



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 4 lutego 2016 r.

Poz. 145

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 25 stycznia 2016 r.

w sprawie centrum urazowego dla dzieci

Na podstawie art. 39h ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego;
- 2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego dziecięcego;
- 3) kryteria kwalifikacji osoby do ukończenia 18. roku życia będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci;
- 4) sposób postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym.

§ 2. 1. Centrum urazowe dla dzieci, zwane dalej „centrum”, zapewnia dostęp do sprzętu i aparatury medycznej, umożliwiających całodobowe i niezwłoczne wykonywanie badań diagnostycznych, bez konieczności przewożenia pacjenta urazowego dziecięcego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego:

- 1) RTG;
- 2) USG, USG – Doppler;
- 3) echokardiografii;
- 4) tomografii komputerowej (spiralnej, wielorzędowej);
- 5) angiografii i radiologii interwencyjnej;
- 6) diagnostyki laboratoryjnej, w tym mikrobiologicznej;
- 7) rezonansu magnetycznego.

2. Centrum posiada sprzęt i aparaturę medyczną niezbędne do wykonywania przyłóżkowej i całodobowej endoskopii diagnostycznej i zabiegowej:

- 1) gastroskop;
- 2) kolonoskop;
- 3) bronchoskop;
- 4) cystoskop.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 1245 i 1635, z 2014 r. poz. 1802, z 2015 r. poz. 1887 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 65.

§ 3. Centrum dysponuje środkami technicznymi i organizacyjnymi zapewniającymi:

- 1) łączność telefoniczną realizowaną co najmniej przez jednego operatora telefonii stacjonarnej i jednego operatora telefonii mobilnej z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) innymi podmiotami leczniczymi, w tym regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolecznictwa;
- 2) łączność radiową z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego;
- 3) bezprzewodowe przywoływanie osób, w szczególności członków zespołu urazowego dziecięcego;
- 4) dokonywanie bieżących konsultacji za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności między oddziałami szpitala, w którym znajduje się centrum, oraz z innymi podmiotami leczniczymi w sposób gwarantujący zachowanie poufności oraz integralności danych pacjenta, którego konsultacja dotyczy. W przypadku konieczności przesyłania danych identyfikujących pacjenta zachowanie poufności należy zapewnić poprzez system kodowania tych danych uniemożliwiający identyfikację danych osobowych bez znajomości tego kodu. Analogiczna ochrona może być też zapewniona poprzez anonimizację danych osobowych.

§ 4. 1. W skład zespołu urazowego dziecięcego wchodzi co najmniej:

- 1) lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego będący lekarzem systemu;
- 2) lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny mającej zastosowanie w leczeniu pacjenta urazowego dziecięcego, w szczególności chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz neurochirurgii;
- 3) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

2. Pracami zespołu urazowego dziecięcego kieruje kierownik zespołu.

3. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym znajduje się centrum:

- 1) określa skład zespołu urazowego dziecięcego spośród lekarzy posiadających kwalifikacje, o których mowa w ust. 1;
- 2) wyznacza kierownika zespołu urazowego dziecięcego spośród lekarzy, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub 2;
- 3) zapewnia udział lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej lub lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie chirurgii naczyniowej w składzie zespołu urazowego w czasie nie dłuższym niż 1 godzina od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających taką obecność.

4. W razie potrzeby, w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego dziecięcego, w skład zespołu urazowego dziecięcego wchodzi lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w innych dziedzinach medycyny niż wymienione w ust. 1 i ust. 3 pkt 3; decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik zespołu urazowego dziecięcego.

§ 5. 1. Osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum w przypadku, gdy spełnia warunki określone w art. 3 pkt 12a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a ponadto następujące kryteria:

- 1) występujące co najmniej jedno spośród następujących obrażeń anatomicznych:
 - a) penetrująca rana głowy lub tułowia lub uraz tępy z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej lub brzucha,
 - b) amputacja kończyny powyżej nadgarstka lub stawu skokowego,
 - c) rozległe zmiążdżenia kończyny,
 - d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
 - e) niestabilna klatka piersiowa,

- f) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń lub nerwów,
 - g) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy;
- 2) towarzyszące co najmniej dwa spośród następujących zaburzeń parametrów fizjologicznych określonych w załączniku do rozporządzenia:
- a) spadek ciśnienia skurczowego krwi poniżej wartości wskazanej w tabeli nr 1 tego załącznika,
 - b) odchylenie częstości akcji serca poza zakres wskazany w tabeli nr 2 tego załącznika,
 - c) odchylenie liczby oddechów poza zakres wskazany w tabeli nr 3 tego załącznika,
 - d) stan świadomości oceniony według kryteriów Skali Śpiączki Glasgow (GCS) lub Dziecięcej Skali Śpiączki (CCS) w odniesieniu do dzieci do 3. roku życia na nie więcej niż 13 punktów,
 - e) saturacja krwi tętniczej nie więcej niż 90%.

2. Osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum również w przypadku:

- 1) wystąpienia urazu wielonarządowego lub śmierci innej osoby w tym samym zdarzeniu,
- 2) wypadnięcia z pojazdu mechanicznego, przygniecenia lub upadku z wysokości powyżej 3 metrów,
- 3) gdy czas wydobywania tej osoby z pojazdu, zawaliska lub gruzowiska wynosi powyżej 20 minut

– pomimo braku widocznych obrażeń anatomicznych oraz istotnych zaburzeń parametrów fizjologicznych obecnych u tej osoby, stwierdzonych na miejscu zdarzenia.

§ 6. 1. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego albo wyznaczony przez tego kierownika członek zespołu ratownictwa medycznego zgłasza dyspozytorowi medycznemu stwierdzenie wystąpienia kryteriów, o których mowa w § 5, i pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, wskazanego przez dyspozytora medycznego, do czasu przyjęcia pacjenta urazowego dziecięcego do tego oddziału.

2. Przepisu ust. 1 w zakresie obowiązku pozostawania w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, wskazanego przez dyspozytora medycznego nie stosuje się do lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

3. Kierownik podmiotu leczniczego, w którym brak centrum, albo lekarz przez niego wyznaczony, w przypadku stwierdzenia wystąpienia kryteriów, o których mowa w § 5, pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum, najbliższego pod względem czasu dotarcia.

§ 7. 1. W szpitalnym oddziale ratunkowym zlokalizowanym w szpitalu, w którym znajduje się centrum, przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego dziecięcego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych.

2. Decyzję w sprawie kolejności udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu dziecięcemu w przypadku rozbieżności pomiędzy członkami zespołu urazowego dziecięcego podejmuje kierownik tego zespołu.

3. Dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego dziecięcego w centrum odbywa się w specjalistycznym oddziale zabiegowym wskazanym przez kierownika zespołu urazowego dziecięcego.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2016 r., z wyjątkiem § 2 ust. 1 pkt 5, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 25 stycznia 2016 r. (poz. 145)

WARTOŚCI PARAMETRÓW FIZJOLOGICZNYCH

Tabela nr 1. Minimalne wartości skurczowego ciśnienia tętniczego w zależności od wieku dziecka

Lp.	Rok życia	Skurczowe ciśnienie tętnicze
1	1	65
2	2–5	70
3	6–12	80
4	>12	90

Tabela nr 2. Zakres częstości akcji serca w zależności od wieku dziecka

Lp.	Rok życia	Akcja serca
1	1	110–150
2	2–5	90–130
3	6–12	70–110
4	>12	60–100

Tabela nr 3. Zakres liczby oddechów na minutę w zależności od wieku dziecka

Lp.	Rok życia	Liczba oddechów/min
1	1	30–40
2	2–5	20–30
3	6–12	15–25
4	>12	12–20