

# Dokumentacja położnej podstawowej opieki zdrowotnej

*Temat prawidłowego dokumentowania pracy pielęgniarek i położnych jest zawsze aktualny. Zmieniają się bowiem zasady realizacji świadczeń medycznych, metody i środki, jakimi są realizowane, a przede wszystkim zmieniają się przepisy prawne, które są wyznacznikiem obowiązujących zapisów w dokumentacji medycznej.*

■ zabezpieczeniem w przypadku roszczeń prawnych, źródłem informacji o podopiecznym, jego stanie zdrowia i procesie pielęgnacyjnym.

## Akty prawne

Bardzo dokładnie określają zasady prowadzenia dokumentacji oraz zakres informacji, które muszą być w niej zawarte. Powinny się w niej znaleźć istotne informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego uzyskane w toku badania lub konsultacji, w szczególności opis wykonywanych czynności pielęgniarstwa, rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, zalecenia, informacje o wydanych orzeczeniach lub zaświadczeniach, informacje dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz inne informacje wynikające z odrębnych przepisów. Włączane są także kopie istotnych dokumentów przedstawionych przez pacjenta.

Zapisy w poszczególnych dokumentach w ogólnym zarysie, niezależnie od rodzaju placówki medycznej, dzielimy na dwa rodzaje dokumentacji: indywidualną i zbiorczą. **Dokumentacja indywidualna** odnosi się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych. **Dokumentacja zbiorcza** – odnosi się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

W zależności od tego, dla czyich potrzeb jest tworzona i wykorzystywana, dokumentację dzieli się ponadto na wewnętrzną i zewnętrzną. **Indywidualna dokumentacja medyczna wewnętrzna** to ta, która przeznaczona jest na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „podmiotem” (na potrzeby oddziału, przychodni, praktyki czy zakładu). **Dokumentację indywidualną zewnętrzną** stanowi każdy dokument przeznaczony na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, karta ciąży).

W określonych rodzajach placówek medycznych prowadzi się dokumentację zgodnie z wyznaczonymi prawem zadaniami, np. w podstawowej opiece zdrowotnej w pracy położnej do indywidualnej dokumentacji wewnętrznej zalicza się:

■ kartę wizyty patronażowej (u noworodka),

■ kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną nad ciężarną (w tym plan porad edukacyjnych, konspekty zajęć itp.), położnicą, noworodkiem, pacjentką ginekologiczną.

W dokumentacji medycznej powinny mieć także odzwierciedlenie udzielane porady przedkonceptyjne, porady laktacyjne i edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego (np. profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową, nowotworów narządu rodnego i sutka).

Dokumentacja zbiorcza, czyli dotycząca ogółu pacjentów, odnosi się do osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu lub określonych grup tych pacjentów. Dokumentacja zbiorcza jest prowadzona w formie ksiąg, rejestrów: księga zgłoszeń, dzienne sprawozdanie pracy.

## Zasady prowadzenia dokumentacji

Akty prawne bardzo dokładnie je określają, warto wymienić te najistotniejsze zasady:

■ dokumentację należy prowadzić czytelnie,

■ każdy z dokumentów, będący częścią dokumentacji, musi umożliwiać identyfikację pacjenta, którego dotyczy, oraz osoby sporządzającej dokument, a także być opatrzony datą jego sporządzenia,

■ każdą stroną dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta,

■ kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatruje podpisem osoby je sporządzającej z podaniem danych ją identyfikujących,

■ wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzeć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia,

■ położna zobowiązana jest do zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych, zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem.

Do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej włącza się kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje się zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego. Dokument włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza do niej:

■ oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,

■ oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,

■ oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

■ oznaczenie podmiotu,

■ oznaczenie pacjenta,

■ oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie,

■ datę dokonania wpisu,

■ informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji.

Oznaczenie podmiotu zawiera jego nazwę i adres wraz z numerem telefonu, kod identyfikacyjny, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), zwany dalej „kodem resortowym”, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwę i adres przedsiębiorstwa podmiotu – w przypadku podmiotu leczniczego, nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy, stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne. Musi także zawierać nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kod resortowy, stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych – w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne, nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych. Dla przykładu: podmiot leczniczy realizujący świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, posiadający w swoich strukturach różne komórki organizacyjne, np. gabinet lekarza POZ, gabinet pielęgniarki POZ i gabinet położnej POZ ma obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej odpowiednio w każdej komórce organizacyjnej.

Oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości, zawiera:

■ nazwisko i imię (imiona),

■ datę urodzenia,

■ oznaczenie płci,

■ adres miejsca zamieszkania,

■ 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,

■ 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; w przypadku dziecka do 1. roku życia także numer PESEL matki dziecka.

Oznaczenie osoby udzielającej świadczenia oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie obejmuje:

■ nazwisko i imię,

■ tytuł zawodowy,

■ uzyskane specjalizacje,

■ numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej,

■ podpis.

Informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabi-



foto: DEPOSITPHOTOS

**EWA JANIUK**  
wiceprezes NRPIP

Wszelkie działania w zakresie wypełniania obowiązków służbowych pielęgniarka i położna zobowiązana jest udokumentować. Stanowi to integralną część wykonywanego świadczenia. Najczęstsze problemy personelu medycznego dotyczące dokumentacji medycznej to głównie totalna niechęć do prowadzenia dokumentacji medycznej, brak przekonania o sensowności jej prowadzenia lub wiedzy dotyczącej obowiązującego prawa i odpowiedzialności personelu medycznego w tym zakresie. Często brakuje umiejętności tworzenia odpowiednich dokumentów bądź prowadzenie dokumentacji utożsamiane jest z uzupełnianiem określonych druków.

## Dobrze przygotowana i prowadzona

Dokumentacja medyczna powinna spełniać określone zadania. Po pierwsze, stanowi podstawę do rozliczeń za wykonaną pracę, po drugie jest źródłem informacji o podopiecznym, jego stanie zdrowia, procesie pielęgnacyjnym, a także:

■ potwierdzeniem wykonania wszystkich działań na rzecz podopiecznego przez pielęgniarkę i położną,

■ źródłem w zbieraniu danych statystycznych i badaniach naukowych umożliwiających właściwą organizację opieki zdrowotnej, rozwój naukowy i profesjonalizm świadczeniodawców,

■ dokumentem umożliwiającym utrzymanie ciągłości opieki medycznej poprzez ułatwienie komunikacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego,



foto: FOTOLIA