfikacyjne przy przyjęciu do szpitala oraz po ustaleniu jego tożsamości.
2. Znaki identyfikacyjne umieszczane są na opasce, którą zakłada się na nadgarstek pacjenta, w przypadku gdy jest to niemożliwe lub niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia - na kostkę nogi.
3. Opaska ze znakiem identyfikacyjnym zawiera informacje, które pozwalają na ustalenie imienia, nazwiska, daty urodzenia pacjenta.
 - 1) Opaska ze znakiem identyfikacyjnym noworodka urodzonego w Szpitalu zawiera informacje, które pozwalają na ustalenie imienia i nazwiska matki, płci i daty urodzenia dziecka ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się.
4. Pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala, zaopatruje się w opaskę ze znakiem identyfikacyjny zawierający oznaczenie „NN” i dodatkowe oznaczenie numeryczne (nr historii choroby) oraz płeć, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości.
5. Znaki identyfikacyjne znajdujące się na opasce zapisane są w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.
6. Pacjenta, który potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, zaopatruje się w opaskę ze znakiem identyfikacyjny niezwłocznie po udzieleniu takiego świadczenia.
7. Noworodka urodzonego w Szpitalu zaopatruje się w opaski ze znakami identyfikacyjnymi niezwłocznie po urodzeniu. Opaski zakłada się na oba nadgarstki, a gdy jest to niemożliwe lub niewskazane ze względu na przebieg procesu leczenia - na obie kostki nóg albo na nadgarstek i kostkę nogi.
8. Czynności, o której mowa w ust. 7, dokonuje się w obecności matki lub osoby bliskiej obecnej przy porodzie, chyba że przebieg porodu na to nie pozwala.
9. Adnotacji o dokonaniu czynności, o której mowa w ust. 8, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej noworodka oraz indywidualnej dokumentacji medycznej matki.
10. W przypadku, gdy ze względu na przebieg procesu leczenia nie jest możliwe albo niewskazane, umieszczenie znaku identyfikacyjnego w sposób określony w ust. 7, dziecku, które nie ukończyło szóstego roku życia, wykonuje się i umieszcza w widocznym miejscu na łóżku dziecka albo na inkubatorze, za zgodą matki lub osoby bliskiej, zdjęcie dziecka, na którym umieszcza się znak identyfikacyjny.
11. W przypadku braku zgody, o której mowa w ust. 10, na łóżku dziecka albo na inkubatorze umieszcza się opaskę ze znakiem identyfikacyjnym. Adnotacji o okolicznościach uniemożliwiających założenie opaski w sposób określony w ust. 7 oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na wykonanie i umieszczenie na łóżku albo na inkubatorze zdjęcia dziecka, albo o braku takiej zgody, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej dziecka.
12. Opaska powinna być zapięta w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce nogi pacjenta w trakcie jego pobytu w szpitalu.
13. Przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce, a w przypadku, o którym mowa w ust. 10 na zdjęciu dziecka, ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę albo zdjęcie wydaje się pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu.
14. W przypadku, o którym mowa ust. 7 drugą opaskę dołącza się do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Adnotacji o dokonaniu tej czynności, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
15. W przypadku stwierdzenia braku albo zniszczenia opaski albo zdjęcia, niezwłocznie potwierdza się tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi albo umieszcza na łóżku albo inkubatorze nową opaskę albo zdjęcie. Adnotacji o tych okolicznościach, dokonuje się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

ROZDZIAŁ XVII
PRZECHOWYWANIE RZECZY WARTOŚCIOWYCH I ODIĘŻY

§170

1. Pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w Depozycie Szpitala:
 - 1) „DEPOZYT” – przedmioty wartościowe i dokumenty należące do pacjenta i zabezpieczone przez Szpital na czas hospitalizacji.
2. Rzeczami wartościowymi w rozumieniu Regulaminu są:
 - 1) krajowe i zagraniczne pieniądze,
 - 2) kruszce szlachetne i wyroby z tych kruszców oraz drogie kamienie (biżuteria),
 - 3) krajowe i zagraniczne papiery wartościowe,
 - 4) inne przedmioty uznane za wartościowe przez pacjenta lub pracownika Szpitala, np.: zegarki, telefony komórkowe, klucze do mieszkania, szkła korekcyjne, szkła kontaktowe, protezy zębowe, itp.
3. Za rzeczy wartościowe, nie zgłoszone przez pacjenta do Depozytu Szpital nie ponosi odpowiedzialności.

§171

1. Pacjent zakwalifikowany do leczenia szpitalnego w chwili przyjęcia ma prawo złożyć do depozytu przedmioty wartościowe i dokumenty.
2. Spis przedmiotów wartościowych do depozytu zawiera następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, PESEL, adres zamieszkania pacjenta,
 - 2) datę przyjęcia depozytu;
 - 3) imię, nazwisko i stanowisko osoby przyjmującej depozyt,
 - 4) imię, nazwisko i stanowisko osób obecnych przy sporządzaniu spisu depozytu, jego zabezpieczeniu (opakowaniu) i opieczętowaniu,
 - 5) spis rzeczy wartościowych oddanych do depozytu i ich opis – cechy indywidualne, nazwę, rodzaj, szacunkową wartość, barwę, markę i stan zużycia (w sytuacji braku cech indywidualnych odnotowuje się ten fakt w karcie depozytowej),
 - 6) własnoręczny podpis osoby przyjmującej depozyt oraz pacjenta, jak też innych osób obecnych przy przyjmowaniu depozytu.
3. Spis przedmiotów do depozytu sporządza się w trzech egzemplarzach: oryginał dla pacjenta, drugi egzemplarz dołącza się do depozytu, trzeci pozostaje w komórce organizacyjnej Szpitala, w której przebywa pacjent.
4. Depozyt przechowuje się w opakowaniu trwale zamkniętym ostemplowanym pieczęcią podmiotu leczniczego. Na opakowaniu umieszcza się dodatkowo numer księgi depozytowej, imię i nazwisko, datę urodzenia oraz adres zamieszkania pacjenta.

§172

1. Szpital prowadzi Księgę Depozytów, która składa się z kopii kart depozytowych.
2. Księga Depozytów zawiera ponumerowane strony z pieczęcią urzędową Szpitala.
3. Obok pieczęci Dyrektor i Główny Księgowy stwierdzają cyfrowo i słownie ilość stron podpisanymi.
4. Księga Depozytów zawiera następujące dane:
 - 1) numer kolejny;
 - 2) nazwisko i imię pacjenta;
 - 3) datę urodzenia i miejsce;
 - 4) datę przyjęcia depozytu;
 - 5) kwotę depozytu pieniężnego;
 - 6) rodzaj przedmiotu wartościowego, w tym jakość, cechy, znak;
 - 7) datę wydania depozytu;
 - 8) podpis osoby odbierającej depozyt.
5. Księgę Depozytów wraz z dowodami stwierdzającymi zapisy przechowuje się pod zamknięciem w Sekcji Ekonomiczno-Finansowej Szpitala.

§173

1. Pacjent ma prawo złożyć depozyt zarówno w chwili przyjęcia do Szpitala w Izbie przyjęć, jak też w oddziale, na którym pacjent przebywa. Depozyt zostaje zabezpieczony i przechowywany w kasetach metalowych do czasu przekazania go do depozytu Szpitala:
 - 1) pracownik Izby przyjęć lub oddziału bezpośrednio przy przyjęciu depozytu sporządza w trzech egzemplarzach kartę depozytową zgodnie z wytycznymi § 172 ust. 2,
 - 2) oryginał karty depozytowej wydaje się pacjentowi,
 - 3) depozyt wraz z drugim egzemplarzem karty depozytowej przekazuje się pracownikowi Sekcji Ekonomiczno - Finansowej,
 - 4) pracownik Sekcji Ekonomiczno - Finansowej wpisuje depozyt do księgi i zabezpiecza depozyt w sejfie lub szafie pancernej oraz kwituje pracownikowi izby przyjęć lub oddziału odbiór depozytu na trzecim egzemplarzu, który pozostaje we właściwej komórce organizacyjnej jako dowód przekazania depozytu do Depozytu Szpitala.

2. W Szpitalu dopuszcza się możliwość złożenia depozytu w oddziale lub izbie przyjęć na czas trwania zabiegu operacyjnego lub badania diagnostycznego.

§174

1. Jeżeli pacjent został przyjęty do Szpitala w stanie wyłączającym świadome postępowanie, sporządza się protokół znalezionych przy nim rzeczy wartościowych, w obecności świadków: pracowników Pogotowia Ratunkowego lub innych osób dostarczających pacjenta do Szpitala:
 - 1) w przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny, lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji i brak jest obecności osób reprezentujących jego prawa zawsze zabezpieczamy przedmioty wartościowe pacjenta, protokół znalezionych przy nim rzeczy wartościowych sporządza się w obecności świadków: pracowników Pogotowia ratunkowego lub innych osób dostarczających pacjenta do Szpitala,
 - 2) oryginał karty depozytowej przechowuje się wraz z przedmiotami oddanymi do depozytu. Pierwszą kopię dołączamy do historii choroby, druga kopia pozostaje w oddziale lub izbie przyjęć z podpisem pracownika Sekcji Ekonomiczno - Finansowej jako osoby przyjmującej depozyt,
 - 3) niezwłocznie po ustaleniu okoliczności, o których mowa w pkt 1 zawiadamiamy pacjenta o złożeniu rzeczy wartościowych do depozytu. W przypadku wyrażenia woli dalszego przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie, pacjent składa podpis na karcie depozytowej wraz z aktualną datą,
 - 4) w przypadku trwania okoliczności w których mowa w pkt 1 przez okres dłuższy niż 24 godziny od czasu przybycia, należy o przyjęciu rzeczy wartościowych do depozytu powiadomić osoby upoważnione do dysponowania ruchomościami pacjenta.
2. W razie obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego lub osoby dostarczającej pacjenta (jeżeli istnieje taka możliwość), powinien on wziąć udział w czynnościach sporządzania protokołu.
3. Protokół ze strony Szpitala podpisuje Pielęgniarka i lub Lekarz zabezpieczający pracę Izby Przyjęć lub Oddziału. Protokół stanowi podstawę do złożenia rzeczy wartościowych do Depozytu Szpitala.

§175

Depozyt wydajemy za okazaniem dowodu tożsamości na podstawie karty depozytowej pacjentowi lub osobie uprawnionej do dysponowania jego mieniem. Osoba przyjmująca depozyt potwierdza ten fakt własnoręcznym, czytelnym podpisem i datą na kopii karty depozytowej. Osoba wydająca depozyt zobowiązana jest dopisać na kopii karty depozytowej imię, nazwisko oraz numer dowodu tożsamości osoby odbierającej depozyt.

§176

1. W razie zgonu pacjenta depozyt wartościowy wydaje się osobie uprawnionej.
2. Osoba odbierająca depozyt kwituje odbiór podpisem i datą, a ponadto pracownik odpowiedzialny za depozyty wpisuje czytelnie do Księgi Depozytów nazwisko i imię, numer dowodu tożsamości danej osoby oraz organu, który wydał dowód.

§177

W przypadku, gdy w Szpitalu znajdują się nie podjęte z depozytu rzeczy wartościowe, pracownik odpowiedzialny za depozyty obowiązany jest wezwać osoby uprawnione do ich odbioru, wyznaczając w tym celu 24 miesięczny termin odbioru. Nie podjęty w tym terminie depozyt podlega likwidacji lub przechodzi na rzecz Szpitala.

§178

1. Na żądanie pacjenta lub osoby przez niego upoważnionej, depozyt może być wydany częściowo w czasie pobytu pacjenta w Szpitalu.
2. Jeżeli podejmowana jest tylko część depozytu, należy wydać cały depozyt, następnie zapisać pod nową pozycją i numerem w Księdze Depozytów te przedmioty oraz sumę pieniężną, którą pacjent pozostawia w depozycie.

§179

Pacjent ma prawo przechowywać odzież i obuwie w magazynie odzieży chorych Szpitala.

1. Zadeklarowaną do przechowania w magazynie Szpitala odzież i obuwie przyjmuje wyznaczony pracownik obsługi, który sporządza spis ubrania i obuwia na obowiązującym pokwitowaniu. Pokwitowanie podpisuje przyjmujący rzeczy oraz pacjent.
2. Pokwitowanie składa się z trzech jednobrzmiących egzemplarzy, z których jeden otrzymuje pacjent, drugi dołącza się do rzeczy pacjenta, trzeci pozostaje w Izbie Przyjęć.
3. Rzeczy pacjenta do czasu przekazania ich do Magazynu Szpitala przechowywane są w Izbie Przyjęć. Odpowiedzialność za przechowanie rzeczy należących do pacjentów w Izbie Przyjęć ponosi osoba przyjmująca ubranie.
4. Magazynier kwituje odbiór przekazanych rzeczy Izbie Przyjęć i przechowuje je do czasu odbioru przez pacjenta.
5. Odzież jest odbierana na podstawie pokwitowania wydanego w Izbie Przyjęć.
6. W przypadku nieustalenia miejsca pobytu pacjenta lub osób uprawnionych, odzież, obuwie lub inne rzeczy powszechnego użytku o znikomej wartości przechodzą na rzecz Szpitala lub ulegają likwidacji po upływie 2 lat od chwili podjęcia przez Szpital próby ustalenia odbiorcy.

**ROZDZIAŁ XVIII
POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

§180

1. Regulamin Organizacyjny wchodzi w życie z dniem podpisania Zarządzenia wprowadzającego przez Dyrektora Szpitala Ogólnego w Kolnie, po zaopiniowaniu Regulaminu przez Radę Społeczną Szpitala Ogólnego w Kolnie.
2. Wszelkie zmiany Regulaminu w trybie jego wprowadzenia dokonuje Dyrektor pod rygorem nieważności.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają pozostałe akty prawne wewnętrzne Dyrektora i procedury przez niego zatwierdzone.
4. Niniejszy Regulamin jest zgodny ze Statutem Szpitala Ogólnego w Kolnie jego aktami wewnętrznymi i innymi odrębnie obowiązującymi przepisami prawnymi.
5. Traci moc Regulamin Organizacyjny Szpitala Ogólnego w Kolnie wprowadzony w życie z dniem 23 września 2014r. Zarządzeniem Nr 21/2014 Dyrektora Szpitala Ogólnego w Kolnie zaopiniowany Uchwałą Nr 21/2014 Rady Społecznej Szpitala Ogólnego w Kolnie z dnia 19 września 2014r. zmieniony Zarządzeniem nr 25/2015 Dyrektora Szpitala Ogólnego w Kolnie z dnia 2 lipca 2015r. i zaopiniowany Uchwałą Nr 30/2015 Rady Społecznej Szpitala Ogólnego w Kolnie z dnia 30 czerwca 2015r. oraz zmieniony Zarządzeniem nr 43/2015 Dyrektora Szpitala Ogólnego w Kolnie z dnia 28 grudnia 2015r. i zaopiniowany Uchwałą Nr 32/2015 Rady Społecznej Szpitala Ogólnego w Kolnie z dnia 16 grudnia 2015r.

§181

Integralną część niniejszego Regulaminu stanowią załączniki:

1. Schemat Organizacyjny – **załącznik nr 1.**
2. Zadania komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk, komitetów – **załącznik nr 2.**
3. Zakresy obowiązków pracowników działalności podstawowej – **załącznik nr 3.**
4. Liczba łóżek rzeczywistych w Szpitalu – **załącznik nr 4.**
5. Karta Praw Pacjenta – **załącznik nr 5.**
6. Wykaz procedur diagnostycznych wymagających zgody pacjenta – **załącznik nr 6.**
7. Informacji dla pacjenta na temat znieczulenia" - **załącznik nr 7.**

**ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK
ORGANIZACYJNYCH, SAMODZIELNYCH STANOWISK PRACY KOMITETÓW**

§ 1

ZADANIA ODDZIAŁU MEDYCZYNY PALIATYWNEJ

1. Opieka nad chorym z nie poddającą się leczeniu zaawansowaną chorobą nowotworową i innymi przewlekłymi, postępującymi, ograniczającymi życie schorzeniami, polegająca na:
 - 1) pielęgnacji chorego nieprzytomnego,
 - 2) postępowaniu z chorym z porażeniem kończyn (kompresja rdzenia, przerzuty do mózgu),
 - 3) postępowaniu z chorym ze złamaniami w obrębie układu kostno – stawowego,
 - 4) postępowaniu z chorym z niedrożnością nieoperacyjną,
 - 5) postępowaniu z chorym pobudzonym psychomotorycznie,
 - 6) postępowaniu z chorym z bólem trudnym do uśmierzania,
 - 7) postępowaniu z chorym, u którego występuje trudna do opanowania duszność,
 - 8) postępowaniu z chorym z nudnościami i wymiotami,
 - 9) postępowaniu z chorym, u którego występują zaparcia stolca lub biegunki,
 - 10) postępowaniu z pacjentem, u którego występują zaburzenia w oddawaniu moczu,
 - 11) postępowaniu z pacjentem chorym na anoreksję i kacheksję, uczuciem szybko pojawiającego się zmęczenia,
 - 12) postępowaniu z chorym, u którego występują zmiany w obrębie jamy ustnej,
 - 13) postępowaniu z chorym, u którego występują owrzodzenia odleżynowe,
 - 14) postępowaniu z chorym, u którego występują guzy grzybiaste, krwawiące, przetoki, przykre zapachy,
 - 15) postępowaniu z chorym z krwotokiem,
 - 16) postępowaniu z chorym z świądem,
 - 17) postępowaniu z chorym z lękiem, niepokojem, okresową paniką,
 - 18) postępowaniu z chorym z bólem duchowym, egzystencjalnym,
 - 19) postępowaniu z chorym w agonii,
 - 20) postępowaniu z chorym,
2. Wspieranie psychiczne i duchowe pacjentów i członków rodzin, w tym dzieci i młodocianych oraz opiekunów towarzyszących w umieraniu i agonii oraz po zgonie (wspieranie przy lęku, depresji, rozpacz, panice).

§ 2

ZADANIA ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO Z PODODDZIAŁEM GERIATRYCZNYM

1. Diagnostyka i leczenie zachowawcze pacjentów z chorobami układu krążenia, układu oddechowego, z towarzyszącymi schorzeniami endokrynologicznymi, zaburzeniami przemiany materii, przewodu pokarmowego i innymi schorzeniami wewnętrznymi.
2. Diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami układu nerwowego.
3. Kwalifikowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach klinicznych.
4. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
5. W obrębie oddziału funkcjonuje sala intensywnej opieki medycznej (4 łóżka) dla pacjentów w stanie zagrożenia życia oraz nad chorymi wymagającymi stosowania niektórych metod intensywnej terapii (monitorowanie, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, elektroterapia).
6. Oddział prowadzi nieinwazyjną diagnostykę kardiologiczną:
 - 1) echokardiografia,
 - 2) rejestracja ekg 24 godz. metodą Holtera,
 - 3) rejestracja 24 godz. ciśnienia tętniczego (ABPM),
 - 4) testy obciążeniowe elektrokardiograficzne.

§ 3

**ZADANIA ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ
Z PODODDZIAŁEM ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU
ORAZ PRACOWNI ENDOSKOPII**

1. Diagnostowanie i leczenie wszystkich ostrych i przewlekłych chorób w obrębie jamy brzusznej w tym schorzenia przełyku, choroby żołądka i dwunastnicy, przewlekłe i ostre schorzenia wątroby, pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych i trzustki, łagodne, ostre i nowotworowe schorzenia jelita grubego, naczyniowe schorzenia narządów jamy brzusznej.
2. Diagnostowanie i leczenie urazów ośrodkowego układu nerwowego, klatki piersiowej i narządów klatki piersiowej, jamy brzusznej oraz kończyn.
3. Diagnostyka i leczenie urazów i następstw urazów narządu ruchu.
4. Rozpoznanie i leczenie chorób łagodnych i nowotworowych układu wydzielania wewnętrznego.

5. Rozpoznanie i leczenie ostrych i przewlekłych schorzeń tętniczego i żylnego układu naczyniowego jamy brzusznej oraz kończyn górnych i dolnych.
6. Diagnostyka i leczenie schorzeń ostrych i przewlekłych schorzeń układu moczowo-płciowego.
7. Diagnostyka i leczenie operacyjne nabytych i wrodzonych ubytków powłok ciała.
8. Diagnostyka i leczenie urazów termicznych i chemicznych powłok ciała i przewodu pokarmowego.
9. Rozpoznanie i leczenie ostrych i przewlekłych schorzeń układu oddechowego.
10. Rozpoznanie i leczenie łagodnych i nowotworowych chorób powłok ciała.
11. Diagnostyka endoskopowa ostrych i przewlekłych schorzeń górnego i dolnego odcina przewodu pokarmowego.
12. Diagnostyka i leczenie następstw urazów narządów ruchu (zachowawczo i operacyjnie).
13. Diagnostyka i leczenie schorzeń ortopedycznych (w tym: video chirurgia, zabiegi rekonstrukcyjne i endoprotezoplastyki stawów).
14. Onkologia ortopedyczna.
15. Leczenie powikłań zrostu kostnego.
16. Leczenie powikłań procesów zapalnych i ich następstw.
17. Operacyjne leczenie wad rozwojowych układu ruchu.
18. Rehabilitacja chorych.
19. Diagnostyka i leczenie chorych w ramach chirurgii jednego dnia oraz łóżek wczesnej diagnostyki.
20. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
21. Do zadań Pracowni Endoskopii należy:
 - 1) Diagnozowanie i leczenie schorzeń górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego oraz dróg żółciowych i trzustki,
 - 2) Diagnozowanie:
 - a) wziernikowanie przelyku, żołądka i dwunastnicy,
 - b) pobieranie materiału do badania histopatologicznego, cytologicznego oraz innych testów.
 - 3) Leczenie chorób przewodu pokarmowego:
 - a) tamowanie krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

§ 4

ZADANIA ODDZIAŁU PEDIATRYCZNEGO

1. Diagnostyka i leczenie zachowawcze pacjentów w wieku 0-18 lat z chorobami układu oddechowego, przewodu pokarmowego, z towarzyszącymi schorzeniami układu krążenia, endokrynologicznymi i przemiany materii.
2. Kwalifikowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach klinicznych.
3. Intensywny nadzór nad pacjentami w stanie zagrożenia życia w sali intensywnej opieki medycznej.
4. Możliwość całodobowej opieki rodziców nad chorymi dziećmi z zapewnieniem opiekunom oddzielnego łóżka, łazienki, stołówki.
5. Udzielanie specjalistycznych porad w Poradni Neonatologicznej i Rzyka Okołoporodowego.
6. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
7. Promocja zdrowego trybu życia i odżywiania wśród hospitalizowanych pacjentów i ich opiekunów.

§ 5

ZADANIA ODDZIAŁU POŁOŻNICZO – GINEKOLOGICZNEGO (SZKOŁA RODZENIA I GABINET USG GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY)

1. Leczenie zachowawcze i operacyjne stanów zapalnych narządu rodowego.
2. Diagnostyka i leczenie niepłodności - laparoscopia, histeroscopia, histerosalpingografia, ultrasonografia kontrastowa, diagnostyka laboratoryjna.
3. Leczenie stanów nagłych - ciąża pozamaciczna, skręt torbieli jajnika i tzw. ostry brzuch.
4. Diagnostyka i leczenie zaburzeń statyki narządu rodowego i nietrzymania moczu.
5. Diagnostyka i leczenie pacjentek po poronieniach.
6. Diagnostyka i leczenie zaburzeń miesiączkowania.
7. Konsultacje ginekologiczne pacjentek leżących w Szpitalu na innych oddziałach.
8. Prowadzenie ciąży i porodu o przebiegu prawidłowym z promowaniem porodu naturalnego.
9. Zapewnienie stałej gotowości z możliwością natychmiastowego wykonania cięcia cesarskiego.
10. Zapewnienie gotowości przeciwwrótoczej z ciągłą dostępnością krwi i preparatów krwiopochodnych.
11. Zapewnienie opieki anestezjologicznej w lokalizacji.
12. Wykonywanie badań ultrasonograficznych, kardiokograficznych i laboratoryjnych przez całą dobę (możliwość wykonania badań gazometrycznych, bakteriologicznych).
13. Promowanie naturalnego karmienia piersią i zachowań prozdrowotnych.
14. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
15. Oddział pracuje w systemie - matka z dzieckiem (rooming in).
16. W obrębie Oddziału Położniczo-Ginekologicznego funkcjonuje:
 - 1) trakt porodowy z salą do cięć cesarskich przeznaczony do przyjęcia rodzącej, odebrania porodu i wykonania niezbędnych zabiegów u rodzącej i noworodka,
 - 2) gabinet diagnostyki ultrasonograficznej świadczący usługi pacjentom Szpitala oraz ambulatoryjnym,

- a) opieka podstawowa: badania przesiewowe przy HTZ, badania przedoperacyjne, ginekologiczne,
 - b) opieka specjalistyczna: ultrasonograficzna diagnostyka zaburzeń miesiączkowania,
 - c) opieka podstawowa: badania screeningowe 12, 20, 34 tydzień ciąży ocena NT,
 - d) opieka specjalistyczna: ultrasonograficzna diagnostyka biometryczna płodu, badania z użyciem Dopplera, ultrasonografia interwencyjna.
- 3) Szkoła Rodzenia, do której zadań należy w szczególności:
- a) promowanie zachowań prozdrowotnych z udziałem lekarza, położnej, dietetyczki.
 - b) przygotowanie pacjentek do porodu,
 - c) promowanie porodu naturalnego,
 - d) promowanie karmienia piersią,
 - e) psychologiczne aspekty porodu i porożu (udział psychologa),
 - f) profilaktyka wcześniactwa,
 - g) gimnastyka w ciąży i porożu.
 - h) zajęcia praktyczne z pielęgnacji noworodka.
- 4) W oddziale udzielane są świadczenia w zakresie neonatologii, a w szczególności:
- a) całodobowa opieka lekarsko-pielęgniarska nad zdrowym noworodkami,
 - b) całodobowa opieka lekarsko-pielęgniarska nad noworodkami z lekkimi schorzeniami,
 - c) opieka nad noworodkami ciężko chorymi i wcześniakami wymagającymi specjalistycznej opieki lub intensywnej terapii do czasu transportu do ośrodków o wyższym poziomie referencyjności,
 - d) wykonywanie zabiegów diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych,
 - e) realizacja szczepień ochronnych gruźlicy i WZW,
 - f) realizacja badań przesiewowych słuchu oraz w kierunku chorób metabolicznych (mukowiscydoza, fenyloketonuria, hypotyreoza),
 - g) szerzenie oświaty zdrowotnej i promocja zdrowia wśród matek z zakresu pielęgnacji noworodka, karmienie piersią itp.,
 - h) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
17. W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, porożu oraz nad noworodkiem, stosuje w tym zakresie obowiązujący standard organizacyjny.
1. Standard określa poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu niezbędnych interwencji medycznych.
 2. Miernikiem skuteczności opieki okołoporodowej w Szpitalu jest monitorowanie wskaźników tej opieki i ich analiza. Wskaźniki opieki okołoporodowej podlegające monitorowaniu, określa Zarządzenie Dyrektora Szpitala z uwzględnieniem niżej wymienionych interwencji medycznych ze wskazaniem na ich ograniczenie tj.:
 - a) omiotomia
 - b) indukcja porodu
 - c) stymulacja czynności skurczowej
 - d) podawanie opioidów
 - e) nacięcie krocza
 - f) cięcie cesarskieoraz zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna opiera się na praktykach o udowodnionej skuteczności.
 3. Raport z monitorowania wskaźników Ordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego lub pielęgniarka oddziałowa przekazują do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa do 5 dnia miesiąca z miesiąca poprzedniego. Na podstawie tych danych Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa sporządza analizy co 6 miesięcy nie później niż 14 dni od zakończenia okresu sprawozdawczego.
 4. Ocena satysfakcji pacjentek zgłaszających się do porodu jest realizowana na podstawie *kwestionariusza oceniającego satysfakcję oczekiwań kobiet wobec opieki okołoporodowej*, dostępnego dla wszystkich rodzących pacjentek. Położne Oddziałowe Oddziału Położniczo-Ginekologicznego są zobowiązane do przekazywania Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wypełnionych kwestionariuszy oceny satysfakcji pacjentek do 5 dnia miesiąca z miesiąca poprzedniego. Na podstawie tych danych Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa sporządza półroczne analizy. Wzór kwestionariusza oceniającego satysfakcję i realizację oczekiwań kobiet wobec opieki okołoporodowej określa Zarządzenie Dyrektora Szpitala.
 5. Na podstawie wyników analiz podejmowane są środki naprawcze lub działania doskonalące.

§ 6

ZADANIA ODDZIAŁU PSYCHIATRYCZNEGO OGÓLNEGO

1. Diagnostyka i leczenie osób z chorobami i zaburzeniami psychicznymi.
2. Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych w tym powikłanych majaczeniem.
3. Diagnostyka i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi po 65 roku życia.

4. Kwalifikowanie i kierowanie do dalszego leczenia w wysokospecjalistycznych ośrodkach klinicznych.
5. Kształcenie personelu medycznego.
6. W obrębie oddziału funkcjonuje sala obserwacyjna przeznaczona do leczenia pacjentów w ciężkim stanie psychicznym lub somatycznym, których stan psychiczny uniemożliwia przekazanie do Oddziału Wewnętrznego.
7. Oddział prowadzi diagnostykę psychiatryczno-psychologiczną oraz obrazową w pracowniach oraz badania sądowo-psychiatryczne na zlecenie uprawnionych organów.
8. Wykonuje postanowienia Sądu Rodzinnego dotyczące leczenia bez zgody.
9. Udzielanie specjalistycznych porad i sesji psychoterapeutycznych w Poradni Zdrowia Psychicznego i Poradni Terapii Uzależnień od Alkoholu i Współuzależnień.

§ 6a

**ZADANIA ODDZIAŁU INTENSYWNEJ TERAPII MEDYCZNEJ
ORAZ ZESPOŁU REANIMACYJNEGO**

1. W zakresie anestezjologii:
 - a) kwalifikacja pacjentów szpitalnych do znieczulenia z oceną ryzyka okołoperacyjnego,
 - b) prowadzenie znieczuleń zgodnie z obowiązującymi standardami,
 - c) stała gotowość do podjęcia czynności reanimacyjnych,
 - d) utrzymanie w stałej sprawności sprzętu i aparatury medycznej,
 - e) prowadzenie dokumentacji obowiązującej w Szpitalu,
 - f) szkolenie personelu medycznego.
2. W zakresie intensywnej terapii:
 - a) przyjmowanie do oddziału pacjentów w stanie zagrożenia życia,
 - b) podtrzymywanie i stabilizacja czynności życiowych przy użyciu stosownej aparatury medycznej i leków,
 - c) prowadzenie wielospecjalistycznego postępowania diagnostycznego,
 - d) prowadzenie wielospecjalistycznego postępowania terapeutycznego,
 - e) prowadzenie dokumentacji medycznej obowiązującej w ZOZ,
 - f) szkolenie personelu medycznego Szpitala.
3. Wykonywanie reanimacji na terenie Szpitala na wezwanie z poradni i oddziałów szpitalnych.

§ 7

ZADANIA BLOKU OPERACYJNEGO

1. Wykonywanie zabiegów operacyjnych oraz wszystkich czynności poprzedzających zabieg, towarzyszących mu i niezbędnych zaraz po jego zakończeniu.
2. Umożliwienie przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie planowym jak i ostrym przez współpracujące oddziały zabiegowe, oraz utrzymanie w stanie stałego pogotowia operacyjnego, tak zorganizowanego, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna i sprzęt były przygotowane do bezzwłocznego wykonania zabiegu operacyjnego o każdej porze.
3. Utrzymywanie w stanie wzorowej czystości i porządku.
4. Planowanie zabiegów operacyjnych.
5. Współpraca Bloku Operacyjnego z wszystkimi oddziałami zabiegowymi wykonującymi zabiegi na Bloku Operacyjnym i zatwierdzone przez kierownika bloku.

§ 8

ZADANIA IZBY PRZYJĘĆ ORAZ ZESPOŁU TRANSPORTU SANITARNEGO

1. Do zadań Izby Przyjęć ogólnej należy w szczególności:
 - 1) badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
 - 2) przyjmowanie chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu, lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - 4) przekazywanie przyjmowanych pacjentów do oddziałów szpitalnych.
2. Chorym udzielana jest niezbędna pomoc medyczna - podawane są leki, wykonywane są świadczenia w zakresie usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, chorzy są obserwowani, a następnie kwalifikowani do leczenia szpitalnego w trybie ostrym lub planowym.
3. W przypadku zakwalifikowania do leczenia ambulatoryjnego wydawane są odpowiednie zalecenia dla lekarza rodzinnego.
4. Wszelkie działania związane z kontaktem z pacjentem i udzieloną mu pomocą odnotowywane są przez lekarza i pielęgniarkę w stosownej dokumentacji.
5. Zakładana jest historia choroby dla chorych zakwalifikowanych do leczenia w trybie planowym i pilnym.
6. Lekarz sprawujący nadzór nad Izbą Przyjęć przyjmuje zgłoszenia personelu:
 - 1) dotyczące zakłucia igłą i odnotowuje je w osobnej księdze, pobierana jest także krew na konieczne badania wirusologiczne,

- 2) dotyczące zaburzeń żołądkowo-jelitowych zarówno u personelu jak i u pacjentów szpitalnych (ci ostatni – tylko w dni wolne od pracy).
7. Dokonuje się także oględzin lekarskich i pobierania krwi na alkohol u osób przywiezionych przez policję. W razie potrzeby udziela im się pomocy medycznej. Lekarz, który udzielił pomocy wypełnia stosowny protokół oceniający trzeźwość badanych.
8. W razie konieczności ewakuacji pacjentów z oddziałów szpitalnych personel izby przyjęć udostępnia plany ewakuacyjne i przejmuje rolę koordynującą związaną z działaniami ewakuacyjnymi.

§ 9

1. Do zadań Izby Przyjęć w zakresie położnictwa i ginekologii należy w szczególności:
 - 1) badanie lekarskie pacjentek zgłaszających się do Szpitala,
 - 2) przyjmowanie pacjentek zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
 - 3) udzielanie pomocy doraźnej pacjentkom, które nie zostały zakwalifikowane do leczenia w Szpitalu, lub zostały zakwalifikowane do przyjęcia w późniejszym terminie,
 - 4) przyjmowanie pacjentek do oddziału.
2. Udzielanie doraźnej pomocy ambulatoryjnej całodobowo.
3. Konsultacje ginekologiczne na zlecenie lekarza Izby przyjęć.
4. Konsultacje pacjentek z innych oddziałów szpitalnych.
5. Wykonywanie drobnych zabiegów lekarskich i pielęgniarskich.
6. Diagnostyka pacjentek z ciążą patologiczną przeterminowaną, wykonywanie badań KTG, USG.
7. Wykonywanie czynności administracyjnych związanych z przyjmowaniem pacjentek w Izbie przyjęć.

§ 10

Do zadań Zespołu Transportu Sanitarnego należy w szczególności:

1. Zapewnienie osobom posiadającym dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego, przewóz w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 8⁰⁰ do 18⁰⁰, z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, do najbliższej placówki opieki zdrowotnej, udzielającej świadczenia we właściwym zakresie.
2. Przewóz pacjentów do innych placówek medycznych w celu wykonania badania lub hospitalizacji.

§ 11

ZADANIA DZIAŁU FARMACJI

1. Zaopatrywanie jednostek organizacyjnych Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne.
2. Utrzymywanie i właściwe przechowywanie zapasów produktów leczniczych i wyrobów medycznych w Dziale Farmacji.
3. Udzielanie personelowi medycznemu Szpitala informacji o produktach leczniczych będących w dyspozycji Działu Farmacji.
4. Informowanie oddziałów, działów, poradni o decyzjach Głównego i Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego związanych z jakością a dotyczących wstrzymań, wycofań lub dopuszczeń poszczególnych produktów leczniczych.
5. Okresowa kontrola przechowywania i zabezpieczania produktów leczniczych w oddziałach.
6. Kontrola zgodności merytorycznej zamówień realizowanych na podstawie umów przetargowych (wyłącznie zamówienia do Działu Farmacji).
7. Księgowanie przychodów i rozchodów leków i wyrobów medycznych w Dziale Farmacji.

§ 12

ZADANIA PRACOWNI USG, PRACOWNI RTG I PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

1. Wykonywanie zdjęć rentgenowskich i prześwietleń skierowanych pacjentów oraz interpretacja wyników badań.
2. Wykonywanie badań w pracowni radiologicznej w zakresie:
 - 1) zdjęcia przeglądowe klatki piersiowej,
 - 2) zdjęcie klatki piersiowej z oceną sylwetki serca,
 - 3) zdjęcia przeglądowe jamy brzusznej,
 - 4) zdjęcia kostne - w pełnym zakresie,
 - 5) badania z zastosowaniem środków kontrastowych:
 - a) badanie przelyku, żołądka i dwunastnicy,
 - b) badanie przepukliny rozworu przelykowego przepony,
 - c) pasaż treści cieniującej przez jelita,
 - d) badanie jelita grubego - wlew doodbytniczy,
 - e) urografia, cystouretrografia,
 - f) ERCP - w części dotyczącej diagnostyki radiologicznej,
 - g) cholangiografia śródoperacyjna,
 - h) cholangiografia przez dren Kehra,
 - i) HSG (histerosalpingografia),
 - j) Fistulografia.
3. Wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie:

- 1) USG jamy brzusznej dorosłych,
 - 2) USG urologiczne (ocena nerek, gruczołu krokowego, pęcherza moczowego z oceną zalegania po mikcji),
 - 3) USG tarczycy,
 - 4) USG ślinianek,
 - 5) USG szyi (ocena węzłów chłonnych),
 - 6) USG piersi,
 - 7) USG jąder,
 - 8) USG kolana,
 - 9) USG biodra,
 - 10) USG stawu skokowego,
 - 11) USG stawów dłoni,
 - 12) USG stawu łokciowego i barkowego,
 - 13) USG aorty brzusznej,
 - 14) USG stóp,
 - 15) dopplerowska analiza spektralna tętnic szyjnych i kręgowych (DSA),
 - 16) badanie żył i tętnic kończyn dolnych.
4. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.
 5. Zadania Pracowni USG, Pracowni RTG i Pracowni Tomografu Komputerowego:
 - 1) wykonywanie tomografii komputerowej z kontrastem i bez kontrastu,
 - 2) niezwłoczne opisywanie badań wykonywanych w trybie pilnym i wydawaniu wyników badań,
 - 3) opisywanie badań wykonanych w trybie planowym i wydawanie wyników,
 - 4) wprowadzanie nowych metod diagnostyki,
 - 5) zapewnienie stosownej opieki pacjentom w trakcie i bezpośrednio po badaniu,
 - 6) prowadzenie kontroli jakości badań,
 - 7) zapewnienie prawidłowej i ścisłej współpracy z komórkami organizacyjnymi Szpitala.

§ 13

ZADANIA PRACOWNI DIAGNOSTYKI KARDIOLOGICZNEJ

1. Pracownia świadczy usługi w zakresie badań dla pacjentów oddziałów szpitalnych oraz pacjentów ambulatoryjnych.
2. W pracowni wykonywane się następujące badania:
 - 1) EKG wysiłkowe – próba wysiłkowa (wykonywane są na bieżni ruchomej),
 - 2) Holter EKG (całodobowa rejestracja pracy serca),
 - 3) Holter RR (całodobowa rejestracja ciśnienia tętniczego).

§ 14

ZADANIA PORADNI CHIRURGII OGÓLNEJ

1. Diagnozowanie chorób narządu ruchu (RTG, USG, USG Dopplera) i kierowanie do pracowni tomografii i rezonansu magnetycznego.
2. Kierowanie pacjentów do ośrodków wysokospecjalistycznych w celu wykonania dalszej diagnozy i leczenia.
3. Kierowanie do poradni rehabilitacyjnych.
4. Kwalifikowanie i kierowanie na zabiegi.
5. Kwalifikowanie do badań specjalistycznych np. gastroskopia, USG Dopplera.
6. Wykonywanie zabiegów drobnych takich jak:
 - 1) wykonywanie opatrunków gipsowych,
 - 2) szycie ran,
 - 3) wycięcia zmian skórnych,
 - 4) punkcje i wystrzykiwanie leków,
 - 5) czyszczenie ran,
 - 6) cewnikowanie,
 - 7) usuwanie gipsów,
 - 8) podanie iniekcji,
 - 9) usuwanie ciał obcych,
 - 10) usuwanie paznokci,
7. Promocja oświaty zdrowia i profilaktyka.
8. Diagnostyka chorób krążenia.

§ 15

ZADANIA PORADNI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

1. Zabiegi chirurgiczne w znieczuleniu miejscowym obejmujące diagnostykę nowotworów.
2. Diagnostyka dermatoskopowa zmian barwnikowych skóry w kierunku czerniaka.
3. Chirurgia zmian skórnych i tkanki podskórnej z pełną oceną mikroskopową.
4. Kontrola i leczenie po operacjach chirurgicznych.
5. Kwalifikacja do leczenia operacyjnego.
6. Prowadzenie oświaty zdrowotnej.

§ 16

ZADANIA PORADNI URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ

1. Wykonywanie drobnych opatrunków:
 - 1) opatrunki (gipsy),
 - 2) wykonywanie punkcji, nakłuć,
 - 3) usuwanie lub skracanie gipsu,
 - 4) podanie iniekcji okołostawowej,
 - 5) zakładanie opatrunków na rany,
 - 6) usuwanie szwów,
 - 7) nastawianie kości nadgarstka,
 - 8) usuwanie zespolenia zewnętrznego,
2. Kierowanie do poradni rehabilitacyjnej.
3. Kierowanie do pracowni tomografii i rezonansu magnetycznego.
4. Kwalifikowanie i kierowanie na zabiegi .
5. Kwalifikowanie do badań specjalistycznych np. USG, EMG.
6. Diagnoza chorób narządu ruchu.
7. Promocja oświaty zdrowia i profilaktyka.
8. Kierowanie pacjent do ośrodków wysokospecjalistycznych w celu wykonania dalszej diagnozy i leczenia.

§ 17

ZADANIA PORADNI POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEJ

1. Diagnostowanie chorób ginekologicznych przy pomocy:
 - 1) USG – przez pochwowę,
 - 2) USG – brzuszne,
 - 3) Pobieranie i odczytywanie wymazów z pochwy,
 - 4) Pobieranie cytologii,
 - 5) Badanie piersi.
2. Leczenie chorób ginekologicznych.
3. Profilaktyka chorób ginekologicznych.
4. Kwalifikowanie do leczenia szpitalnego.
5. Kierowanie do innych środków diagnostycznych w celu wykonania badań mammograficznych, biopsji cienkoigłowej, USG sutka i kolposkopię.
6. Stwardzenie i prowadzenie ciąży:
 - 1) wydawanie skierowań na badania laboratoryjne,
 - 2) analiza wyników,
 - 3) wykonywanie USG ciąży,
 - 4) wykonywanie ktg,
 - 5) wydawanie zaświadczeń do zakładu pracy, i do „becikowego”
 - 6) zdejmowanie szwów z krocza i brzucha,
 - 7) prowadzenie oświaty zdrowotnej.

§ 18

ZADANIA PORADNI NEONATOLOGICZNEJ I RYZYKA OKOŁOPORODOWEGO

1. Konsultacje, diagnostyka i leczenie noworodków oraz niemowląt w zakresie problemów i schorzeń związanych z okresem okołoporodowym.
2. Promocja zdrowia z zakresu pielęgnacji noworodka, żywienia, profilaktyki różnych schorzeń.

3. Poradnictwo laktacyjne.

§ 19

ZADANIA PORADNI OTOLARYNGOLOGICZNEJ

1. Diagnostyka i leczenie chorób laryngologicznych.
2. Wydawanie zleceń konsultacyjnych dla lekarza medycyny rodzinnej.
3. Wykonywanie konsultacji na zlecenia oddziałów szpitalnych.
4. Kierowanie pacjentów na badania diagnostyczne, radiologiczne, KT, MR.
5. Kierowanie pacjentów do poradni i szpitali o wyższym standardzie.
6. Kierowanie na leczenie do uzdrowisk i rehabilitację.
7. Wykonywanie drobnych zabiegów:
 - 1) płukanie ucha,
 - 2) tamponada nosa.
8. Promowanie oświaty zdrowotnej.

§ 20

ZADANIA PORADNI CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY

1. Diagnostyka i leczenie chorób układu oddechowego.
2. Profilaktyka.
3. Wystawianie zaleceń konsultacyjnych dla lekarzy medycyny rodzinnej.
4. Kierowanie pacjentów do szpitali, klinik, w zależności od rozpoznania celem dalszego leczenia.
5. Kierowanie pacjentów do sanatorium.
6. Wykonywanie spirometrii, nebulizacji, iniekcji.
7. Pobieranie płwociny na B4₂ i B4₃.
8. Prowadzenie oświaty zdrowotnej.

§ 21

ZADANIA PORADNI NEUROLOGICZNEJ

1. Diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi poudarowych i ze schorzeniami kręgosłupa.
2. Działalność diagnostyczno-lecznicza.
3. Działalność konsultacyjna w okresie przed i poszpitalnym.
4. Prewencja chorób naczyniowych.
5. Kontynuacja leczenia poszpitalnego.

§ 22

ZADANIA PORADNI UROLOGICZNEJ

1. Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu moczowego i męskich narządów płciowych – badania profilaktyczne i przesiewowe gruczołu krokowego.
2. Diagnostyka i leczenie zachowawcze chorób układu moczowego i męskich narządów płciowych.
3. Kwalifikowanie do leczenia operacyjnego chorób układu moczowego i męskich narządów płciowych.
4. Badania kontrolne po leczeniu zabiegowym.
5. Konsultowanie pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych.

§ 23

ZADANIA PORADNI ALERGOLOGICZNEJ

1. Diagnostyka i leczenie chorób alergologicznych układu oddechowego, w tym kwalifikacja i prowadzenie swoistej immunoterapii.
2. Profilaktyka i diagnostyka astmy.
3. Wykonywanie testów wziewnych i pokarmowych.
4. Wykonywanie badań czynnościowych płuc.
5. Wykonywanie spirometrii.
6. Kierowanie do innych placówek medycznych,
7. Prowadzenie badań kontrolnych po leczeniu szpitalnym.

§ 24

ZADANIA PORADNI KARDIOLOGICZNEJ

1. Diagnozowanie chorób układu krążenia.
2. Leczenia chorób układu krążenia,
3. Wydawanie zaleceń konsultacyjnych dla lekarzy medycyny rodzinnej dotyczące profilaktyki i leczenia przewlekłego chorób układu krążenia,
4. Kierowanie pacjentów do ośrodków wysokospecjalistycznych w celu wykonania innych procedur, takich jak koronarografia, zabiegi rewaskularyzacji (PTCA, założenie stentów śródwięcowych, wszczepienie sztucznych zastawek serca, zabiegi pomostowania aortalno-wieńcowego, wszczepienie układu stymulującego serce, zabiegi albacji po badaniach elektrofizjologicznych).

2. Kwalifikowanie do leczenia rehabilitacyjnego, poszpitalnego pacjentów po zawałach serca lub po zabiegach kardiologicznych.
3. Diagnostyka chorób układu krążenia;
 - 1) badania EKG,
 - 2) test wysiłkowej elektrokardiografii i dobutaminowy,
 - 3) echokardiogram,
 - 4) EKG 24 godz. metodą Holtera.

§ 25

ZADANIA PORADNI DIABETOLOGICZNEJ

1. Konsultacje dla poz i sprawowanie planowej ciągłej opieki zdrowotnej wobec chorych z cukrzycą typu 1, z powikłaniami cukrzycy, oraz z dodatkowymi przewlekłymi chorobami towarzyszącymi kobiet chorych na cukrzycę i planujących ciążę, chorych na cukrzycę typu II z problemami leczniczymi.
2. Działalność mająca na celu wczesne i aktywne wykrywanie cukrzycy (profilaktyka pierwotna, badanie przesiewowe wśród rodzin chorych na cukrzycę, otyłych z nadwagą itp.) oraz wczesne rozpoznawanie i leczenie powikłań cukrzycy (profilaktyka wtórna z pomocą okulisty, neurologa, ginekologa, położnika, ortopedy, psychologa).
3. Rozwijanie właściwej dla potrzeb chorego na cukrzycę metod opieki środowiskowej, społecznej i prawnej.

§ 26

ZADANIA PORADNI DERMATOLOGICZNEJ

1. Porady dermatologiczne dla dorosłych.
2. Kierowanie na testy alergicznych typu prick dla dorosłych i dzieci.
3. Wykonywanie testów:
 - 1) testy foto,
 - 2) testy fizykalne:
 - a) kroi,
 - b) uciskowe,
 - c) obciążeniowe,
 - d) wysiłkowe.
4. Krioterapia – zabiegi ciekłym azotem i chlorkiem etylu.
5. Kierowanie na pobieranie wycinków skóry i tkanki podskórnej do diagnostyki histopatologicznej.
6. Ocena dermatoskopowa zmian skórnych.
7. Ocena zmian skórnych lampą Wooda.
8. Badanie mikroskopowe skóry i włosów.
9. Badanie bezpośrednio włosów naskórka i paznokci na grzybicy.
10. Kierowanie na badania mikroskopowe w kierunku nużeńców i bezpośrednio w kierunku grzybicy.
11. Leczenie owrzodzeń podudzi-zakładanie opatrunków zamkniętych (kleina).
12. Podawanie leków doogniskowo.
13. Poradnictwo zawodowe w chorobach skóry.

§ 27

ZADANIA PORADNI ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1. Diagnostowanie i leczenie chorób psychicznych,
2. Wykonywanie zaleceń konsultacyjnych dla lekarza medycyny rodzinnej,
3. Konsultacja szpitalne,
4. Wykonywanie badań psychologicznych,
5. Kierowanie pacjentów do oddziałów psychiatrycznych i leczenia nerwic,
6. Kwalifikowanie i kierowanie do ośrodków rehabilitacji psychiatrycznej,
7. Promowanie oświaty zdrowotnej,
8. Diagnostyka chorób psychicznych poprzez:
 - 1) badanie lekarskie,
 - 2) badanie psychiatryczne,
 - 3) wywiad pielęgniarski.

§ 28

ZADANIA PORADNI ENDOKRYNOLOGICZNEJ

1. Diagnostowanie i leczenie chorób układu wydzielania wewnętrznego:
 - 1) choroby przysadki,
 - 2) choroby gruczołu tarczowego i gruczołów przytarczycznych,
 - 3) choroby rdzenia i kory nadnerczy,
 - 4) czynne hormonalne guzy trzustki,
 - 5) choroby gonad,
 - 6) leczenie cukrzycy typu I i II i leczenie jej przewlekłych powikłań,
 - 7) edukacja chorych i profilaktyka cukrzycy,

- 8) leczenie chorych z zaburzeniami przemiany tłuszczowej z hiperlipoproteinemią,
- 9) leczenie otyłości.
2. Kwalifikowanie chorych do leczenia radiojodem.
3. Kwalifikowanie chorych z chorobami endokrynologicznymi do zabiegów operacyjnych.

§ 29

ZADANIA PORADNI TERAPII UZALEŻNIEŃ OD ALKOHOLU I WSPÓLUZALEŻNIEŃ

1. Diagnozowanie i przyjmowanie do programu psychoterapeutycznego osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków i innych środków chemicznych, oraz ich rodzin.
2. Otaczanie pacjentów opieką psychologiczną i psychiatryczną.
3. Kierowanie do innych poradni specjalistycznych.
4. Kierowanie do innych placówek uzależnień.
5. Obejmowanie pracą psychoterapeutyczną w etapie podstawowym i pogłębionym osób uzależnionych i ich rodzin:
 - 1) prowadzenie edukacji dotyczącej uzależnień,
 - 2) pomoc w budowaniu świadomości, tożsamości alkoholowej,
 - 3) tworzenie atmosfery do pracy nad destrukcją alkoholową,
 - 4) budowanie wsparcie dla osób uzależnionych i ich rodzin,
 - 5) prowadzenie edukacji dla rodzin z problemem alkoholowym,
 - 6) tworzenie warunków do pracy pogłębionej w problematyce rodzinnej,
 - 7) pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów,
 - 8) uczenie umiejętności radzenia sobie ze stresem i napięciem emocjonalnym,
 - 9) dostarczanie informacji na temat sytuacji prawnej pacjenta,
 - 10) praca z pacjentem mającym postanowienie Sądu o leczeniu na temat jego motywacji do trzeźwienia,
 - 11) praca nad motywacją pacjentów i ich rodzin do podjęcia wysiłku w kierunku zmiany,
 - 12) uczenie konstruktywnych zachowań wspierających proces trzeźwienia,
 - 13) systematyczna praca psychoterapeutyczna w kontakcie indywidualnym i grupowym,
 - 14) prowadzenie korespondencji z Sądem i Komisjami Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
 - 15) stała współpraca z kuratorami sądowymi,
 - 16) prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta,
 - 17) opieka pielęgniarska i administracyjna.

§ 30

ZADANIA GABINETÓW DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWYCH PORADNI

W gabinetach diagnostyczno- zabiegowych udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresach:

1. Otolaryngologii,
2. Neurologii,
3. Kardiologii,
4. Chirurgii ogólnej,
5. Urologii,
6. Ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
7. Endokrynologii,
8. Chorób płuc,
9. Dermatologii i wenerologii,
10. Położnictwa i ginekologii.

§ 31

**ZADANIA GABINETÓW LEKARZA, PIELĘGNIARKI, POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ,
GABINETU ZABIEGOWO-SZCZEPIENNEGO**

1. Badanie i udzielanie porad lekarskich w gabinecie lekarskim.
2. Wizyty domowe w przypadkach, w których pacjent nie może się zgłosić do gabinetu.
3. Wykonywanie zabiegów leczniczych ambulatoryjnych i domowych.
4. Organizowanie i sprawowanie opieki domowej lekarskiej i pielęgniarskiej nad obłożnie chorymi i osobami w podeszłym wieku.
5. Organizowanie i wykonywanie szczepień ochronnych.
6. Wczesne wykrywanie chorób.
7. Badania profilaktyczne.
8. Wykonywanie diagnostyki laboratoryjnej oraz obrazowej.

9. Kierowanie do lekarza specjalisty, czuwanie nad dalszym przebiegiem leczenia pacjenta, zasięgnięcie informacji, koordynowanie sposobu leczenia.
10. Przygotowywanie udokumentowanych wniosków o potrzebie leczenia sanatoryjnego.
11. Rozpoznawanie i ocena potrzeb w zakresie rehabilitacji leczniczej i zawodowej oraz współudział w ich zaspakajaniu.
12. Prowadzenie oświaty zdrowotnej.
13. Prowadzenie orzecznictwa lekarskiego w sprawach wynikających z obowiązujących przepisów.

§ 32

ZADANIA GABINETÓW PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ I POMOCY PRZEDLEKARSKIEJ

1. Wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych.
2. Kierowanie postępowaniem przesiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów.
3. Czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi.
4. Sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością.
5. Udzielanie pomocy przedlekarskiej uczniom w przypadkach nagłych zachorowań, urazów i zatruc.
6. Doradztwo dla dyrekcji szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów.
7. Udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

§ 33

ZADANIA HOSPICJUM DOMOWEGO

1. Zwalczanie bólu i innych dolegliwości fizycznych.
2. Pielęgnacje.
3. Wypożyczanie wyrobów medycznych i środków pomocniczych.
4. Łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych.
5. Wspomaganie i edukacja rodzin podopiecznych.

§ 34

ZADANIA ODDZIAŁU DZIENNEGO TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

W Oddziale Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu prowadzone są programy psychoterapeutyczne dla osób uzależnionych. Oddział zajmuje się terapią uzależnień głównie od alkoholu, narkotyków, uzależnień mieszanych i uzależnień niebehawioralnych, np. hazardu, w systemie dziennym tzn. pacjent przebywa na zajęciach w ciągu dnia w godzinach od 8⁰⁰ do 15⁰⁰. Program terapii trwa 8 tygodni.

Zadania podstawowe:

1. Diagnozowanie zaburzeń spowodowanych:
 - 1) używaniem alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych,
 - 2) zaburzeniami nawyków i popędów (impulsów) w etapie podstawowym.
2. Realizacja programów psychoterapii dla:
 - 1) osób uzależnionych od alkoholu,
 - 2) osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
3. Udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla:
 - 1) osób uzależnionych od alkoholu,
 - 2) osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
4. Prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla: członków rodzin dotkniętych następstwami używania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych.
5. Przygotowanie pacjenta do kontynuowania terapii w etapie ciągłym w poradni leczenia uzależnień i współuzależnienia.

Zadania rozszerzone:

1. Realizacja programów psychoterapii dla osób z zaburzeniami nawyków i popędów (impulsów).
2. Udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób z zaburzeniami nawyków i popędów (impulsów).
3. Prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób z zaburzeniami nawyków i popędów (impulsów).

§ 35

ZADANIA PORADNI NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Do zadań Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej należy w szczególności:

1. Udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych lub telefonicznie.
2. Udzielanie świadczeń pielęgnarskich w warunkach ambulatoryjnych, zleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji.
3. Udzielanie świadczeń pielęgnarskich doraźnie, w związku z poradą lekarską.
4. W przypadku stanu nagłego lekarz lub pielęgniarz zapewniają opiekę pacjentowi do czasu przekazania go pod opiekę Izby Przyjęć.

§ 36

ZADANIA PORADNI CHORÓB NACZYŃ

Do zadań Poradni Chorób Naczyń należy w szczególności:

1. Diagnostyka i leczenie chorób naczyń mózgowych, tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych chorób żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych oraz innych zaburzeń układu krążenia.
2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe chorych, ukierunkowane na ocenę układu naczyniowego tętniczego, żylnego i chłonnego.
3. Ocena i interpretacja inwazyjnych i nieinwazyjnych badań diagnostycznych chorób naczyń.
4. Kwalifikowanie chorych do zabiegów operacyjnych w trybie nagłym i do operacji planowych w zakresie chorób naczyń.
5. Rozpoznawanie i leczenie powikłań po operacjach naczyń.
6. Planowanie i kierowanie wczesną rehabilitacją po operacjach naczyń.
7. Promowanie oświaty zdrowotnej.
8. Konsultowanie pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych.
9. Kierowanie do innych placówek medycznych.

§ 37

**ZADANIA PORADNI REHABILITACYJNEJ, OŚRODKA REHABILITACJI DZIENNEJ
I PRACOWNI FIZJOTERAPII**

1. Udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej poprzez:
 - 1) leczenie usprawniające chorych w oddziałach Szpitala,
 - 2) wykonywanie zabiegów fizykoterapeutycznych i kinezyterapeutycznych na zlecenie lekarskie dla pacjentów oddziałów szpitalnych i pacjentów ambulatoryjnych.
2. Wykonanie zabiegów:
 - 1) w zakresie fizykoterapii:
 - a) aquavibron,
 - b) leczenie ultradźwiękami, ultrafonoforeza,
 - c) terapia impulsowym polem magnetycznym małej częstotliwości,
 - d) światłolecznictwo (Solux, UV,IR),
 - e) elektrolecznictwo – prądy diadynamiczne, Traberta, interferencje, elektrostymulacje, porady neofaradyczne, jonoforezy, galwalizacje, TENS,
 - f) laseroterapia (904nm),
 - g) pole wysokiej częstotliwości – Terapuls, DKF,
 - h) krioterapia miejscowa,
 - i) hydroterapia – kąpiel wirowa kończyn górnych i dolnych,
 - 2) masażu: leczniczego i klasycznego oraz masażu funkcyjnego,
 - 3) kinezyterapii:
 - a) ćwiczenia rehabilitacyjne przy łóżku chorego - ćwiczenia czynno-bierne, stopniowa pionizacja, ćwiczenia oddechowe, nauka czynności lokomocyjnych, nauka efektywnego kaszlu,
 - b) ćwiczenia w sali kinezyterapii, ćwiczenia w odciążaniu, z oporem, czynne wodne, redresyjne, samowspomagane, trakcje kręgosłupa metodą bloczkowo-ciężarkową, podwieszenie całkowite,
 - c) instruktaż ćwiczeń do samodzielnego wykonania przez chorego.
 - d) ćwiczenia w systemie bloczkowo-ciężarkowym,
 - e) ćwiczenia w obciążeniu z oporem, ćwiczenia wolne, ćwiczenia czynno-wolne z oporem, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia samowspomagane, ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia w otwartych i zamkniętych łańcuchach kinemodycznych, mobilizacje stawów, ćwiczenia ogólnousprawniające,
 - f) indywidualna praca z pacjentem.
3. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego,
4. Udzielanie porad przez lekarzy rehabilitacji.

§ 38

**ZADANIA LABORATORIUM ANALITYCZNEGO
I MEDYCZNEGO LABORATORIUM MIKROBIOLOGICZNEGO**

1. Zapewnienie świadczeń diagnostycznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej oraz serologii dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych przez całą dobę.
2. Wykonywanie badań z zakresu:
 - 1) analityki ogólnej,
 - 2) biochemii klinicznej,
 - 3) hematologii,
 - 4) koagulologii (badania układu krzepnięcia krwi),

- 5) immunologii,
- 6) serologii transfuzjologicznej,
- 7) bakteriologii,
- 8) badania mikrobiologiczne i fizykochemiczne wody.
3. Wykonywanie badań zgodnie z zasadami dobrej praktyki laboratoryjnej – szczegółowy opis funkcjonowania zawarty jest w procedurach systemu zarządzania jakością.
4. Prowadzenie archiwizacji wykonanych badań i przechowywanie wyników w systemie informatycznym laboratorium.
5. Uczestniczenie w ogólnopolskich programach kontroli jakości badań, międzynarodowych programach kontroli badań z zakresu: biochemii klinicznej, hematologii, koagulologii i immunologii.
6. Kształcenie i szkolenie personelu medycznego.

§ 39

ZADANIA SEKCJI SŁUŻB PRACOWNICZYCH

1. Współdziałanie w opracowaniu minimalnych norm zatrudnienia.
2. Prowadzenie miesięcznej analizy zatrudnienia według grup zawodowych, oraz rocznej analizy w porównaniu z poprzednimi latami.
3. Zawieranie i rozwiązywanie umów o pracę.
4. Prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, urlopów oraz czasowej niezdolności do pracy, wydawanie zaświadczeń o zatrudnieniu.
5. Nadzór nad wykorzystaniem przez pracowników urlopów wypoczynkowych zgodnie z planem.
6. Konkursy na świadczenie usług medycznych. Zawieranie umów kontraktowych.
7. Opracowywanie planów szkoleń (ogólnoszpitalnych i oddziałowych). Sporządzanie sprawozdań z odbytych szkoleń przez pracowników (półrocznych, rocznych).
8. Prowadzenie spraw związanych ze stażami.
9. Pilotowanie oraz nadzorowanie programu adaptacji zawodowej nowozatrudnionych pracowników.
10. Nadzorowanie list obecności i kart rozliczeniowych czasu pracy pracowników.
11. Nadzór nad prawidłowym doborem pracowników dokonywanym poprzez „rekrutację pracowników”.
12. Sporządzanie sprawozdań dla podmiotów zewnętrznych oraz wewnętrznych.
13. Pilotowanie oraz nadzorowanie programu oceny pracy pracowników.
14. Bieżąca obsługa pracowników związana z ich przechodzeniem na emeryturę.
15. Wykonywanie innych czynności wynikających z zakresu obowiązków.
16. Prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.
17. Kontrola porządku i dyscypliny pracy.
18. Prowadzenie całokształtu spraw związanych z prowadzeniem i obsługą sekretariatu tj.:
 - 1) prowadzenie dokumentacji w zakresie spraw organizacyjnych Dyrektora,
 - 2) przyjmowanie, rejestrowanie i rozdział korespondencji,
 - 3) nadzór nad terminowym wysyłaniem odpowiedzi przez poszczególne komórki,
 - 4) sporządzanie czystopisów pism,
 - 5) prowadzenie dokumentacji w zakresie kontroli zewnętrznej.
 - 6) aktualizacja strony internetowej Szpitala.
19. Prowadzenie spraw związanych z rejestrem Wojewody Podlaskiego.
20. Obsługa administracyjna Rady Społecznej.
21. Przygotowanie w porozumieniu z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych wytycznych oraz zaleceń w zakresie zmian organizacji pracy Szpitala, a w szczególności Regulaminu Organizacyjnego.

§ 40

ZADANIA SEKCJI STATYSTYKI MEDYCZNEJ WRAZ Z ARCHIWUM MEDYCZNYM

1. Przygotowanie ofert na realizację świadczeń z NFZ.
2. Obsługa portalu SZOI w zakresie kontraktowania i rozliczeń (przekazanie danych z realizacji świadczeń, raportów rozliczeniowych oraz rachunków elektronicznych, bieżąca aktualizacja danych w portalu w zakresie struktury organizacyjnej, fizycznej oraz potencjału).
3. Przygotowanie dla Sekcji Ekonomiczno- Finansowej zestawień do rozliczeń z NFZ, stanowiących podstawę rozliczeń konsultacji udzielanych podmiotom zewnętrznym.
4. Obsługa Internetowego Systemu Monitorowania Profilaktyki SIMP w zakresie rozliczeń.
5. Kontrola poprawności wprowadzenia danych do list oczekujących, tworzenie zestawień z kolejek oczekujących na potrzeby NFZ.
6. Bieżące informowanie Dyrektora oraz oddziałów i poradni o zawartych umowach z NFZ (liczba i warunki udzielania świadczeń) oraz o stanie realizacji kontraktów z NFZ.
7. Analiza poprawności wprowadzonych danych do systemu, weryfikacja danych.
8. Bieżąca analiza wykonania kontraktów.
9. Tworzenie i porządkowanie baz danych udzielonych świadczeń na potrzeby analiz.
10. Analiza świadczeń według grup JGP.
11. Analiza świadczeń wg ICD 10.

12. Monitorowanie czasu pobytu pacjentów w oddziałach szpitalnych w trzech najczęściej występujących jednostkach chorobowych wg ICD 10.
13. Tworzenie zestawień rehospitalizacji pacjentów.
14. Tworzenie zestawień kosztów i przychodów z podziałem na komórki organizacyjne Szpitala.
15. Przygotowanie innych analiz i raportów na potrzeby Dyrektora.
16. Wprowadzanie do systemu danych dotyczących zabiegów wykonywanych na Bloku Operacyjnym.
17. Generowanie z systemu szczegółowych informacji o kosztach leczenia poszczególnego pacjenta.
18. Analiza rentowności leczenia pacjentów.
19. Sporządzanie sprawozdań GUS oraz do Ministerstwa Zdrowia.
20. Ustalanie standardów prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej.
21. Prowadzenie dokumentacji związanej z przyjęciem i wypisaniem chorego.
22. Prowadzenie archiwum medycznego oraz pism dotyczących historii chorób.
23. Prowadzenie składnicy akt i materiałów archiwalnych.

§ 41

ZADANIA SEKCJI EKONOMICZNO-FINANSOWEJ

1. Racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przeznaczonymi na wykonywanie zadań.
2. Koordynacja problematyki finansowej komórek organizacyjnych.
3. Prowadzenie gospodarki finansowej, rozliczanie.
4. Opracowywanie projektów planów finansowych.
5. Prowadzenie księgowości z likwidaturą i kasą. Wystawianie faktur dla poszczególnych odbiorców usług medycznych wykonywanych na terenie Szpitala.
6. Prowadzenie ewidencji składników majątkowych oraz spraw związanych z inwentaryzacją i kasacją.
7. Rozliczanie ilościowo-wartościowe magazynów. Rozliczanie remanentów.
8. Prowadzenie i rozliczanie z kontrahentami wzajemnych rozliczeń. Ustalanie sald.
9. Rozliczanie i dochodzenie należności.
10. Sporządzanie i rozliczanie listy płac, podatku dochodowego od osób fizycznych, składek na ubezpieczenia społeczne. Prowadzenie i rozliczanie programu „Płatnik”.
11. Ustalenie i obliczanie wynagrodzeń do funduszy początkowych do ZUS oraz sporządzanie wykazów wynagrodzeń dla potrzeb naliczenia emerytury lub renty.
12. Sporządzanie sprawozdań GUS, rozliczanie z Urzędem Skarbowym (podatek od osób prawnych i podatek VAT).
13. Wystawianie zaświadczeń o wynagrodzeniu.
14. Przygotowanie, monitorowanie i ewidencja umów na dzierżawę pomieszczeń, sprzętu - SAG.
15. Poszukiwanie źródeł finansowania środków zewnętrznych,
16. Organizacja i udział w pozyskiwaniu środków zewnętrznych,
17. Prowadzenie dokumentacji związanej z pozyskiwaniem i realizacją dofinansowania

§ 42

ZADANIA SEKCJI ADMINISTRACYJNO – GOSPODARCZEJ

1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, gospodarki energetycznej, urządzeń energetycznych, instalacji elektrycznej, sieci wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, gazów medycznych, urządzeń łączności, alarmowych i sygnalizacyjnych oraz sprzętu technicznego instalacji gazu, przepompowni ścieków, tlenowni, wymiennikowi CO i innych urządzeń.
2. Wykonywanie przeglądów obiektów oraz prowadzenie Książek Obiektów Budowlanych.
3. Ustalenie zasad programów i planów konserwacji i eksploatacji oraz modernizacji i remontów obiektów Szpitala wraz z infrastrukturą.
4. Sporządzanie projektów planów inwestycyjnych oraz zaopatrzenia w środki techniczne.
5. Prowadzenie warsztatów konserwatorskich: mechanicznego, stolarskiego, brygady hydraulicznej i CO, wentylacji mechanicznej, konserwatorów instalacji gazów medycznych i instalacji sanitarnych.
6. Ewidencja i monitorowanie umów na usługi związane z utylizacją odpadów powstałych w związku z działalnością Szpitala.
7. Pozyskiwanie złomu zgodnie z wytycznymi ochrony środowiska.
8. Ewidencja sprzętu medycznego znajdującego się w oddziałach.
9. Zapewnienie sprawności sprzętu medycznego.
10. Dbalność o sprzęt szpitalny i prowadzenie jego napraw.
11. Prowadzenie rozliczeń energii elektrycznej, energii cieplnej, wody i ścieków.
12. Realizacja postanowień umów dotyczących obsługi Szpitala.
13. Przygotowanie, monitorowanie i ewidencja umów dotyczących obiektów budowlanych wraz z wyposażeniem technicznym oraz infrastrukturą Szpitala.
14. Utrzymanie higieny szpitalnej obiektów Szpitala.
15. Gospodarka odpadami w zakresie odpadów innych niż niebezpieczne i specjalne:
 - 1) monitorowanie i weryfikacja zgodności z prawem prowadzonej gospodarki w zakresie odpadów innych niż niebezpieczne i specjalne,

- 2) wystawianie kart przekazania odpadu i prowadzenie ewidencji odpadów innych niż niebezpieczne i specjalne,
- 3) kontroli i egzekwowania ustalonych zasad w zakresie gospodarki odpadami.
16. Sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad pracą personelu w magazynie odzieży chorych, Sali przegotowania i wydawania zwłok wraz z chłodnią do przechowywania, bielizny czystej i brudnej, szatni, na terenach zielonych.
17. Współpraca, nadzór i sprawdzanie rachunków pod względem merytorycznym firm świadczących usługę w zakresie: prania bielizny, gastronomi, wywozu odpadów komunalnych, tapicerowania mebli, wykonywania tablic informacyjnych, rolet i siatek w oknach, napraw sprzętu AGD.
18. Współpraca z kierownikami działów wewnętrznych i firmami świadczącymi usługi na rzecz Szpitala dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania systemu we wszystkich jednostkach objętych usługą.
19. Prowadzenie gospodarki złomem zgodnie z wytycznymi ochrony środowiska.
20. Rozliczanie faktur za usługi telefoniczne wystawiane przez operatorów sieci telefonii komórkowych i stacjonarnych.
21. Przygotowywanie i prowadzenie postępowań, do których nie stosuje się ustawy Prawo zamówień publicznych.
22. Przygotowywanie, monitorowanie i ewidencja umów na dzierżawę pomieszczeń, sprzętu.

§ 43

ZADANIA DZIAŁU INFORMATYKI

1. Zapewnienie obsługi informatycznej pracowników Szpitala.
2. Opracowanie i wdrażanie obowiązujących standardów, procedur i norm aplikacji szpitalnych.
3. Administrowanie na potrzeby Szpitala systemami informatycznymi.
4. Zapewnienie sprawności i ciągłości działania systemów bezpieczeństwa i ochrony danych w systemach informatycznych w Szpitalu.
5. Zapewnienie niezakłóconego przepływu danych pomiędzy systemami informatycznymi w sieci korporacyjnej.
6. Konserwacją sprzętu i sieci.
7. Nadzór autorski systemów i aplikacji.
8. Planowanie zakupów informatycznych.

§ 44

ZADANIA STERYLIZATORNI

1. Wykonywanie usług w zakresie sterylizacji podmiotom wewnętrznym i zewnętrznym:
 - 1) transport brudnego materiału z Bloku Operacyjnego,
 - 2) mycie i dezynfekcja narzędzi i sprzętu z Bloku Operacyjnego,
 - 3) przygotowywanie pakietów i zestawów do sterylizacji (narzędzia, sprzęt, bielizna),
 - 4) wykonywanie procesów sterylizacji parą wodną pod ciśnieniem, tlenkiem etylenu,
 - 5) dokumentowanie procesów sterylizacji i ocena skuteczności,
 - 6) dokumentowanie wykonanych usług.

§ 45

ZADANIA KAPELANA SZPITALNEGO

1. Odprawianie Mszy Św. w kaplicy Szpitala.
2. Posługa duszpasterska i sakramentalna w kaplicy i salach chorych.
3. Stały dyżur pod telefonem i posługa duszpasterska na prośbę chorych.
4. Posługa duszpasterska dla umierających, na życzenie ich rodzin, także w godzinach nocnych.
5. Odwiedzanie chorych w salach i indywidualne rozmowy z proszącymi.

§ 46

ZADANIA RADCY PRAWNEGO

1. Świadczenie pomocy prawnej Szpitalowi Ogólnemu w Kolnie.
2. Udzielanie porad prawnych.
3. Sporządzanie opinii prawnych.
4. Konsultowanie i opiniowanie projektów aktów prawnych wewnętrznych.
5. Obsługa prawna Rady Społecznej przy Szpitalu Ogólnym w Kolnie (opiniowanie uchwał, wniosków).
6. Opiniowanie projektów umów, interpretacja przepisów i norm prawnych, sprawy pracownicze.
7. Prowadzenie spraw sądowych, egzekucyjnych i administracyjnych.
8. Opiniowanie pod względem formalno-prawnym konkursów na ordynatorów/koordynatorów oddziałów i oddziałowe.

§ 47

ZADANIA PSYCHOLOGA

1. Badania specjalistyczne na zlecenie lekarza prowadzącego jako uzupełnienie diagnozy lekarskiej:
 - 1) badanie inteligencji,
 - 2) badanie neuropsychologiczne,
 - 3) badanie osobowości,
 - 4) badanie przydatności zawodowej pacjentów po urazach mózgowo-czaszkowych i po urazach kręgosłupa,
 - 5) badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb kwalifikacji do zakładów opiekuńczych.
2. Udzielanie porad dla pacjentów i ich rodzin.
3. Pomoc psychologiczna dla pacjentów Szpitala i ich rodzin.

4. Przygotowanie emocjonalne pacjentek do porodu w oddziale położniczym i w Szkole Rodzenia.
5. Spotkania terapeutyczno-szkoleniowe dla pracowników Szpitala, grupowe i indywidualne zgodnie z zapotrzebowaniem i oczekiwaniami.
6. Pomoc psychologiczna dla pacjentów Szpitala przed i po zabiegach operacyjnych, na zlecenie lekarza prowadzącego.

§ 48

ZADANIA STANOWISKA DO SPRAW ZAKAŻEŃ WEWNĄTRZSZPITALNYCH I PROMOCJI ZDROWIA

1. Opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Szpitala i Komitetowi Zakażeń Szpitalnych.
2. Zakres kontroli wewnętrznej obejmuje ocenę prawidłowości i skuteczności:
 - 1) oceny ryzyka występowania zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - 2) monitorowania czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń (~~codzienna weryfikacja wszystkich historii chorób~~, raporty 2 razy w roku),
 - 3) procedur zapobiegania zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym procedur dekontaminacji: higiena rąk, ocena stanu sanitarno-epidemiologicznego oddziałów zgodnie z planem pracy, ocena wkluc obwodowych (1x na kwartał), kontrola wody na obecność pałeczek Legionella spp. - według zaleceń (~~częstotliwość uzależniona od poprzednich wyników~~),
 - 4) stosowania środków ochrony indywidualnej i zbiorowej (w ramach oceny stanu sanitarno-epidemiologicznego oddziałów oraz przy wywiadach epidemiologicznych),
 - 5) wykonywania badań laboratoryjnych (2 razy w ciągu roku ocena realizacji instrukcji dotyczącej zaleceń diagnostyki mikrobiologicznej u przyjmowanych pacjentów),
 - 6) analizy lokalnej sytuacji epidemiologicznej (~~codzienny~~ monitoring gorączkujących, rejestracja alert patogenów, przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych, rejestracja zakażeń szpitalnych,
 - 7) profilaktyki i terapii antybiotykowej.
3. Ocena wyników kontroli wewnętrznej.
4. Szkolenie personelu z zakresu kontroli zakażeń szpitalnych:
 - wstępne (wszystkich nowozatrudnionych pracowników),
 - okresowe według planu szkoleń,
 - doraźne.
5. Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.
6. Udział w przygotowaniu i prowadzeniu przetargów mających na stan sanitarno- epidemiologiczny Szpitala.

§ 49

ZADANIA STANOWISKA DO SPRAW OBRONNOŚCI KRAJU

1. Zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego.
2. Zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane, informacje niejawne.
3. Zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka.
4. Opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji Dyrektora Szpitala, planu ochrony informacji niejawnych w Szpitalu, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji.
5. Prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych.
6. Prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających.
7. Prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych w Szpitalu albo wykonujących czynności zleczone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych, oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto obejmującego wyłącznie:
 - 1) imię i nazwisko,
 - 2) PESEL,
 - 3) imię ojca,
 - 4) datę i miejsce urodzenia,
 - 5) adres miejsca zamieszkania lub pobytu,
 - 6) określenie dokumentu kończącego procedurę, datę jego wydania oraz numer.
8. Przekazywanie ABW do ewidencji, danych osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych, a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzje o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa, na podstawie wykazu.
9. Utrzymywanie w aktualności Regulaminu Organizacyjnego okresu wojny.
10. Zapewnienie aktualności dokumentacji medycznej związanej z podwyższeniem gotowości obronnej (plan OWSGO, zestawy zadań, stały dyżur).
11. Organizowanie i prowadzenie szkolenia obronnego kadry kierowniczej.
12. Utrzymywanie w stałej aktualności określonych limitów wykazów kadr medycznych.
13. Reklamowanie od służby wojskowej w okresie wojny żołnierzy – fachowych pracowników służby zdrowia.

14. Zapewnienie rozwinięcia planowanej bazy łóżkowej na zastępcze miejsca szpitalne oraz poszerzenie bazy szpitalnej.
15. Utrzymywanie rezerwy specjalistycznej służby zdrowia.
16. Realizacja zadań wynikających z przepisów o świadczeniach rzeczowych i osobistych na rzecz obrony kraju.
17. Planowanie działalności oraz realizacja zadań w zakresie obrony cywilnej.
18. Magazynowanie sprzętu techniczno-wojskowego na potrzeby obrony cywilnej.
19. Współdziałanie w ramach ustalonych obowiązków z Wydziałem Zarządzania Kryzysowego UM i UW, Rejonową Komisją Poborową i Wojskową Komendą Uzupelnień w zakresie spraw obronnych.
20. Przechowywanie dokumentów zawierających informacje niejawne.
21. Odbieranie, wydawanie i wysyłanie przesyłek z dokumentami zawierającymi informacje niejawne.
22. Wytwarzanie i przetwarzanie dokumentów zawierających informacje niejawne.
23. Nadzorowanie obiegu dokumentów niejawnych w Szpitalu.
24. Kontrola przestrzegania właściwego oznaczania i rejestrowania dokumentów zawierających informacje niejawne.
25. Przechowywanie dokumentów dotyczących spraw obronnych oraz obrony cywilnej Szpitala.
26. Wykonywanie poleceń pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych.

§ 50

ZADANIA STANOWISKA DS. BEZPIECZEŃSTWA I HIGIENY PRACY ORAZ PRZECIWPOŻAROWYCH

1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad BHP.
2. Bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.
3. Sporządzanie, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu BHP zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy.
4. Udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, pomieszczenia higieniczno-sanitarne, socjalne.
5. Udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących BHP oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie BHP.
6. Opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących BHP na poszczególnych stanowiskach pracy.
7. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków.
8. Prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy.
9. Udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego.
10. Współpraca z laboratoriami upoważnionymi do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, lub warunków uciążliwych występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami.
11. Współdziałanie ze Państwową Inspekcją Pracy oraz z Zakładową Organizacją Związkową Pielęgniarek i Położnych w celu przestrzegania przepisów oraz zasad BHP.
12. Przeprowadzanie kontroli stanu BHP.
13. Przygotowanie zaleceń dla poszczególnych działów w celu usunięcia stwierdzonych zagrożeń.
14. Występowania do pracodawcy o zastosowaniu kar porządkowych w stosunku do pracowników odpowiedzialnych za zaniedbanie obowiązków w zakresie BHP.
15. Niezwłocznego wstrzymania pracy maszyny lub innego urządzenia technicznego w razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia pracownika lub innych osób.
16. Działania w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego podległych jednostek organizacyjnych.
17. Realizacja zadań ochrony przeciwpożarowej określonych przepisami wytycznymi i normami jednostki nadrzędnej.
18. Nadzór nad opracowaniem planów poprawy stanu bezpieczeństwa pożarowego oraz czuwanie nad ich realizacją.
19. Udział w komisjach odbioru obiektów lub ich części lub urządzeń.
20. Planowanie potrzeb wyposażenia obiektów w sprzęt i urządzenia pożarnicze oraz w instalacje sygnalizacyjno-alarmowe.
21. Nadzór nad kontrolą i konserwacją podręcznego sprzętu gaśniczego.
22. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów.
23. Opracowanie i aktualizacja instrukcji bezpieczeństwa pożarowego.
24. Współdziałanie z właściwymi terenowo jednostkami organizacyjnymi Państwowej Straży Pożarnej.
25. Współdziałanie w przygotowaniu zakładu do potrzeb obrony cywilnej w zakresie ochrony przeciwpożarowej.
26. Analizowanie przyczyn zaistniałych pożarów i skutków oraz przedstawienie wniosków w tym zakresie.
27. Prowadzenie okresowych, doraźnych kontroli stanu ochrony przeciwpożarowej w obiektach i przekładanie wniosków odnośnie stwierdzonych nieprawidłowości.

§ 51

ZADANIA STANOWISKA DO SPRAW ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

1. Przestrzeganie przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych, wydanych do niej przepisów wykonawczych.
2. Przyjmowanie i rejestrowanie wniosków o wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia z poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
3. Wybór i przedkładanie Dyrektorowi Szpitala lub osobie upoważnionej protokołu wyboru trybu postępowania oraz czuwanie nad przestrzeganiem zasad i form postępowania o udzielenie zamówienia.
4. Przygotowywanie i przeprowadzanie postępowania o udzielenie zamówienia, w szczególności przedstawianie Dyrektorowi Szpitala lub osobie upoważnionej propozycji wykluczenia wykonawcy, odrzucenia oferty oraz wyboru najkorzystniejszej oferty, a także występowanie z wnioskiem o unieważnienie postępowania o udzielenie zamówienia.
5. Formułowanie do akceptacji wyników postępowania o udzielenie zamówienia i przedkładanie do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala lub osobie przez niego upoważnionej.
6. Wykonywanie czynności związanych z wniesionym środkiem ochrony prawnej w prowadzonym postępowaniu o udzielenie zamówienia.
7. Prowadzenie dokumentacji z prowadzonych postępowań o udzielenie zamówień, zgodnie z ustawą i przedkładanie jej do zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala lub osobie upoważnionej.
8. Wykonywanie innych czynności formalnych związanych ze skutecznym przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia i zawarciem stosownej umowy w sprawie zamówienia publicznego z wybranym wykonawcą.
9. Przechowywanie u zamawiającego dokumentacji przetargowej wraz z ofertami przez okres obowiązujący w przepisach ustawy Prawo zamówień publicznych.
10. Zapewnienie obsługi administracyjnej prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia.

§ 52

ZADANIA KOMITETU TRANSFUZJOLOGICZNEGO

1. Dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetaczania, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy.
2. Analiza zużycia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń krwi, jej składników oraz produktów.
3. Nadzór nad działaniami związanymi z leczeniem krwią oraz nadzór związaną z tym dokumentacją.
4. Ocena stosowanej metodyki i przetoczeń, określonej w rozporządzeniu.
5. Analiza każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną postępowania.
6. Analiza raportów o wszelkich nieprzewidzianych zdarzeniach, tj. identyfikacja i rejestrowanie wszelkich nieprzewidzianych zdarzeń związanych z przetoczeniem, a w szczególności błędowi wypadków oraz sporządzanie raportów o tych zdarzeniach.
7. Opracowanie programu kształcenia lekarzy, pielęgniarek, położnych w dziedzinach leczenia krwią i nadzór nad jego realizacją.
8. Udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki i rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia.
9. Współpraca z jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, a w szczególności z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku.

§ 53

ZADANIA KOMITETU ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

1. Opracowanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.
2. Ocena wyników kontroli wewnętrznych przedstawionych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
3. Wprowadzenie zakładowego systemu badań i identyfikacji oraz rejestracji szczepów bakteryjnych w celu oceny flory bakteryjnej środowiska szpitalnego.
4. Sporządzanie raportów półrocznych, rocznych i przekazywanie ich odpowiednim organom.
5. Współpraca z Komitetem Terapeutycznym i Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

§ 54

ZADANIA KOMITETU TERAPEUTYCZNEGO

1. Wypracowanie metod racjonalnej gospodarki lekiem oraz zastosowanie ich w praktyce lekarskiej.
2. Sporządzanie Szpitalnej Listy Leków (SLL).
3. Sporządzanie Receptariusza Szpitalnego (RS) uwzględniającego dobowy koszt terapii danym farmaceutykiem.
4. Analiza przydatności użytkowania leków (analiza piśmiennictwa, analiza kosztów).
5. Wprowadzanie lub skreślanie leków do SLL (2 razy/rok).
6. Kontrola stosowania SLL i RS w oddziałach.
7. Rozpatrywanie wszystkich spraw związanych z farmakoterapią pacjentów w Szpitalu.
8. Kontrola zakupu i wydawanie leków w ramach SLL.
9. Kontrola prowadzonej analizy statystycznej miesięcznego zużycia leków poprzez oddziały szpitalne.
10. Ustalanie programu kontroli występowania szczepów wewnątrzszpitalnych w poszczególnych oddziałach.
11. Analiza leczenia przeciwbakteryjnego w Szpitalu z uwzględnieniem wyników Pracowni Bakteriologii.
12. Kontrola sprawozdań dotyczących niepożądanych działań leków.

13. Zatwierdzenie standardów leczenia w formie procedury.
14. Pomoc w opracowaniu i ustalaniu standardów leczenia.

**ZAKRESY OBOWIĄZKÓW PRACOWNIKÓW
DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ**

§ 1

LEKARZ IZBY PRZYJĘĆ

1. Lekarz Izby Przyjęć podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do obowiązków lekarza Izby Przyjęć należy w szczególności:
 - 1) wnikliwie zbadać każdego zgłaszającego się chorego i w razie stwierdzenia konieczności leczenia szpitalnego przyjąć go i skierować do właściwego oddziału.
 - 2) w razie nie przyjęcia chorego do Szpitala ze względu na niemożność przeprowadzenia leczenia danej choroby – skierować chorego do innego szpitala, właściwego dla danej jednostki chorobowej, po upewnieniu się co do możliwości przyjęcia chorego.
 - 3) w razie braku wolnych miejsc na odpowiednim oddziale przestrzegać zasady, iż chory potrzebujący natychmiastowego leczenia szpitalnego musi być przyjęty w każdym przypadku albo do szpitala, do którego chory przybył, albo też do innego szpitala, jeśli stan chorego pozwala na dalszy transport oraz, jeżeli istnieje pewność, że chory do tego szpitala zostanie przyjęty.
 - 4) pacjentom nie wymagającym leczenia szpitalnego udzielić doraźnej pomocy i właściwych wskazówek.
 - 5) jeżeli stan chorego jest ciężki, udzielić mu pierwszej pomocy lekarskiej jeszcze przed załatwieniem formalności związanych z przyjęciem go do Szpitala, a następnie oddać go po opiekę ordynatorowi/koordynatorowi oddziału bądź lekarzowi zastępującemu, po uprzednim porozumieniu się osobistym lub telefonicznym.
 - 6) dopilnować dokładnego wykonywania czynności kancelaryjnych, przewidzianych przy przyjmowaniu chorych.
 - 7) zarządzić, aby chory, jeżeli stan jego zdrowia na to pozwala, był doprowadzony przed umieszczeniem go w oddziale do należytego stanu sanitarno-higienicznego.
 - 8) pacjentowi nie przyjętemu do Szpitala wydać kartę informacyjną, wpisać do „Księgi odmów” rozpoznanie i przyczynę odmowy oraz udzielić mu odpowiedniej informacji,
 - 9) prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,

§ 2

ORDYNATOR/KOORDYNATOR/KIEROWNIK ODDZIAŁU

1. Ordynator, koordynator, kierownik podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Ordynator, koordynator, kierownik jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu zatrudnionego w oddziale na podstawie umowy o pracę i umowy cywilno - prawnej.
3. Ordynator, koordynator, kierownik kieruje pracą lekarzy rezydentów specjalizujących się na jego oddziale, nadzoruje aby we właściwym czasie przerobili program specjalizacji, zapewnia im właściwe warunki pracy.
4. Do obowiązków ordynatora, koordynatora, kierownika należy w szczególności:
 - 1) czuwanie nad prawidłowym tokiem pracy w oddziale, nadzorowanie pod względem fachowym i etycznym pracy podległego personelu oraz dbanie o dyscyplinę pracy,
 - 2) bezzwłoczne zawiadomianie Dyrektora o każdym wykroczeniu przeciwko ustalonym zasadom pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej, o nie przestrzeganiu reguł etycznych oraz naruszaniu dyscypliny pracy.
5. Ordynator, koordynator, kierownik ponosi całkowitą odpowiedzialność za leczenie chorych na oddziale. Ma on prawo wyboru metod leczenia, jednak w razie wprowadzenia nowych metod jest obowiązany po porozumieniu się z Dyrektorem Szpitala zasięgnąć opinii specjalisty wojewódzkiego.
6. W szczególności w zakresie lecznictwa ordynator, koordynator, kierownik jest obowiązany:
 - 1) po zbadaniu nowoprzyjętego chorego przez lekarza oddziałowego ustalić rozpoznanie i kierunek leczenia,
 - 2) przestrzegać, aby każdy ciężko chory, nowo przybyły na oddział był niezwłocznie zbadany i aby była mu udzielona właściwa pomoc lekarska,
 - 3) zorganizować pracę na oddziale tak, aby rozpoznanie można było postawić w jak najkrótszym czasie,
 - 4) zawiadomić Dyrektora Szpitala o potrzebie zwołania narady lekarskiej w razie trudności w ustaleniu rozpoznania,
 - 5) powiadomić Dyrektora Szpitala o potrzebie przydzielenia specjalnej obsługi ciężko chorym,
 - 6) czuwać nad tym, aby lekarze świadczący usługi w oddziale tzw. lekarze kontraktowi byli powiadomieni o wszystkich ciężko chorych na oddziale,
 - 7) dbać, aby chorzy na oddziale byli leczeni z postępowaniem wiedzy lekarskiej, oraz mieli zapewnioną opiekę lekarską i należytą obsługę,
 - 8) znać aktualny stan zdrowia każdego chorego na oddziale i decydować o sposobie leczenia chorego,
 - 9) uprzedzać chorych zgłaszających chęć wypisania wbrew opinii lekarskiej o następstwach przedwczesnego wypisania się oraz wypisać go dopiero po otrzymaniu od niego bądź jego opiekunów pisemnego oświadczenia, że wypisuje się na własne żądanie i odpowiedzialność oraz że został uprzedzony o następstwach przedwczesnego wypisania,

- 10) dbać o to, aby asysta operacyjna była gruntownie zaznajomiona z istotą i przebiegiem wykonywanych czynności,
 - 11) omawiać z lekarzami zatrudnionymi na oddziale wybrane przypadki chorobowe, sposób ustalenia rozpoznania i metodę ich leczenia,
 - 12) przestrzegać, aby środki odurzające i silnie działające były przechowywane w oddziale osobno pod zamknięciem i wydawane wyłącznie na zlecenie lekarza,
 - 13) zamykać w osobnej zamykanej szafie środki odurzające do zaspokojenia bieżących potrzeb oddziału i czuwać nad właściwą ewidencją i rozchodowaniem tych środków,
 - 14) ustalać zapotrzebowanie na diety,
 - 15) dokonywać obchodu chorych na oddziale codziennie w godzinach ustalonych w danym oddziale,
 - 16) dbać o to, aby historie choroby były prowadzone w sposób oddający wierny obraz przebiegu choroby i poglądów ordynatora, koordynatora, kierownika zarówno w zakresie rozpoznania choroby, jak i leczenia chorego,
 - 17) przybywać na wezwanie lekarzy zatrudnionych na oddziale lub lekarza dyżurnego, ilekroć zajdzie uzasadniona potrzeba,
 - 18) w wyznaczone dni i godziny informować rodziny o stanie zdrowia chorych,
 - 19) w razie stwierdzenia stanu grożącego życiu lub w razie pogorszenia się stanu chorego dopilnować aby została o tym zawiadomiona niezwłocznie rodzina chorego lub jego opiekunowie,
 - 20) czuwać nad stałym, systematycznym doszkalaniami personelu średniego,
 - 21) stwierdzić uprawnienia pielęgniarek do wykonywania wstrzykiwań dożylnych,
 - 22) dbać o przelotowość oddziału, racjonalne wykorzystywanie łóżek, zapewnienie koniecznych miejsc dla chorych przyjmowanych w czasie ostrego dyżuru oraz przeciwdziałać nadmiernemu zaleganiu na oddziale przewlekle chorych, nie kwalifikujących się do dalszego leczenia,
 - 23) czuwać nad zapewnieniem bezpieczeństwa chorym na oddziale oraz kontrolować wykonanie wydanych w tym przedmiocie zarządzeń.
7. Sprawuje bieżący nadzór nad poziomem udzielanych świadczeń, a w szczególności nad:
- 1) stosowaniem skutecznych wspólnie stosowanych metod postępowania zapobiegawczego, diagnostycznego i rehabilitacyjnego,
 - 2) rozwijaniem metod wczesnego wykrywania chorób,
 - 3) zachowaniem ciągłości w indywidualnej opiece zapobiegawczo-leczniczej,
 - 4) prowadzeniem i obiegiem dokumentacji medycznej.
8. Powiadamia niezwłocznie Dyrektora o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa oraz o przypadkach choroby psychicznej lub zakaźnej na oddziale dla tych chorób nie przeznaczonym.
9. Ocenia kwalifikacje pracowników medycznych.
10. Organizuje i prowadzi szkolenia oraz doszkalanie pracowników medycznych.
11. Współdziała z innymi komórkami Szpitala oraz podmiotami leczniczymi.

§ 3

ASYSTENT ODDZIAŁU

1. Młodszy Asystent, Asystent, Starszy Asystent podlega bezpośrednio ordynatorowi, koordynatorowi, kierownikowi oddziału.
2. Do obowiązków Asystenta należy w szczególności:
 - 1) codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich,
 - 2) przeprowadzanie wywiadów z pacjentami, stawianie diagnozy wstępnej,
 - 3) zlecanie badań diagnostycznych i leczniczych współpracującym lekarzom i pielęgniarkom,
 - 4) wykonywanie zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych,
 - 5) bieżące ocenianie stanu pacjenta, postępów w leczeniu oraz wyników badań,
 - 6) stała weryfikacja wstępnej diagnozy leczenia,
 - 7) wnioskowanie o zakończeniu hospitalizacji pacjenta do ordynatora/koordynatora/kierownika,
 - 8) prowadzenie dokumentacji wg procedury,
 - 9) systematyczne samokształcenie,
 - 10) uczestnictwo w zebraniach towarzystw naukowych,
 - 11) szkolenie personelu średniego w zakresie diagnostyki i leczenia prowadzonego oddziału,
 - 12) przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej,
 - 13) niezwłocznie zawiadomić ordynatora, koordynatora, kierownika o wszelkich ważniejszych wydarzeniach w oddziale i o wykroczeniach popełnionych zarówno przez personel jak i chorych, a także o wydanych przez siebie zarządzeniach,
 - 14) niezwłocznie zawiadomić ordynatora, koordynatora, kierownika o nagłej śmierci chorego w oddziale, podobnie jak w przypadkach zagrożenia życia u chorego przebywającego w oddziale.

§ 4

LEKARZ STAŻYSTA

1. Lekarz stażysta podlega bezpośrednio ordynatorowi, koordynatorowi, kierownikowi oddziału.
2. Do obowiązków lekarza stażysty należy w szczególności:
 - 1) zapoznanie się ze strukturą Szpitala i zasadami pracy poszczególnych oddziałów,
 - 2) codzienne uczestnictwo w raportach lekarskich,
 - 3) przeprowadzanie wywiadów z pacjentami, badanie pacjentów,
 - 4) współuczestniczenie w stawianiu diagnozy wstępnej,
 - 5) współuczestniczenie w zlecaniu badań i zabiegów diagnostyczno-leczniczych,
 - 6) współuczestniczenie w bieżącej ocenie stanu pacjenta, postępów leczenia oraz wyników badań,
 - 7) nabywanie umiejętności wykonywania badań i zabiegów diagnostyczno-leczniczych w zakresie określonym programem stażu,
 - 8) prowadzenie dokumentacji według procedury,
 - 9) pełnienie dyżurów według regulaminu stażowego,
 - 10) zaliczanie kolokwium wewnątrzoddziałowych i prowadzenie karty stażu podyplomowego systematyczne samokształcenie,
 - 11) przestrzeganie praw pacjenta i etyki lekarskiej.

§ 5

KIEROWNIK BLOKU OPERACYJNEGO

1. Kierownik Bloku Operacyjnego podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Personel sal operacyjnych podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego z zastrzeżeniem, które określa, że w czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w obrębie sali operacyjnej jest podporządkowany:
 - 1) w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu lekarzowi operującemu,
 - 2) w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia oraz zdrowia operowanego anestezjologowi.
3. Do obowiązków kierownika Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
 - 1) kierownictwo i nadzór nad całością pracy Bloku Operacyjnego,
 - 2) współdziałanie z ordynatorami, koordynatorami, kierownikami przy ustalaniu programu operacji,
 - 3) akceptowanie przedstawionego programu operacji pod kątem czystości sal operacyjnych oraz zabezpieczenia w środki służące do wykonywania zabiegu operacyjnego,
 - 4) dbanie o należyte zaopatrzenie i konserwację sprzętu i materiałów operacyjnych,
 - 5) kontrolna sterylizacji i jej aparatury w obrębie Bloku Operacyjnego,
 - 6) kontrolna dokumentacji i sprawozdawczość operacyjna,
 - 7) zapoznanie się z dokumentacją dotyczącą zakażeń występujących na Bloku Operacyjnym oraz informowaniu o tym pracowników oddziału,
 - 8) udział w zjazdach naukowych związanych z jego specjalnością,
 - 9) nadzór nad podwykonawcami usług medycznych.

§ 6

PIELĘGNIARKA/POŁOŻNA KOORDYNUJĄCA

1. Pielęgniarka/położna koordynująca podlega bezpośrednio Przełożonej Pielęgniarek i Położnych, a funkcjonalnie w wykonywaniu czynności w oddziale ordynatorowi, koordynatorowi, kierownikowi oddziału.
2. Do obowiązków pielęgniarki / położnej koordynującej należy w szczególności:
 - 1) organizowanie i realizacja całodobowych kompleksowych świadczeń pielęgniarskich i położniczych,
 - 2) organizowanie pracy pielęgniarek, położnych z uwzględnieniem planowania i doboru prawidłowych metod postępowania pielęgnacyjnego stosownie do kwalifikacji personelu, stanu zdrowia pacjentów, ustalonego planu leczenia i pielęgnowania oraz wyposażenia oddziału oraz poradni,
 - 3) organizowanie, koordynowanie i nadzorowanie pracy podległego personelu,
 - 4) nadzór nad terminowym i prawidłowym realizowaniem powierzonych zadań, w tym zabiegów diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych,
 - 5) nadzorowanie przestrzegania przez podległych pracowników obowiązujących ich przepisów i norm etycznych,
 - 6) zabezpieczenie i prowadzenie racjonalnej gospodarki sprzętem medycznym i gospodarczym, lekami i innymi środkami niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania oddziału oraz poradni,
 - 7) nadzór nad apteczkę oddziałową i poradni, dbanie o prawidłowe przechowywanie i podawanie leków,
 - 8) stwarzanie warunków organizacyjno – technicznych do wykonywania zadań na oddziale i poradni,
 - 9) nadzór nad prawidłowym stanem sanitarno – epidemiologicznym i porządkowym oddziału i poradni zgodnie z przepisami sanitarnymi, bhp i przeciwpożarowymi,
 - 10) zapewnienie pracownikom odpowiednich warunków pracy,
 - 11) prowadzenie racjonalnej, dostosowanej do realizowanych zadań polityki kadrowej, w tym związanej z doskonaleniem umiejętności, doskonaleniem i rozwojem zawodowym,
 - 12) planowanie i organizacja zebrań i szkoleń wewnątrzoddziałowych i poradni,

- 13) zapewnienie bezpieczeństwa pobytu prawidłowej adaptacji pacjenta w oddziale i poradni oraz przestrzegania praw pacjentów,
- 14) organizowanie i realizacja zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia w stosunku do pacjentów i ich rodzin lub opiekunów, współpraca z członkami Zespołu Terapeutycznego,
- 15) nadzór nad sprawami administracyjno – ekonomicznymi oddziału oraz poradni.

§ 7

PIELĘGNIARKA

1. Pielęgniarka podlega bezpośrednio pielęgniarce koordynującej.
2. Do obowiązków pielęgniarki należy w szczególności:
 - 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjentów,
 - 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych i ustalenie procesu pielęgnowania,
 - 3) sprawowanie opieki pielęgniarstwa, pielęgnowanie pacjentów według indywidualnego planu opieki,
 - 4) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
 - 5) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
 - 6) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia,
 - 7) dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych,
 - 8) przygotowywanie pacjentów do badań diagnostycznych i asystowanie przy ich wykonaniu,
 - 9) pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,
 - 10) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej,
 - 11) edukacja zdrowotna pacjentów, ich rodzin lub opiekunów,
 - 12) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej,
 - 13) przyuczanie na stanowisku pracy stażystów i praktykantów,
 - 14) samokształcenie i doskonalenie zawodowe.

§ 8

POŁOŻNA

1. Położna podlega bezpośrednio położnej koordynującej.
2. Do obowiązków położnej należy w szczególności:
 - 1) Planowanie indywidualnej opieki nad pacjentkami i noworodkiem i jej realizacja zgodnie z kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi,
 - 2) przeprowadzanie wywiadów z pacjentkami,
 - 3) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
 - 4) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
 - 5) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia,
 - 6) dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych,
 - 7) przygotowywanie pacjentów do badań diagnostycznych i asystowanie przy ich wykonaniu,
 - 8) pobieranie materiałów do badań diagnostycznych,
 - 9) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej,
 - 10) edukacja zdrowotna pacjentów, ich rodzin lub opiekunów,
 - 11) przestrzeganie praw pacjenta i zasad etyki zawodowej,
 - 12) przyuczanie na stanowisku pracy stażystów i praktykantów,
 - 13) samokształcenie i doskonalenie zawodowe.

§ 9

RATOWNIK MEDYCZNY

1. Ratownik medyczny podlega bezpośrednio pielęgniarce koordynującej.
2. Do obowiązków ratownika medycznego należy w szczególności:
 - 1) przyjęcie pacjenta do oddziału,
 - 2) niezwłoczne powiadomienie lekarza o zgłoszeniu się pacjenta,
 - 3) udzielanie pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia,
 - 4) wstępna ocena stanu zdrowia pacjenta, obserwacja stanu pacjenta,
 - 5) dokonywanie pomiarów podstawowych parametrów życiowych,
 - 6) podawanie leków na zlecenie lekarza,
 - 7) pobieranie, zabezpieczanie i przekazywanie materiałów do badań diagnostycznych,
 - 8) transport pacjentów na badania diagnostyczne i zabiegi specjalistyczne, konsultacje i asystowanie przy tych badaniach,
 - 9) prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej według określonych procedur i w zakresie realizowanych zadań,
 - 10) zapewnienie pacjentom i ich opiekunom bezpieczeństwa i atmosfery sprzyjającej adaptacji do środowiska szpitalnego,
 - 11) dbanie o wyposażenie stanowiska pracy oraz o estetyczny wygląd osobisty,

- 12) pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych,
- 13) zgłaszanie pielęgniarcie bieżących usterek w pomieszczeniach oddziału,
- 14) mycie i dezynfekcja narzędzi i urządzeń medycznych,
- 15) udział w szkoleniach, samokształcenie.

§ 10

SEKRETARKA MEDYCZNA

1. Sekretarka medyczna podlega bezpośrednio Przełożonej Pielęgniarek i Położnych.
2. Do obowiązków sekretarki medycznej należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie zadań administracyjno – statystycznych,
 - 2) dokonywanie rejestrów pacjentów,
 - 3) dokonywanie zapisów w dokumentacji medycznej oraz wypisywanie kart informacyjnych pod nadzorem lekarza,
 - 4) wypisywanie skierowań na badania diagnostyczne i zabiegi oraz innych dokumentów związanych z działalnością oddziału,
 - 5) sporządzanie odpisów dokumentacji medycznej oddziału,
 - 6) sporządzanie zestawień statystycznych i sprawozdań dla potrzeb Szpitala,
 - 7) prowadzenie rejestru określonych danych dla potrzeb oddziału,
 - 8) prowadzenie rejestru pacjentów leczonych w oddziale,
 - 9) przygotowywanie i wydawanie na zlecenie ordynatora, koordynatora, kierownika kopii dokumentacji.

§ 11

SANITARIUSZ

1. Sanitariusz podlega bezpośrednio Pielęgniarcie Koordynującej.
2. Sanitariusz pomaga w czynnościach związanych z obsługą pacjenta oraz w transporcie pacjentów.
3. Do obowiązków sanitariusza należy w szczególności:
 - 1) przemieszczanie i transport pacjentów zgodnie z zaleceniami personelu medycznego,
 - 2) pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych,
 - 3) wykonywanie prac pomocniczych na rzecz oddziału,
 - 4) dbanie o wyposażenie stanowiska pracy oraz o estetyczny wygląd osobisty,
 - 5) zgłaszanie pielęgniarcie bieżących usterek w pomieszczeniach oddziału,
 - 6) transport materiału do badań laboratoryjnych i wyników badań,
 - 7) transport próbek krwi i zleceń do laboratorium,
 - 8) transport pacjentów na badania diagnostyczne i zabiegi specjalistyczne, konsultacje i asystowanie przy tych badaniach,
 - 9) udział w transporcie pacjentów do innych podmiotów leczniczych i do domu,
 - 10) zabezpieczanie odzieży i obuwia pacjentów hospitalizowanych,
 - 11) dbanie o bezpieczeństwo powierzonej dokumentacji medycznej,
 - 12) przestrzeganie praw pacjenta,
 - 13) udział w szkoleniach,
 - 14) samokształcenie.

§ 12

TECHNIK FARMACEUTYCZNY

1. Przyjmuje dostawy leków i wyrobów medycznych oraz sprawdza ich zgodność z dokumentem dostawy.
2. Rozmieszcza leki w Dziale Farmacji zgodnie z ich warunkami przechowywania.
3. Realizuje zamówienia oddziałowe na leki i wyroby medyczne zgodnie z uprawnieniami.
4. Monitoruje stany wydawanych leków i wyrobów medycznych.
5. Monitoruje terminy ważności leków.
6. Monitoruje sprawność chłodziarek i nadzoruje ich czystość.

§ 13

KIEROWNIK GABINETÓW LEKARZA, PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Kierownik gabinetów POZ podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora do Spraw Lecznictwa.
2. Do obowiązków kierownika gabinetów POZ należy w szczególności:
 - 1) Nadzór nad pracą pielęgniarek i położnych POZ,
 - 2) Organizowanie pracy gabinetów POZ,
 - 3) Organizacja ciągłego szkolenia podległego personelu,
 - 4) Zapewnienie świadczeń diagnostycznych, leczniczych i profilaktycznych w zakresie p.o.z.
 - 5) Udzielenie pomocy doraźnej w stanach zagrażających życiu i zdrowiu w czasie godzin pracy placówki,
 - 6) Udzielanie świadczeń w domu chorego w przypadku zachorowań ostrych, epidemicznych i przewlekłych chorych.
 - 7) Prowadzenie działalności profilaktycznej i oświatowej- zdrowotnej.
 - 8) Orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia.
 - 9) Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy

- 10) Organizowanie szczepień profilaktycznych
- 11) Wystawianie wniosków na leczenie sanatoryjne.

§ 14

KIEROWNIK LABORATORIUM

1. Kierownik Laboratorium podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora do Spraw Lecznictwa.
2. Do obowiązków kierownika laboratorium należy w szczególności:
 - 1) Zapewnienie jakości usług diagnostyki laboratoryjnej na poziomie możliwości Szpitala,
 - 2) Dążenie do ciągłego rozwoju Laboratorium,
 - 3) Organizowanie pracy Laboratorium,
 - 4) Prowadzenie polityki personalnej gwarantującej odpowiedni poziom usług Laboratorium,
 - 5) Nadzorowanie procesów diagnostyki laboratoryjnej,
 - 6) Organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanych z procesem diagnostyczno-laboratoryjnym,
 - 7) Zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji formalno-prawnej zgodnie z procedurami,
 - 8) Uczestnictwo w badaniach laboratoryjnych,
 - 9) Organizowanie i realizacja całodobowych świadczeń laboratoryjnych,
 - 10) Systematyczne samokształcenie oraz prowadzenie procesów kształcenia pracowników laboratorium,
 - 11) Przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej,
 - 12) Udział w towarzystwach naukowych.

§ 15

DIAGNOSTA LABORATORYJNY

1. Diagnosta laboratoryjny podlega bezpośrednio kierownikowi laboratorium
2. Do obowiązków diagnosty laboratoryjnego należy w szczególności:
 - 1) Obsługa wszystkich analizatorów i urządzeń pomocniczych w Laboratorium Analitycznym.
 - 2) Pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań laboratoryjnych zgodnie z obowiązującymi procedurami.
 - 3) Przyjmowanie, rejestracja i przygotowanie próbek materiałów biologicznych do badań laboratoryjnych.
 - 4) Wykonywanie badań laboratoryjnych na Pracowni Biochemii, Hematologii i Koagulologii, Analityki,
 - 5) Autoryzacja wyników badań laboratoryjnych.
 - 6) Prowadzenie kontroli jakości badań laboratoryjnych.
 - 7) Drukowanie, sortowanie, wydawanie i archiwizacja wyników badań laboratoryjnych.
 - 8) Utrzymywanie w czystości analizatorów i pozostałego sprzętu laboratoryjnego.
 - 9) Uczestnictwo w tworzeniu i utrzymywaniu laboratoryjnego systemu jakości.
 - 10) Udział w szkoleniach,
 - 11) Samokształcenie.

§ 16

STARSZY TECHNIK ANALITYKI

1. Do obowiązków starszego technika analityki w Pracowni Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi należy w szczególności:
 - 1) przyjmowanie materiału do badań przysłanego do pracowni i sprawdzenie czy karty skierowania materiału są należycie wypełnione,
 - 2) wykonywanie badań serologicznych związanych z działalnością pracowni:
 - a) wykonywanie grup i czynnika Rhb,
 - b) wykonywanie prób krzyżowych,
 - c) dobieranie krwi do transfuzji wymienionej noworodków w zakresie konfliktu serologicznego Rh,
 - 3) prowadzenie magazynu krwi, plazmy oraz innych środków krwiozastępczych oraz związanej z tym dokumentacji,
 - 4) prowadzenie dokumentacji grup krwi i ksiąg prób krzyżowych,
 - 5) wykonywanie sprawozdań miesięcznych z ilości przetoczzonej krwi i preparatów krwiozastępczych.
2. Starszy technik analityki zobowiązany jest utrzymywać porządek w pracowni, szczególnie na stołach laboratoryjnych i w szafkach. Osobiście doprowadzić do stanu należytej czystości przyrządy i zestawy do badań serologicznych.
3. Starszy technik analityki powinien być dokładnie zaznajomiony z przepisami i urządzeniami ochronnymi, stosować się bezwzględnie do wszystkich zleceń kierownika Laboratorium.

§ 17

TECHNIK ANALITYKI

1. Technik analityki podlega bezpośrednio kierownikowi laboratorium.
2. Do obowiązków technika analityki należy w szczególności:
 - 1) pobieranie materiału do badań w zakresie ustalonym przez kierownika laboratorium,
 - 2) przyjmowanie materiału do badań przysłanego do laboratorium i sprawdzenie czy karty skierowania materiału są należycie wypełnione i czy materiał jest dobrze pobrany i oznakowany,
 - 3) właściwe przygotowanie materiału oraz natychmiastowe powiadomienie kierownika o badaniach pilnych i specjalnych,

- 4) wykonywanie czynności związanych z badaniem analitycznym jak badanie morfologii, badanie biochemiczne, badanie moczu: w zależności od stanowiska. W razie wątpliwości przy wykonywaniu badań porozumienie się z kierownikiem laboratorium.
 - 5) prowadzenie „księgi” Pracowni i notatek z przebiegu badania, wpisywanie wyników badań na odpowiednich drukach.
 - 6) wpisywanie codziennie ilości badań i punktacji do odpowiednich arkuszy,
 - 7) konserwowanie i utrzymywanie w stanie pełnej przydatności i czystości aparatury, sprzętu, odczynników chemicznych potrzebnych do wykonywania badań,
 - 8) dokładne wykonywanie badań,
 - 9) uczestnictwo w kontroli wewnątrz laboratoryjnej wiarygodności badań,
 - 10) taktowne i życzliwe zachowanie się w stosunku do osób zgłaszających się na badania,
3. O zniszczeniu i uszkodzeniu przyrządów laboratorium, albo w razie stwierdzenia „końcówki” lub braków w materiałach zużywanych, technik analityki powinien natychmiast zawiadomić kierownika laboratorium.

§ 18

MŁODSZY ASYSTENT

1. Młodszy asystent podlega bezpośrednio kierownikowi laboratorium.
2. Do obowiązków młodszego asystenta należy w szczególności:
 - 1) Obsługa używanej w pracowni aparatury laboratoryjnej,
 - 2) Udział w sprawdzaniu wyposażenia pomiarowego i badawczego,
 - 3) Prowadzenie dokumentacji kontroli sprzętu i urządzeń,
 - 4) Przyjmowanie i ocena próbek materiału do badań,
 - 5) Wykonywanie badań wody wchodzących w skład pracowni,
 - 6) Prowadzenie dokumentacji dotyczącej pobranych prób i wykonywanych badań,
 - 7) Prawidłowe oznakowanie, stosowanie i przechowywanie odczynników, podłoży mikrobiologicznych i materiałów diagnostycznych,
 - 8) Prowadzenie rejestru stanu i rozchodu odczynników, podłoży, trucizn i materiałów diagnostycznych, prowadzenie zleconej przez kierownika dokumentacji dotyczącej badań i wyposażenia pomiarowo – badawczego,
 - 9) Utrzymywanie w czystości sprzętów znajdujących się w pracowni,
 - 10) Udział w szkoleniach,
 - 11) Samokształcenie.

§ 19

POMOC LABORATORYJNA

1. Pomoc laboratoryjna podlega bezpośrednio kierownikowi laboratorium.
2. Do obowiązków pomocy laboratoryjnej należy w szczególności:
 - 1) mycie i dezynfekcja szkła laboratoryjnego, zgodnie z zasadami bhp,
 - 2) pomoc przy wykonywaniu prostych prac laboratoryjnych jak:
 - a) przygotowanie pracowni do podjęcia pracy oraz po wykonaniu badań laboratoryjnych,
 - b) rozkładanie szkła na pracowni,
 - c) mycie i dezynfekcja urządzeń laboratoryjnych, stołów laboratoryjnych,
 - d) pobieranie materiałów gospodarczych z Sekcji Administracyjno – Gospodarczej oraz z Działu Farmacji,
 - e) obsługa destylatora oraz ciepłarek zgodnie z instrukcją oraz utrzymanie aparatury w należyłym stanie.
3. Pomoc laboratoryjna jest obowiązana do utrzymania porządku w zmywalni szkła, destylatora, w pokoju socjalnym, oraz we wszystkich pomieszczeniach laboratorium.
4. Pomoc laboratoryjna powinna wykonywać inne czynności zlecone przez kierownika bezpośrednio związane z zakresem jej czynności, a nie ujęte niniejszym regulaminem.

§ 20

KIEROWNIK PRACOWNI RTG

1. Kierownik Pracowni RTG podlega Zastępcy Dyrektora do Spraw Lecznictwa.
2. Do obowiązków Kierownika Pracowni RTG należy w szczególności:
 - 1) zabezpieczenie kadrowe Pracowni RTG;
 - 2) zaopatrzenie w materiały, kontrolę ich jakości i prawidłowe prowadzenie ewidencji rozchodu;
 - 3) przestrzeganie przepisów o ochronie radiologicznej personelu i pacjentów;
 - 4) życzliwy i taktowny stosunek do pacjentów i personelu;
 - 5) zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i miejscowymi potrzebami;
 - 6) zgłaszanie awarii aparatów, nadzór nad prawidłowością wpisów do paszportów napraw i przeglądów.

§ 21

INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

1. Inspektor ochrony radiologicznej podlega Kierownikowi Pracowni RTG
2. Do obowiązków inspektora ds. ochrony radiologicznej należy w szczególności:

- 1) sprawdzenie kwalifikacji w zakresie ochrony przed promieniowaniem osób pracujących ze źródłami promieniowania;
- 2) kontrola prawidłowego oznakowania miejsc pracy ze źródłami promieniowania,
- 3) prowadzenie (nadzorowanie) ewidencji:
 - a) aparatów RTG,
 - b) osób przeszkolonych w zakresie ochrony przed promieniowaniem i osób uprawnionych do pracy ze źródłami promieniowania,
 - c) wyników kontroli dozymetrycznych,
 - d) badań lekarskich.
- 4) posiadanie zbioru aktualnych przepisów państwowych, resortowych i zakładowych dotyczących stosowania źródeł promieniowania oraz posiadanie planu ewakuacyjnego,
- 5) prowadzenie ewidencji posiadanych zezwoleń na prowadzenie prac ze źródłami promieniowania jonizującego oraz aneksów do zezwoleń,
- 6) pilnowanie realizacji wymagań i warunków określonych w wyżej wymienionych zezwoleniach.
- 7) zgłaszanie Kierownikowi Pracowni RTG pracy dostrzeżonych nieprawidłowości i kontrolowanie ich usunięcia.

§ 22

TECHNIK ELEKTORADIOLOGII

1. Technik elektoradiologii podlega bezpośrednio Kierownikowi Pracowni RTG
2. Do obowiązków technika elektoradiologii należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie zdjęć radiologicznych w oparciu o ustalone metody według wskazówek lekarza radiologa;
 - 2) obróbka zdjęć radiologicznych i przygotowanie ich do oceny lekarza radiologa;
 - 3) przygotowanie materiałów i urządzeń koniecznych do wykonywania zabiegów diagnostycznych;
 - 4) przeprowadzać co tydzień czyszczenie aparatów radiologicznych, w razie potrzeby;
 - 5) czyszczenie kaset RTG, raz w miesiącu czyszczenie folii w kasetach RTG;
 - 6) przestrzeganie przepisów i urządzeń ochrony radiologicznej oraz bezwzględnie stosować się do wszystkich zaleceń wydanych przez Kierownika Pracowni RTG;
 - 7) zachować czystość osobistą, nosić w czasie pracy odzież ochronną;
 - 8) życzliwy i taktowny stosunek do pacjentów;
 - 9) zachowanie w tajemnicy wszystko o czym poweźmie wiadomość w toku pracy, nie wolno mu przeprowadzać z chorymi lub w obecności chorych rozmów na temat metod leczenia i wskazań lekarskich;
 - 10) wykonywanie testów kontroli jakości.

§ 23

KIEROWNIK OŚRODKA REHABILITACJI DZIENNEJ I PRACOWNI FIZJOTERAPII

1. Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Diennej i Pracowni Fizjoterapii podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Do obowiązków Kierownika należy w szczególności:
 - 1) zapewnienie odpowiedniej ilości i jakości wykonywanych w Szpitalu zabiegów rehabilitacyjnych zgodnie z możliwościami Szpitala,
 - 2) organizowanie prawidłowego przepływu informacji związanej z procesem rehabilitacji,
 - 3) zapewnienie prawidłowego prowadzenia dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami i miejscowymi potrzebami,
 - 4) bieżący nadzór nad wykonywaną pracą,
 - 5) prowadzenia procesu diagnostyczno-leczniczego,
 - 6) wykonywanie zabiegów,
 - 7) zgłaszanie do Dyrektora potrzeb dotyczących wyposażenia ośrodka i pracowni w techniczne środki działania,
 - 8) konsultacja skierowań fizjoterapeutycznych,
 - 9) przestrzeganie praw pacjenta i etyki zawodowej,
 - 10) współpraca ze wszystkimi działami i oddziałami Szpitala.
 - 11) monitorowanie stanu wykonywania umów zawartych z NFZ.

§ 24

ASYSTENT FIZJOTERAPII, FIZJOTERAPEUTA

1. Asystent fizjoterapii, fizjoterapeuta podlega bezpośrednio pod Kierownika Ośrodka Rehabilitacji Diennej i Pracowni Fizjoterapii.
2. Do obowiązków asystenta fizjoterapii, fizjoterapeuty należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie i ustalanie programu ćwiczeń usprawniających wg wskazań lekarskich.
 - 2) informowanie kierownika lub lekarza leczącego o stanie pacjenta, postępkach rehabilitacji lub wystąpieniu niekorzystnych odczynów w trakcie usprawniania,
 - 3) prowadzenie kart zabiegowych oraz innej dokumentacji medycznej zleconej przez kierownika,
 - 4) dbanie o bezpieczeństwo pacjenta i personelu przy wykonywaniu zabiegów,
 - 5) dbanie o sprzęt i zgłaszanie zauważonych usterek,
 - 6) prowadzenie dokumentacji wg procedury,

- 7) systematyczne samokształcenie,
- 8) udział w szkoleniach, kursach i zjazdach naukowych związanych z jego specjalnością.

§ 25

OPERATOR URZĄDZEŃ CIŚNIENIOWYCH

1. Operator urządzeń ciśnieniowych podlega bezpośrednio Przełożonej Pielęgniarek i Położnych.
2. Do obowiązków operatora należy w szczególności:
 - 1) transport materiału do sterylizacji i po sterylizacji;
 - 2) odpowiednie zabezpieczenie i właściwe obchodzenie się z materiałem do sterylizacji i po sterylizacji w czasie transportu (unikanie mechanicznych uszkodzeń);
 - 3) utrzymanie w czystości i należytym porządku wózków przeznaczonych do transportu materiałów wysterylizowanych i do sterylizacji;
 - 4) obsługa urządzeń sterylizacyjnych i destylarek;
 - 5) przygotowanie autoklawów i sterylizatorów do całodziennej pracy;
 - 6) przeprowadzanie testów Bowie-Dick wsadów próbnych;
 - 7) kontrola testami chemicznymi (paskowymi) każdego wsadu poddanego sterylizacji, kontrola testem biologicznym dla autoklawów parowych, kontrola każdego wsadu – testy chemiczne i biologiczne dla sterylizatorów gazowych;
 - 8) załadowanie pakietów zgodnie z zasadami procesów sterylizacji parowej i gazowej;
 - 9) rozpakowanie autoklawów i sterylizatorów gazowych po skończonym procesie sterylizacji;
 - 10) prowadzenie książki kontroli prac autoklawów parowych i gazowych (testy chemiczne i biologiczne);
 - 11) wykazu usług wewnętrznych i zewnętrznych, prowadzenie protokołów zdawczo-odbiorczych;
 - 12) utrzymanie w czystości stanowiska pracy tj.:
 - a) zapoznanie się z zasadami prac porządkowo-dezynfekcyjnych;
 - b) znajomość grafiku prac porządkowych na terenie Sterylizatorni;
 - c) świadczenie usług w zakresie sterylizacji podmiotom zewnętrznym;
 - d) przeprowadzenie dezynfekcji narzędzi (manualnej w myjce dezynfektor).

§ 26

OPIEKUN MEDYCZNY

1. Opiekun medyczny podlega bezpośrednio pielęgniarce/położnej koordynującej.
2. Do obowiązków opiekuna medycznego należy w szczególności:
 - 1) Rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej;
 - 2) Współpraca z personelem medycznym w zakresie planowania i realizowania planu opieki nad pacjentem;
 - 3) Pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspakajaniu podstawowych potrzeb biologicznych, podtrzymywaniu aktywności społecznej;
 - 4) Aktywizowanie osoby chorej i niesamodzielnej do zwiększania samodzielności życiowej;
 - 5) Zapewnienie pacjentom bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego oraz higienicznych warunków otoczenia;
 - 6) Wykonywanie zabiegów higienicznych/pomocy przy toalecie (w tym pośmiertnej), kąpeli chorych;
 - 7) Asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских;
 - 8) Konserwacja przyborów i narzędzi stosowanych podczas wykonywania zabiegów pielęgniarских;
 - 9) Popularyzowanie zachowań prozdrowotnych;
 - 10) Transport pacjentów do pracowni diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, oddziałów i konsultacje wewnątrzszpitalne (czuwanie nad bezpieczeństwem chorych w trakcie transportu);
 - 11) Pomoc przy przekładaniu, przenoszeniu pacjenta na wózek transportowy i na łóżko, pomoc przy zmianie ułożenia chorego;
 - 12) Pomoc przy karmieniu, ubieraniu/rozbieraniu pacjentów hospitalizowanych;
 - 13) Dostarczenie do apteki receptariuszy na pilne leki;
 - 14) Dokumentowanie wykonanych zabiegów higienicznych;
 - 15) Udzielanie pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
 - 16) Przestrzeganie prawa pacjenta oraz zasad etyki;
 - 17) Udział w szkoleniach, samokształcenie.

§ 27

PRACOWNIK SOCJALNY

1. Pracownik socjalny podlega bezpośrednio Przełożonej Pielęgniarek i Położnych.
2. Do obowiązków pracownika socjalnego należy w szczególności:
 - 1) Pośredniczenie w sprawach pacjenta na zewnątrz szpitala w celu rozwiązania pilnych spraw socjalno – bytowych;
 - 2) Zbieranie i analizowanie danych dotyczących sytuacji socjalno – bytowej pacjenta;
 - 3) Ustalenie zakresu pomocy jakiej będzie potrzebował pacjent opuszczający Szpital;
 - 4) Ustalenie wspólnie z pacjentem i jego rodziną kierunków działań zmierzających do zapewnienia właściwego środowiska domowego, rodzinnego, zawodowego, szkolnego;

- 5) Informowanie pacjenta i jego rodziny o możliwościach pomocy instytucjonalnej w zakresie opieki socjalno – bytowej
- 6) Współpraca z terenowymi ośrodkami pomocy społecznej;
- 7) Pomoc pacjentom i jego rodzinie, opiekunom w nawiązaniu kontaktów z innymi podmiotami leczniczymi, instytucjami pomocy społecznej;
- 8) Podejmowanie działań zmierzających do uregulowania sytuacji prawnej dziecka dla zapewnienia prawidłowej opieki z umieszczeniem dziecka w placówce opiekuńczo-wychowawczej włącznie.

§ 28

TERAPEUTA ZAJĘCIOWY

1. Terapeuta zajęciowy podlega bezpośrednio ordynatorowi, koordynatorowi, kierownikowi oddziału.
2. Do obowiązków terapeuty zajęciowego należy w szczególności:
 - 1) Przystosowywanie pacjenta do samodzielnego życia;
 - 2) Nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem oraz jego rodziną, a także środowiskiem;
 - 3) Rozpoznawanie i diagnozowanie potrzeb bio-psycho-społecznych pacjenta;
 - 4) Planowanie grupowego i indywidualnego planu działań terapeutycznych w oparciu o diagnozę, zainteresowania, potrzeby oraz możliwości pacjenta;
 - 5) Organizowanie w ramach terapii zajęć, których celem jest poprawa stanu fizycznego, psychicznego i społecznego funkcjonowania pacjenta oraz pomoc w jego integracji w środowisku zawodowym;
 - 6) Wykonywanie wraz z pacjentem zajęć o charakterze terapeutycznym;
 - 7) Dokumentowanie, monitorowanie i ocenianie procesu terapeutycznego;
 - 8) Współpraca z lekarzami odpowiedzialnymi za leczenie pacjenta.

§ 29

PEŁNOMOCNIK PRAW PACJENTA

1. Pełnomocnik Praw Pacjenta podlega bezpośrednio Dyrektorowi
2. Do obowiązków Pełnomocnika Praw Pacjenta należy w szczególności:
 - 1) Nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta.
 - 2) Przyjmowanie i analiza skarg i wniosków pacjentów przebywających w Szpitalu, skarg rodziny pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby sprawującej faktyczną opiekę nad pacjentem,
 - 3) Zapewnienie pacjentowi dostępu do informacji prawnej,
 - 4) Podejmowanie działań wyjaśniających wynikających ze złożonej skargi.
 - 5) Współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz praw pacjentów oraz organizacjami i stowarzyszeniami skupiającymi pacjentów.
 - 6) Terminowe wyjaśnianie sprawy i przygotowanie odpowiedzi w sprawie skarg.
 - 7) Współudział w organizowaniu szkoleń i porad dotyczących przestrzegania praw pacjenta.
 - 8) Monitorowanie satysfakcji pacjenta i wykorzystywanie wyników badań satysfakcji do usprawnienia działalności Szpitala.
 - 9) Umieszczanie w miejscu ogólnie dostępnym, w izbie przyjęć oraz oddziałach Szpitala informacji o możliwości korzystania z pomocy pełnomocnika.

Zadania innych osób niż pracownicy Szpitala - osób pozostających w stosunkach cywilno-prawnych określają umowy zawarte pomiędzy Szpitalem przyjmującym zamówienie.

**LICZBA ŁÓŻEK NA ODDZIAŁACH
SZPITALA OGÓLNEGO W KOLNIE**

Lp.	Nazwa Oddziału	Liczba łóżek w oddziale	Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej	Liczba łóżek respiratorowych	Liczba łóżek dla noworodków	Liczba inkubatorów
1.	Oddział Wewnętrzny	33	4	0	0	0
1a	Oddział Wewnętrzny dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-Co-V-2	4	0	0	0	0
1b	Oddział Wewnętrzny z Pododdziałem Geriatrycznym – covidowym	16	0	4	0	0
1c	Oddział Wewnętrzny z Pododdziałem Geriatrycznym – covidowym/łóżka OIT	4	0	0	0	0
2.	Oddział Psychiatryczny Ogólny	24	0	0	0	0
4.	Oddział Pediatriczny	10	2	0	0	1
5.	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	14	2	0	6	3
6.	Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Ortopedii i traumatologii Narządu Ruchu	24	3	0	0	0
7.	Oddział Medycyny Paliatywnej	10	0	0	0	0
8.	Oddział Intensywnej Terapii Medycznej	4	4	0	0	0

KARTA PRAWA PACJENTA
(Wyciąg z Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r.
o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) prawa pacjenta;
- 2) zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
- 3) obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;
- 4) tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
- 5) postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 6) zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Art. 2. Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Art. 3. 1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) opiekun faktyczny – osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga;
- 2) osoba bliska – małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;
- 3) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę wykonującą zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);
- 4) pacjent – osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;
- 5) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 6) świadczenie zdrowotne – świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 7) (uchylony)
- 8) wyciąg – skrótowy dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej;
- 9) odpis – dokument wytworzony przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem;
- 10) kopia – dokument wytworzony przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej, w formie kserokopii albo odwzorowania cyfrowego (skanu).

2. Ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu, rozumie się przez to także lekarza dentystę oraz felczera w zakresie wynikającym z przepisów o zawodzie felczera.

Art. 4. 1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do:

- 1) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 2) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;
- 3) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia;
- 4) zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

Art. 5. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.

Rozdział 2

Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych

Art. 6. 1. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

2. Pacjent ma prawo, w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

3. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych:

- 1) lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie;
- 2) pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
4. Lekarz może odmówić zwołania konsylium lekarskiego lub zasięgnięcia opinii innego lekarza, jeżeli uzna, że żądanie, o którym mowa w ust. 3, jest bezzasadne.

5. Żądanie, o którym mowa w ust. 3, oraz odmowę, o której mowa w ust. 4, odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

6. Przepisy ust. 4 i 5 stosuje się do pielęgniarki (położnej) w zakresie zasięgnięcia opinii innej pielęgniarki (położnej).

Art. 7. 1. Pacjent ma prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

2. W przypadku porodu pacjentka ma prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych związanych z porodem.

Art. 8. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.

Rozdział 3

Prawo pacjenta do informacji

Art. 9. 1. Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.

2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanymi przez nią uprawnieniami.

3. Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom.

4. Pacjent ma prawo żądać, aby osoba wykonująca zawód medyczny nie udzielała mu informacji, o której mowa w ust. 2.

5. Po uzyskaniu informacji, o której mowa w ust. 2, pacjent ma prawo przedstawić osobie wykonującej zawód medyczny swoje zdanie w tym zakresie.

6. W przypadku określonym w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 i 767), pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji, o której mowa w ust. 2, w pełnym zakresie.

7. Pacjent małoletni, który nie ukończył 16 lat, ma prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny informacji, o której mowa w ust. 2, w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

8. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie.

Art. 10. W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

Art. 11. 1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta określonych w niniejszej ustawie oraz w przepisach odrębnych, uwzględniającej ograniczenia tych praw określone w tych przepisach. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia tę informację w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym.

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do wykonywanych wyłącznie w miejscu wezwania indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych.

3. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać informację, o której mowa w ust. 1, udostępnia się w sposób umożliwiający zapoznanie się z nią w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Art. 12. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot. Przepisy art. 11 ust. 1 zdanie drugie i ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 3a

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych

Art. 12a. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, lub opiekun faktyczny ma prawo zgłaszania osobom wykonującym zawód medyczny, Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działania niepożądanego produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142 i 2003 oraz z 2017 r. poz. 1015).

Rozdział 4

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Art. 13. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art. 14. 1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;

2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;

3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;

4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

2a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.

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.

4. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska.

Rozdział 5

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Art. 15. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej.

Art. 16. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9.

Art. 17. 1. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych.

2. Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego prawo to, w odniesieniu do badania, może wykonać opiekun faktyczny.

3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniami, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

4. Zgoda oraz sprzeciw, o których mowa w ust. 1–3, mogą być wyrażone ustnie albo przez takie zachowanie się osób wymienionych w tych przepisach, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom proponowanym przez osobę wykonującą zawód medyczny albo brak takiej woli.

Art. 18. 1. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1, wyraża się w formie pisemnej. Do wyrażania zgody oraz sprzeciwu stosuje się art. 17 ust. 2 i 3.

2. Przed wyrażeniem zgody w sposób określony w ust. 1 pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w art. 9 ust. 2.

3. Przepisy art. 17 ust. 2–4 stosuje się odpowiednio.

Art. 19. Zasady przeprowadzenia badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu, o których mowa w art. 17 i 18, określają przepisy art. 33 i art. 34 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Rozdział 6

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta

Art. 20. 1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności.

Art. 20a. 1. Pacjent ma prawo do leczenia bólu.

2. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Art. 21. 1. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

2. Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Art. 22. 1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.

2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

3. Do osób, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art. 13 i 14.

Rozdział 7

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.

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 w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, 1579 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 599), a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

2. Do przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 25 ust. 1, w celu ochrony zdrowia, udzielania oraz zarządzania udzielaniem świadczeń zdrowotnych, utrzymania systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnienia bezpieczeństwa tego systemu, są uprawnione:

1) osoby wykonujące zawód medyczny;

2) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także czynności związane z utrzymaniem systemu teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna, i zapewnieniem bezpieczeństwa tego systemu, na podstawie upoważnienia administratora danych.

3. Osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z wykonywaniem zadań. Osoby te są związane tajemnicą także po śmierci pacjenta.

4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodności przetwarzania danych osobowych z tą umową przez podmiot przyjmujący te dane.

5. Realizacja umowy, o której mowa w ust. 4, nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie zapewnienia, bez zbędnej zwłoki, dostępu do danych zawartych w dokumentacji medycznej.

6. Podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ust. 4, jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem uzyskanych w związku z realizacją umowy, o której mowa w ust. 4. Podmiot ten jest związany tajemnicą także po śmierci pacjenta.

7. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on zobowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, który powierzył przetwarzanie danych osobowych.

Art. 25. 1. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

- a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) oznaczenie płci,
 - d) adres miejsca zamieszkania,
 - e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- 4) datę sporządzenia.

2. W dokumentacji medycznej zamieszcza się informację o wydaniu opinii albo orzeczenia, o których mowa w art. 31 ust. 1.

3. Przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60).

Art. 26. 1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.

2. Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.

3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:

- 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- 2) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności nadzoru i kontroli;
- 2a) podmiotom, o których mowa w art. 119 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2b) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuratorom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
- 7a) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
- 8) osobom wykonującym zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 9) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1, w zakresie prowadzonego postępowania;
- 10) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1;
- 11) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;
- 12) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, o których mowa w art. 14 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173), w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań.

3a. Dokumentacja medyczna podmiotów leczniczych, o których mowa w art. 89 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, instytutów badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079, 1311 i 2260 oraz z 2017 r. poz. 202), i innych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych uczestniczących w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny jest udostępniana tym osobom wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych.

3b. Osoby, o których mowa w ust. 3a, są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji zawartych w dokumentacji medycznej, także po śmierci pacjenta.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy.

Art. 27. 1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innemu uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;

2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;

3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta;

4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;

5) na informatycznym nośniku danych.

2. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.

3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4 i 5, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.

4. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych prowadzi wykaz zawierający następujące informacje dotyczące udostępnianej dokumentacji medycznej:

1) imię (imiona) i nazwisko pacjenta, którego dotyczy dokumentacja medyczna;

2) sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;

3) zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;

4) imię (imiona) i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna, a w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 3 i 4, także nazwę uprawnionego organu lub podmiotu;

5) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;

6) datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Art. 28. 1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz w ust. 3 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.

2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963, z późn. zm.23)) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.24)).

2a. Opłaty, o której mowa w ust. 1, nie pobiera się w przypadku udostępniania dokumentacji medycznej w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.

3. Opłatę za udostępnienie dokumentacji medycznej w przypadkach, o których mowa w ust. 1, ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

4. Maksymalna wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,

2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,

3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004

– przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

5. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, uwzględnia podatek od towarów i usług, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów usługa jest opodatkowana tym podatkiem.

Art. 29. 1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

1a) dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:

a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,

b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

2. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

3. Po upływie okresów, o których mowa w ust. 1, do postępowania z dokumentacją medyczną będącą materiałem archiwalnym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1506 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 1086), stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 2 i 2b tej ustawy.

Art. 30. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do

dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, oraz Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych.

Art. 30a. 1. W przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje dokumentację medyczną podmiotom, o których mowa w ust. 2–4 i 7, w sposób zapewniający zabezpieczenie przed jej zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych.

2. Dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywania działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania.

3. W przypadku braku podmiotu, o którym mowa w ust. 2, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada:

1) podmiot tworzący albo sprawujący nadzór – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo instytutu badawczego, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych;

2) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym podmiot zaprzestający wykonywania działalności leczniczej zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej – w przypadku podmiotu leczniczego innego niż określony w pkt 1 oraz praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

3) właściwa okręgowa izba lekarska albo okręgowa izba pielęgniarek i położnych – w przypadku śmierci odpowiednio lekarza albo pielęgniarki lub położnej, wykonujących zawód w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

4. W przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą wzywa podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych podlegający wykreśleniu do wskazania, w wyznaczonym terminie, nazwy (firmy) i adresu podmiotu, z którym zawarł umowę o przechowywanie dokumentacji medycznej.

5. W razie bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą określa sposób postępowania z dokumentacją medyczną, na koszt podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych podlegającego wykreśleniu.

6. Do należności z tytułu kosztów, o których mowa w ust. 5, stosuje się przepisy o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

7. W przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie podmiotu odpowiedzialnego za przechowywanie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej, za przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada wojewoda.

8. Przepisów ust. 2–7 nie stosuje się do dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 9.

9. Dokumentacja medyczna, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej jest przechowywana i udostępniana przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

10. Podmioty, o których mowa w ust. 3 i 7, mogą zawrzeć umowę, o której mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, pod warunkiem zapewnienia ochrony danych osobowych oraz prawa do kontroli zgodności przetwarzania danych osobowych przez podmiot przyjmujący te dane.

11. Osoby, które w związku z realizacją umowy zawartej na podstawie ust. 10 uzyskały dostęp do informacji związanych z pacjentem, są obowiązane do zachowania ich w tajemnicy, także po śmierci pacjenta.

12. W przypadku zaprzestania przetwarzania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej przez podmiot, któremu powierzono takie przetwarzanie, w szczególności w związku z jego likwidacją, jest on obowiązany do przekazania danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej podmiotowi, o którym mowa w ust. 3 i 7, który powierzył przetwarzanie tych danych.

13. Przepisy art. 13, art. 14, art. 23, art. 24 i art. 26–29 oraz przepisy wydane na podstawie art. 30 stosuje się odpowiednio do podmiotów, które przechowują i udostępniają dokumentację medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 8

Prawo pacjenta do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza

Art. 31. 1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia określonych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.

3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w ust. 1.

4. W przypadku niespełnienia wymagań określonych w ust. 3 sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniosła.

5. Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz, w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu.

6. Komisja Lekarska wydaje orzeczenie bezwzględną większością głosów w obecności pełnego składu tej komisji.

7. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej nie przysługuje odwołanie.

8. Do postępowania przed Komisją Lekarską nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

9. Przepisów ust. 1–8 nie stosuje się w przypadku postępowania odwoławczego w odniesieniu do opinii i orzeczeń, uregulowanego w odrębnych przepisach.

- Art. 32.** 1. W skład Komisji Lekarskiej wchodzi trzech lekarzy powołanych przez Rzecznika Praw Pacjenta z listy, o której mowa w ust. 2, w tym dwóch tej samej specjalności, co lekarz, który wydał opinię albo orzeczenie, o których mowa w art. 31 ust. 1.
2. Konsultanci krajowi, w porozumieniu z właściwymi konsultantami wojewódzkimi, opracowują raz w roku w terminie do dnia 30 marca, listę lekarzy w danej dziedzinie medycyny, którzy mogą być członkami Komisji Lekarskiej. Lista zawiera imiona i nazwiska lekarzy, ich numery telefonów i adresy korespondencyjne oraz adresy poczty elektronicznej, jeżeli je posiadają.
- 2a. Wpisanie lekarza na listę, o której mowa w ust. 2, wymaga uzyskania jego uprzedniej pisemnej zgody.
- 2b. Lekarz może odmówić udziału w Komisji Lekarskiej z ważnych powodów. Uporczywe uchylanie się od udziału w Komisji Lekarskiej albo od wydania opinii, o której mowa w art. 67i ust. 7, powoduje skreślenie z listy, o której mowa w ust. 2.
3. Z tytułu uczestnictwa w Komisji Lekarskiej lekarzowi przysługuje wynagrodzenie, które ustala Rzecznik Praw Pacjenta.
- 3a. Członkom Komisji Lekarskiej przysługuje zwolnienie od pracy w dniu jej posiedzenia, bez zachowania prawa do wynagrodzenia.
4. Koszty działania Komisji Lekarskiej są finansowane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Rzecznika Praw Pacjenta.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania Komisji Lekarskiej uwzględniając efektywność realizacji praw pacjenta.

Rozdział 9

Prawo pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego

- Art. 33.** 1. Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.
2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.
- Art. 34.** 1. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
2. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w ust. 1, rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i pogoju.
- Art. 35.** 1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
2. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik podmiotu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.
3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu leczniczego podmiotu, o którym mowa w ust. 1.

Rozdział 10

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

- Art. 36.** Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej.
- Art. 37.** W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.
- Art. 38.** Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Rozdział 11

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

- Art. 39.** Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

**WYKAZ
PROCEDUR LECZNICZYCH I DIAGNOSTYCZNYCH
WYMAGAJĄCYCH PISEMNEJ ŚWIADOMEJ ZGODY PACJENTA**

1. Zabiegi operacyjne w znieczuleniu ogólnym i miejscowym.
2. Punkcja lędźwiowa, otrzewnowa, płucnowa.
3. Punkcja zatok.
4. Punkcja szpiku kostnego.
5. Punkcja i nacięcie ropnia.
6. Biopsja i badanie wycinka narządu w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym.
7. Badania i zabiegi endoskopowe.
8. Badania wykonywane w znieczuleniu ogólnym.
9. Badania radiologiczne z podaniem środka kontrastowego.
10. Badania z podaniem izotopu promieniotwórczego.
11. Amnioinfuzja.
12. Angiografia fluoresceinowa oka.
13. Laseroterapia.
14. Kardiowersja.
15. Kaniulacja dużych naczyń.
16. Tracheotomia.
17. Wspomaganie oddechu:
 - 1) wentylacja mechaniczna przy pomocy respiratora,
 - 2) wspomaganie oddechu metodą CPAP, INFANT FLOW,
18. Wykonanie testu prowokacji lekowej.

INFORMACJE DLA PACJENTA NA TEMAT ZNIECZULENIA

1. W przeddzień zabiegu pacjent spotka z anestezjologiem, który zaproponuje i omówi najlepszy sposób znieczulenia, uwzględniający stan zdrowia pacjenta i rodzaj planowanej operacji. Aby zaakceptować proponowany przez anestezjologa rodzaj znieczulenia, pacjent musi potwierdzić ten fakt swoim podpisem w stosownym formularzu np.: Świadoma zgoda na znieczulenie, lub Karta Premedykacyjna, lub Historia Choroby, lub innym formularzu stanowiącym część dokumentacji medycznej pacjenta.
2. Anestezjolog zleci też leki zmniejszające uczucie niepokoju i strachu, występujące typowo w okresie przedoperacyjnym. Tabletkę uspokajającą pacjent otrzyma około 1 godzinę przed początkiem planowanego zabiegu. Ponieważ leki uspokajające mogą powodować senność i zawroty głowy, dlatego należy je zażyć po wcześniejszym załatwieniu wszystkich czynności toaletowych.
3. Zaleganie pokarmu w żołądku w czasie operacji może spowodować groźne dla zdrowia i życia powikłania. Jeżeli pacjent nie otrzyma innych zaleceń, to należy powstrzymać się od spożywania stałych pokarmów na minimum 6 godzin, a picia klarownych płynów (woda niegazowana) na minimum 2 godziny przed planowanym początkiem operacji.
4. Jeżeli przed przyjściem do szpitala pacjent przyjmował leki (np. na serce, nadciśnienie tętnicze, astmę, cukrzycę, padaczkę, itp), musi poinformować o tym fakcie anestezjologa. Zwykle należy kontynuować leczenie aż do dnia operacji.

Dzień operacji

1. Rano w miarę możliwości należy wykonać toaletę całego ciała (prysznic), oraz toaletę jamy ustnej (umyć zęby).
2. Przed przewiezieniem na salę operacyjną należy wyjąć protezy zębowe, zdjąć okulary, soczewki kontaktowe, aparaty słuchowe, obrączki, łańcuszki, kolczyki, biżuterię, oraz perukę.
3. Nie wolno nakładać makijażu i należy zmyć lakier z paznokci.

W sali operacyjnej

1. W czasie operacji anestezjolog kontroluje pracę ważnych dla życia narządów, przy pomocy specjalnych aparatów. Dlatego po ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym do klatki piersiowej zostaną przyklejone elektrody EKG, za pomocą których będzie oceniana praca serca, na ramię zostanie założony mankięt aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, na palec ręki będzie założony czujnik umożliwiający pomiar zawartość tlenu we krwi (pulsoksymetr).
2. Pielęgniarka anestezjologiczna zakłada do jednej z żył ręki pacjenta plastikową igłę (wenflon), przez którą w czasie operacji i po jej zakończeniu będą podawane leki i płyny.
3. W szczególnych przypadkach, przed operacją może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych zabiegów, o których pacjenta poinformuje anestezjolog.

Rodzaje znieczulenia

W czasie operacji stosowane są dwa podstawowe rodzaje znieczulenia: ogólne (narkoza) i przewodowe (regionalne – obejmujące wybraną część ciała np. brzuch i nogi). Znieczulenie ogólne (dożylnie lub wziewne) wywołuje stan naśladujący bardzo głęboki sen. W czasie znieczulenia przewodowego (podpajęczynówkowego lub zewnątrzoponowego) pacjent jest przytomny, ale nie odczuwa bólu, dzięki zablokowaniu przewodnictwa w nerwach, którymi bodźce bólowe płyną z rany operacyjnej do mózgu (stąd nazwa znieczulenie przewodowe). W pewnych sytuacjach można łączyć te dwie metody znieczulenia.

Ból pooperacyjny

W czasie operacji dochodzi do uszkodzenia tkanek, co wywołuje ból. Jego intensywność zależy od rodzaju i rozległości operacji. Najsilniejsze dolegliwości bólowe towarzyszą operacjom brzucha (np. operacja żołądka, trzustki) i klatki piersiowej. W tych przypadkach bardzo silny ból utrzymuje się do 3 - 4 dni. Znacznie słabszy i krócej trwający ból towarzyszy np. operacjom przepukliny, tarczycy, lub operacjom laparoskopowym. Dlatego w czasie zabiegu jak i we wczesnym okresie pooperacyjnym, stosuje się odpowiednie metody leczenia bólu, pozwalające pacjentom przetrwać ten trudny okres.

Okres pooperacyjny

1. Po operacji pacjent przebywać będzie w Sali pooperacyjnej w oddziale. W Sali tej pacjent pozostanie tak długo, jak to będzie konieczne (maksymalnie do 24 godzin). Pobyt w Sali pooperacyjnej zwiększa margines bezpieczeństwa we wczesnym okresie pooperacyjnym. Ciągły nadzór pielęgniarski oraz monitorowanie pracy płuc, serca i innych narządów, pozwala wcześniej wykryć ewentualne zagrożenia i podjąć natychmiastowe działania.
2. W pierwszych godzinach pobytu w sali pooperacyjnej większość chorych oddycha przez specjalne maski, dzięki którym wdychane powietrze jest wzbogacone tlenem.
3. Pacjenci otrzymują dożylnie płyny, aby nie dopuścić do odwodnienia organizmu.
4. Ból w okresie pooperacyjnym można znieść przy pomocy leków podawanych dożylnie, podskórnym, lub przez specjalny cewnik przewodowo. W szczególnych przypadkach leki przeciwbólowe są podawane przez specjalną pompę.

Powikłania i działania niepożądane związane ze znieczuleniem

1. Zabiegom medycznym zawsze towarzyszy ryzyko. Stopień ryzyka zależy od wielu czynników, m.in.: choroby podstawowej, chorób towarzyszących, stanu i wieku chorego, rozległości i miejsca planowanej operacji, jej nagłości, a wreszcie od doświadczenia i wyszkolenia zespołu leczącego. Chociaż zawsze staramy się ograniczyć ryzyko, mimo to mogą pojawiać się działania niepożądane oraz komplikacje. Należy podkreślić, że w zdecydowanej większości przypadków powikłania są następstwem zaburzeń wywołanych przez chorobę podstawową lub schorzenia towarzyszące.
2. Działania (reakcje) niepożądane to niezamierzone i niespodziewane zdarzenia, które pojawiają się w trakcie leczenia. Nie stanowią one istotnego zagrożenia dla zdrowia i w krótkim czasie ustępują bez leczenia. Nie wydłużają okresu hospitalizacji.
3. Przykładowe zdarzenia niepożądane związane ze znieczuleniem to:
 - 1) krwiaki podskórne oraz stan zapalny w miejscu wkłucia do żyły,
 - 2) ból gardła i chrypka związane z wprowadzeniem rurki do tchawicy,
 - 3) pooperacyjne nudności i wymioty,
 - 4) przejściowe obniżenie ciśnienia tętniczego,
 - 5) zaczerwienienie skóry, wysypka i świąd jako reakcja alergiczna na stosowane w okresie okołoperacyjnym leki,
 - 6) przemijające utrudnienie w samodzielnym oddawaniu moczu, co wymaga wprowadzenia cewnika do pęcherza moczowego.
4. Powikłania to bardzo rzadko występujące zdarzenia, które negatywnie wpływają na stan pacjenta i zazwyczaj wydłużają czas jego pobytu w szpitalu. Przykładowe powikłania związane ze znieczuleniem to:
 - 1) uszkodzenie zębów w trakcie wprowadzania rurki do tchawicy, szczególnie w przypadkach ruchomych zębów i paradontozy,
 - 2) bóle głowy po znieczuleniu podpajęczynówkowym,
 - 3) zaburzenia czucia w obrębie jakiegoś obszaru skóry, spowodowane przypadkowym nakłuciem lub uciśnięciem nerwu,
 - 4) uszkodzenie strun głosowych,
 - 5) przedostanie się treści pokarmowej z żołądka do płuc z następnym zapaleniem płuc,
 - 6) zatrzymanie pracy serca, a w następstwie uszkodzenie mózgu,
 - 7) zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B, C lub wirusem HIV.

Uwagi i środki ostrożności

1. Częsta zmiana ułożenia ciała w łóżku po operacji przyspiesza powrót do zdrowia. Dlatego dąży się do możliwie szybkiego przywrócenia normalnej aktywności ruchowej. Jednak:
 - 1) po operacji wolno wstawać z łóżka w obecności pielęgniarki lub lekarza i po uzyskaniu ich zgody,
 - 2) przez 2 - 3 dni po operacji należy zachować ostrożność przy zmianie pozycji z leżącej na stojącą (nie należy „zrywać się” nagle z łóżka),
 - 3) chorzy, którzy mieli wykonane znieczulenie podpajęczynówkowe, powinni minimum przez 6 godzin pozostawać w łóżku w pozycji leżącej, nie podnosząc głowy z poduszki (można kręcić głową na boki). Nie zastosowanie się do tego zalecenia może spowodować wystąpienie bólu głowy.
2. Po operacji większość pacjentów odczuwa pragnienie, suchość i niesmak w ustach. Dlatego chociaż nie wolno pić, to można zwilżać usta i język wodą.
3. Zezwolenie na picie płynów z określeniem ich objętości wydaje lekarz, który zna zakres i przebieg operacji oraz rodzaj zastosowanego znieczulenia.

Zakończenie

1. Powyższe uwagi na temat znieczulenia przedstawione są w formie skróconej.
2. Szczegółowe informacje na ten temat pacjent uzyska podczas przedoperacyjnej rozmowy z lekarzem anestezjologiem.