

Zmiany w dokumentacji szpitalnej

LEKARZ BĘDZIE MÓGŁ UZUPEŁNIĆ WPISY W HISTORII CHOROBY PACJENTA PO JEGO WYPISANIU ZE SZPITALA. Ponadto pojawi się wymóg wypełniania karty okołoperacyjnej. To najważniejsze zmiany, która pojawiły się w projekcie rozporządzenia zmieniającego przepisy dotyczące rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Projekt zakłada możliwość wprowadzania zmian w historii choroby, nawet po wypisaniu pacjenta ze szpitala. Dotyczy to tylko niektórych sytuacji z zakresu leczenia onkologicznego. Ponadto wprowadzono okołoperacyjną kartę kontroli. Kolejnym elementem, które zawiera projekt rozporządzenia jest rezygnacja z konieczności podpisu karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez lekarza kierującego oddziałem.

UZUPEŁNIENIE DOKUMENTACJI

W projekcie rozporządzenia zmieniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, gdy ustalenie rozpoznania onkologicznego jest zależne od wyniku badania diagnostycznego. Dotyczy to sytuacji gdy badanie zostało zlecone w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu, ale wynik nie jest jeszcze znany w dniu wypisu ze szpitala i wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. W takim przypadku rozpoznanie ustalone przy wypisie nie zawsze odpowiada ostatecznemu rozpoznaniu. W nowych przepisach proponuje się wprowadzenie obowiązku uzupełnienia historii choroby, już po wypisaniu pacjenta, o rozpoznanie onkologiczne ustalone na podstawie wyniku badania diagnostycznego. Wynik badania byłby dołączany do historii choroby, a jego kopia – wydawana bezpłatnie pacjentowi, zgodnie z art. 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581). Uzupełniona historia choroby byłaby ponownie przedkładana lekarzowi kierującemu oddziałem do akceptacji i podpisu.

Jednocześnie przyjęto założenie niedokonywania zmian w treści karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, którą pacjent otrzymuje w dniu wypisu ze szpitala. Rozpoznanie onkologiczne, ustalone już po wypisaniu pacjenta ze szpitala, byłoby wpi-



FOT. CHROMA

W projekcie rozporządzenia zmieniono sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, gdy ustalenie rozpoznania onkologicznego jest zależne od wyniku badania diagnostycznego

autor:
Piotr Szymański

sywane do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Jest ona podstawowym dokumentem zawierającym informacje o stanie zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych udzielanych pacjentowi z chorobą nowotworową na kolejnych etapach diagnostyki i leczenia. Proponuje się również uzupełnienie dokumentacji zbiorczej (księgi głównej przyjęć i wypisów oraz księgi chorych oddziału) o rozpoznanie ustalone po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

W projekcie rozporządzenia proponuje się wprowadzenie okołooperacyjnej karty kontrolnej. Celem prowadzenia karty jest zapewnienie, by przed rozpoczęciem operacji, w jej trakcie i po zakończeniu zostały wykonane wszystkie niezbędne czynności, co pozwoli na uporządkowanie i ujednolicenie stosowanych procedur i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki. Obecnie kartę taką prowadzą podmioty lecznicze, które posiadają certyfikat akredytacyjny w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali, bądź ubiegają się o jego uzyskanie. Pozostałe podmioty lecznicze mogą, ale nie muszą wprowadzać ją we własnym zakresie. Proponowana zmiana będzie zobowiązywała do prowadzenia takiej karty wszystkie podmioty lecznicze, w których przeprowadzane są operacje. Proponowany zakres informacji, jakie zawiera karta, ma na celu zapewnienie szybkiej i precyzyjnej weryfikacji wykonanych czynności, co ma szczególne znaczenie ze względu na okoliczności działania zespołu operacyjnego (stres, presja czasu). Ponieważ ustalenie jednolitego wzoru okołooperacyjnej karty kontrolnej dla wszystkich rodzajów operacji nie jest możliwe, w rozporządzeniu określono minimalny zakres informacji i danych, jakie powinna ona zawierać.

BEZ PODPISU LEKARZA KIERUJĄCEGO ODDZIAŁEM

W projekcie rozporządzenia proponuje się także wprowadzenie zmiany przepisu dotyczącego wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Obecne wymagane jest, aby na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego był podpis lekarza wypisującego oraz lekarza kierującego oddziałem. Powoduje to trudności praktyczne w sytuacji, gdy lekarz kierujący oddziałem jest nieobecny w pracy. Dlatego umożliwiono podpisanie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez innego lekarza upoważnionego przez lekarza kierującego oddziałem (oprócz lekarza wypisującego).

(PS)

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

Karta musi zawierać oznaczenie podmiotu, zgodne oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych: przed znieczuleniem pacjenta; przed wykonaniem nacięcia; przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

Przed znieczuleniem pacjenta

- 1) imię i nazwisko pacjenta;
- 2) 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;
- 3) datę operacji;
- 4) nazwę komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 5) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 6) określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły);
- 7) potwierdzenie tożsamości pacjenta, miejsca operowanego, procedury operacyjnej, zgody na operację oraz rodzaju znieczulenia;
- 8) informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie);
- 9) potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia;
- 10) potwierdzenie zapewnienia monitorowania: EKG, pulsoksymetrii, ciśnienia tętniczego krwi, kapnometrii;
- 11) informację o alergiach (tak – ze wskazaniem jakie, nie);
- 12) informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak – zapewniono właściwy sprzęt, nie);
- 13) informację o ryzyku krwawienia >500 ml u dorosłych albo >7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak – zabezpieczono płyny i preparaty krwiotropowe, nie).

Przed wykonaniem nacięcia:

- 1) informację o dokonaniu prezentacji wszystkich członków zespołu operacyjnego (tak, nie);
- 2) potwierdzenie przez chirurga, anestezjologa, pielęgniarkę anestezjologiczną i pielęgniarkę operacyjną: tożsamości pacjenta, miejsca operowanego, procedury operacyjnej;
- 3) potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta;
- 4) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną właściwego zestawu narzędzi;
- 5) informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w szczególności zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, oczekiwanej utracie krwi, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi:
 - a) przez chirurga (tak, nie, nie dotyczy),
 - b) przez anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
 - c) przez pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
- 6) informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
- 7) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (tak – ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy);
- 8) informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

Czynności wykonywanych przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego:

- 1) potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury;
- 2) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów;
- 3) informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy);
- 4) informację o wystąpieniu powikłań w trakcie operacji (tak, nie);
- 5) informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie);
- 6) informację o określeniu przez chirurga i anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);
- 7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:
 - a) chirurga (tak, nie),
 - b) anestezjologa (tak, nie);
- 8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).

Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje osoba kierująca wykonaniem operacji.