

.....
(stempel Naczelnej Rady Lekarskiej)

**Zaświadczenie
o znajomości języka polskiego**

Pan, Pani syn (córka)
urodzony(a)
(data i miejsce urodzenia)

obywatel(ka)
posiadający(a) dyplom lekarza, lekarza stomatologa, wydany w dniu
nr przez
złożył/a/ egzaminy przewidziane programem studiów w języku polskim.

Zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 lutego 1998 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania egzaminu z języka polskiego, składanego przez cudzoziemca ubiegającego się o prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa lub o ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa (Dz. U. Nr 37, poz. 213) potwierdza się znajomość języka polskiego.

Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

mp.

.....
(miejscowość i data)

214

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 27 lutego 1998 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110 oraz z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 769) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366, z 1993 r. Nr 16, poz. 77 i z 1994 r. Nr 26, poz. 95) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 6 w ust. 1 w pkt 2 skreśla się wyrazy „części IV ust. 2, 5 i 6”,
- 2) w załączniku nr 2 część IV otrzymuje brzmienie:

„IV. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii

1. Usytuowanie oddziału powinno zapewnić łatwą komunikację z zespołem operacyjnym, oddziałem doraźnej pomocy, izbą przyjęć oraz z wszystkimi oddziałami łóżkowymi.
2. Wejście na oddział powinno prowadzić przez służbę podawczą do transportu chorych, będą-

cą równocześnie służyć umywalkowo-fartuchową dla pracowników.

3. Stanowisko nadzoru pielęgniarskiego powinno zapewniać bezpośredni kontakt wizualny z wszystkimi łózkami, a zwłaszcza możliwość obserwacji twarzy chorego.
4. Na oddziale powinna być urządzona separata, dostępna również bez konieczności wchodzenia na teren oddziału.
5. Liczba łóżek na oddziale powinna stanowić 2—5% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.
6. Powierzchnia pokoi łóżkowych powinna wynosić:
 - 1) pokoju 1-łóżkowego minimum 20,0 m²,
 - 2) sali wielołożkowej minimum 18,0 m² na 1 łóżko.
7. Oddział powinien być wyposażony w następującą aparaturę i sprzęt medyczny:
 - 1) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną — 1 na 2 stanowiska intensywnej terapii,
 - 2) elektryczne urządzenie do ssania — 1 na 3 stanowiska intensywnej terapii, ale nie mniej niż 2 w oddziale,

- 3) stymulator zewnętrzny — 1 na 4 stanowiska intensywnej terapii,
 - 4) urządzenie do pomiaru rzutu serca — 1 na 4 stanowiska intensywnej terapii,
 - 5) aparat do hemodializy lub hemofiltracji maszynowej — 1 na oddział liczący co najmniej 8 stanowisk intensywnej terapii, jeżeli w szpitalu nie ma odcinka (stacji) dializ,
 - 6) bronchofiberoskop — 1 na oddział,
 - 7) aparat do monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego — 1 na oddział liczący co najmniej 6 stanowisk intensywnej terapii,
 - 8) przyłóżkowy aparat rtg — 1 na oddział,
 - 9) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji — 2 na oddział.
8. Stanowisko intensywnej terapii powinno być wyposażone w:
- 1) łóżko do intensywnej terapii,
 - 2) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21—100%,
 - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni,
 - 4) zestaw do intubacji i wentylacji (worek samorozprężalny),
 - 5) sprzęt do szybkich oraz regulowanych przetoczeń płynów, w tym: 3 pompy strzykawkowe i 2 pompy infuzyjne,
 - 6) kardiomonitor,
 - 7) pulsoksymetr,
 - 8) kapnograf,
 - 9) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną,
 - 10) urządzenie do monitorowania temperatury,
 - 11) zestaw do pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego,
 - 12) fonendoskop.
9. Stanowisko znieczulenia powinno być wyposażone w:
- 1) aparat do znieczulenia ogólnego,
 - 2) aparat do znieczulenia ogólnego z respiratorem anestetycznym,
 - 3) worek samorozprężalny i rurki ustno-gardłowe,
 - 4) źródło tlenu, podtlenku azotu, powietrza i próżni,
 - 5) urządzenie do ssania,
 - 6) zestaw do intubacji dotchawicznej z rurkami intubacyjnymi i dwoma laryngoskopami,
 - 7) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji — 1 na zespół połączonych ze sobą stanowisk znieczulenia lub wydodrębnioną salę operacyjną,
 - 8) wyciąg gazów anestetycznych,
 - 9) zasilanie elektryczne z systemem awaryjnym,
 - 10) znormalizowany stolik (wózek) anestezjologiczny,
 - 11) źródło światła,
 - 12) sprzęt do dożylnego podawania leków,
 - 13) fonendoskop lub dla dzieci stetoskop przedsercowy,
 - 14) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
 - 15) termometr,
 - 16) pulsoksymetr,
 - 17) monitor stężenia tlenu w układzie anestetycznym z alarmem wartości granicznych,
 - 18) kardiomonitor,
 - 19) kapnograf,
 - 20) monitor zwiotczenia mięśniowego — 1 na 2 stanowiska znieczulenia,
 - 21) monitor gazów anestetycznych — 1 na 4 stanowiska znieczulenia,
 - 22) aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi metodą nieinwazyjną,
 - 23) sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi — 1 na 4 stanowiska znieczulenia.
10. Aparatura anestezjologiczna stanowiska znieczulenia ogólnego z zastosowaniem sztucznej wentylacji płuc powinna być wyposażona ponadto w:
- 1) alarm nadmiernego ciśnienia w układzie oddechowym,
 - 2) alarm rozłączenia w układzie oddechowym,
 - 3) urządzenie ciągłego pomiaru częstości oddychania,
 - 4) urządzenie ciągłego pomiaru objętości oddechowych.
11. Sala pooperacyjna (wybudzeń) powinna być wyposażona w:
- 1) wózek reanimacyjny i zestaw do konikotomii,
 - 2) defibrylator z możliwością wykonania kardiowersji,
 - 3) respirator z możliwością regulacji stężenia tlenu w zakresie 21—100% — co najmniej 1 na salę pooperacyjną (wybudzeń),
 - 4) elektryczne urządzenie do odsysania — 1 na 3 stanowiska nadzoru pooperacyjnego.
12. Stanowisko nadzoru pooperacyjnego powinno być wyposażone w:
- 1) źródło tlenu, powietrza i próżni,
 - 2) aparat do pomiaru ciśnienia krwi,
 - 3) monitor EKG,
 - 4) pulsoksymetr,
 - 5) termometr.”

§ 2. 1. Dopuszcza się odstępstwa od wymagań określonych w załączniku nr 2 część IV rozporządzenia, o którym mowa w § 1 w:

- 1) ust. 7 pkt 9 i ust. 9 pkt 7 — w terminie nie dłuższym niż 1 rok,
- 2) ust. 5, ust. 7 pkt 3 i 8, ust. 8 pkt 5 i ust. 9 pkt 2 — w terminie nie dłuższym niż 3 lata,

3) ust. 7 pkt 1 i 4—7, ust. 8 pkt 2 i 6—10, ust. 9 pkt 8 i 16—23, ust. 11 pkt 3 i ust. 12 pkt 3 i 4 — w terminie nie dłuższym niż 5 lat,

4) ust. 2 i 6 — w terminie nie dłuższym niż 6 lat

— od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, pod warunkiem przedłożenia przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej programu dostosowania zakładu do wymagań organowi prowadzącemu rejestr zakładów opieki zdrowotnej.

2. Program, o którym mowa w ust. 1, dla zakładu opieki zdrowotnej wpisanego do rejestru przed wej-

ściem w życie niniejszego rozporządzenia kierownik zakładu obowiązany jest złożyć w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, a dla zakładu występującego o wpis — wraz z wnioskiem o wpis zakładu opieki zdrowotnej do rejestru.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej:

W. Maksymowicz

215

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

z dnia 27 lutego 1998 r.

w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 9 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110 oraz z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 769) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa standardy postępowania oraz procedury medyczne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w zakresie następujących świadczeń zdrowotnych, udzielanych w zakładzie opieki zdrowotnej przez lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zwanego dalej „lekarzem anestezjologiem”, a także lekarza będącego w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

- 1) anestezji, tj. wykonywania znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych,
- 2) intensywnej terapii, tj. postępowania mającego na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu (oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego itd.),
- 3) reanimacji, tj. działania mającego na celu przerwanie i odwrócenie procesu umierania,
- 4) leczenia bólu, niezależnie od jego przyczyny.

§ 2. W szpitalach, w których udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie anestezji i intensywnej terapii, powinny być utworzone oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, a w razie gdy oddział taki nie zostanie utworzony, zadania z tego zakresu wykonywane są w ramach oddziału anestezjologii.

§ 3. W szpitalu powinien być ustalony przez kierownika zakładu, w porozumieniu z ordynatorem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (ordynatorem oddziału anestezjologii), sposób komunikacji alarmowej.

§ 4. 1. W szpitalu, o którym mowa w § 2, reanimacja powinna być prowadzona z udziałem lekarza anestezjologa.

2. Jeżeli reanimację podejmuje inny lekarz, to lekarz anestezjolog przejmuje jej prowadzenie i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.

§ 5. Świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu prowadzone są w ramach poradni, specjalistycznego oddziału lub w formie konsultacji anestezjologicznej.

§ 6. Świadczenia zdrowotne z zakresu anestezji, polegające na wykonywaniu znieczulenia ogólnego oraz znieczulenia przewodowego: zewnątrzoponowego i podpajęczynówkowego, mogą być udzielane wyłącznie przez lekarza anestezjologa.

§ 7. Ustala się w § 8—17 standardy postępowania i procedury medyczne bezpiecznego znieczulenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezji.

§ 8. Ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii, w porozumieniu z ordynatorami innych oddziałów szpitala, ustala wykaz badań przedoperacyjnych i badań laboratoryjnych niezbędnych do wykonania znieczulenia w celu przeprowadzenia zabiegu planowego.

§ 9. Lekarz anestezjolog współuczestniczy przy ustalaniu planu zabiegów wykonywanych w szpitalu. Plan ten powinien uwzględniać zasadę nadrzędności