

§ 35. 1. Podmiot prowadzący szpital, w którym czas pobytu pacjenta niezbędny do udzielenia świadczenia zdrowotnego nie przekracza 24 godzin, sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii choroby;
- 2) dokumentację zbiorczą w formie:
 - a) wykazu głównego przyjęć i wypisów,
 - b) wykazu chorych oddziału,
 - c) wykazu zabiegów,
 - d) wykazu bloku operacyjnego lub sali operacyjnej.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:

- 1) kartę obserwacji;
- 2) kartę gorączkową;
- 3) kartę zleceń lekarskich;
- 4) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
- 5) wyniki badań diagnostycznych;
- 6) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.

3. Przepisy § 6 ust. 4, § 12 ust. 2, § 13–15 ust. 2, 3 i 5, § 16–19, § 21–23, § 25–30 i § 33 stosuje się odpowiednio do dokumentacji prowadzonej przez podmiot, o którym mowa w ust. 1.

4. Przepisy ust. 1–3 stosuje się także do jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu, przyjmującej pacjentów z intencją wypisania w ciągu 24 godzin.

§ 36. 1. Podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sporządza i prowadzi:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną w formie historii zdrowia i choroby;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną, o której mowa w § 3 ust. 4 pkt 1–4 i 6–8;
- 3) dokumentację zbiorczą w formie wykazu:
 - a) przyjęć,
 - b) pracowni diagnostycznej,
 - c) zabiegów,
 - d) porad ambulatoryjnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. W przypadku gdy dokumentacja, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 pkt 3, nie jest wymagane.

§ 37. 1. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy pacjentowi w podmiocie, o którym mowa w § 36.

2. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych, historię zdrowia i choroby zakłada się również w określonej komórce organizacyjnej podmiotu, o którym mowa w § 36.

§ 38. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera dane określone w § 10 pkt 1–4 oraz informacje dotyczące:

- 1) ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów;
- 2) porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych;
- 3) świadczeń pielęgniarstwa lub położnej realizowanych w warunkach domowych, w tym wizyt patronażowych;
- 4) pielęgniarstwa długoterminowego domowego.

2. W przypadku gdy pacjent posiada szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 43–47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w historii zdrowia i choroby zamieszcza się o tym adnotację, wraz z numerem dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

3. Historia zdrowia i choroby w zakresie informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1, zawiera w szczególności informacje o:

- 1) przebytych chorobach;
- 2) chorobach przewlekłych;
- 3) pobytach w szpitalu;
- 4) zabiegach lub operacjach;
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach;
- 6) uczuleniach;
- 7) obciążeniach dziedzicznych;
- 8) orzeczeniu o niepełnosprawności, orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności albo innych orzeczeniach traktowanych na równi z tym orzeczeniem.

4. Historia zdrowia i choroby w zakresie informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej;
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego;
- 3) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu;
- 4) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach;
- 5) adnotacje o zaleconych zabiegach oraz produktach leczniczych wraz z dawkowaniem lub wyrobach medycznych, w ilościach odpowiadających ilościom zapisanym na receptach lub zleceniach na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydanych pacjentowi oraz unikalne numery identyfikacyjne recepty w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 96a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne;
- 6) wyniki badań diagnostycznych wraz z opisem;
- 7) wyniki konsultacji;
- 8) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 9) adnotacje o zleceniu transportu sanitarnego;
- 10) adnotacje o orzeczonej czasowej niezdolności do pracy;
- 11) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń, zgodnie z § 10 pkt 3.

5. Historia zdrowia i choroby w zakresie informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 3, zawiera:

- 1) uzyskane na podstawie wywiadu informacje o warunkach nauczania, wychowania lub pracy;
- 2) opis warunków zamieszkania, jeżeli jest to istotne dla zapewnienia opieki środowiskowej;
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej;
- 4) rodzaj i zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę lub położną, w szczególności: dane z wywiadu i badania fizykalnego, diagnozę pielęgniarską lub położniczą, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, w tym wynikających ze zleceń lekarskich;
- 5) oznaczenie pielęgniarki lub położnej, zgodnie z § 10 pkt 3.

6. Do dołączania dokumentów do historii zdrowia i choroby stosuje się odpowiednio przepis § 6 ust. 4.

§ 39. 1. Podmiot sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży.

2. Karta przebiegu ciąży jest prowadzona w postaci papierowej.

3. Karta przebiegu ciąży zawiera dane określone w § 10 pkt 1–4 oraz:

- 1) informacje o ogólnym stanie zdrowia;
- 2) informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.

4. Karta przebiegu ciąży w zakresie informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 1, zawiera informacje, o których mowa w § 38 ust. 3, oraz:

- 1) oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh;
- 2) datę ostatniej miesiączki;
- 3) przybliżony termin porodu;
- 4) wynik pomiaru masy ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży;
- 5) wzrost;
- 6) liczbę poprzednich ciąż i porodów, w tym liczbę dzieci żywo urodzonych lub martwo urodzonych;
- 7) czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebytych;
- 8) opis wyniku badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży;
- 9) datę rozpoznania ciąży – datę pierwszej wizyty w związku z ciążą;
- 10) wyniki badań diagnostycznych zleconych w związku z ciążą.

5. Karta przebiegu ciąży w zakresie informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 2, zawiera informacje, o których mowa w § 38 ust. 4, oraz:

- 1) zmierzony każdorazowo wynik pomiaru masy ciała;
- 2) dokonaną każdorazowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu;
- 3) kwalifikację do odpowiedniego poziomu opieki perinatalnej.

§ 40. Wykaz przyjęć zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta;
- 3) imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a);
- 5) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 6) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

§ 41. Do wykazu pracowni diagnostycznej prowadzonego przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 33.

§ 42. Do wykazu zabiegów prowadzonego przez podmiot udzielający ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio przepisy § 29.

§ 43. 1. Podmiot realizujący świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej sporządza i prowadzi wykaz świadczeń udzielonych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta;
- 2) datę i godzinę zgłoszenia się pacjenta lub przyjęcia zgłoszenia przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 3) imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) opis udzielonego świadczenia zdrowotnego;
- 5) oznaczenie osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 pkt 3.

3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie prowadzi dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.

4. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do podmiotu o prowadzącego szpital w zakresie udzielanych świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

§ 44. 1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną w formie:

- 1) karty zlecenia wyjazdu;
- 2) karty medycznych czynności ratunkowych.

2. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej dysponenta zespołów ratownictwa medycznego nie ma stanowiska dyspozytora medycznego, przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się.

§ 45. Karta zlecenia wyjazdu zawiera:

- 1) oznaczenie dyspozytora medycznej, dyspozytora medycznego przyjmującego i wysyłającego, miejsca stacjonowania i zespołu ratownictwa medycznego realizującego zlecenie wyjazdu, kodu wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego;
- 2) adnotację o ponagleniu wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego;
- 3) oznaczenie daty oraz godziny, minuty i sekundy w systemie 24-godzinnym:
 - a) przyjęcia wezwania przez dyspozytora medycznego,
 - b) przekazania zlecenia wyjazdu do zespołu ratownictwa medycznego,
 - c) przyjęcia zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego,
 - d) ponaglenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia,
 - e) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia,
 - f) odwołania zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - g) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia,
 - h) przybycia zespołu ratownictwa medycznego do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć szpitala, centrum urazowego dla dorosłych, centrum urazowego dla dzieci, jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub innego miejsca przekazania pacjenta,
 - i) przekazania pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć szpitala, centrum urazowego dla dorosłych, centrum urazowego dla dzieci, jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub innego miejsca przekazania pacjenta,
 - j) zakończenia realizacji zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - k) powrotu do miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego;
- 4) numer zdarzenia i numer karty zlecenia wyjazdu;
- 5) adres albo informację o lokalizacji miejsca zdarzenia;
- 6) dane wzywającego obejmujące: imię i nazwisko oraz numer telefonu do kontaktu z wzywającym;

- 7) opis powodu wezwania zespołu ratownictwa medycznego oraz opis wywiadu medycznego przeprowadzonego przez dyspozytora medycznego;
- 8) dane pacjenta obejmujące:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) wiek,
 - c) płeć;
- 9) informację o powiadomieniu służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy;
- 10) informację o wydaniu karty medycznych czynności ratunkowych;
- 11) informację o składzie osobowym zespołu ratownictwa medycznego.

§ 46. 1. Karta medycznych czynności ratunkowych zawiera:

- 1) informacje, o których mowa w § 10 pkt 1–4;
- 2) oznaczenie zespołu ratownictwa medycznego realizującego zlecenie wyjazdu;
- 3) opis powodu wezwania zespołu ratownictwa medycznego;
- 4) wskazanie roku, miesiąca, dnia oraz godziny, minuty i sekundy w systemie 24-godzinnym:
 - a) przekazania zlecenia wyjazdu do zespołu ratownictwa medycznego,
 - b) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia,
 - c) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia,
 - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego do podmiotu lub podmiotu leczniczego,
 - e) przekazania pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego do podmiotu lub podmiotu leczniczego,
 - f) przekazania pacjenta innemu zespołowi ratownictwa medycznego,
 - g) zakończenia realizacji zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego;
- 5) adres albo informację o lokalizacji miejsca zdarzenia;
- 6) oświadczenie pacjenta o rezygnacji z udzielania mu pomocy medycznej bądź przewozu do szpitala, wraz z podaniem daty i godziny, minuty i sekundy odmowy w systemie 24-godzinnym;
- 7) informację dotyczącą pozostawienia pacjenta w miejscu zdarzenia lub przekazania go przez zespół ratownictwa medycznego do innego podmiotu lub podmiotu leczniczego lub innego zespołu ratownictwa medycznego, Policji lub Straży Miejskiej;
- 8) informację o odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych wraz ze wskazaniem przesłanek podjęcia takiej decyzji;
- 9) w przypadku zgonu pacjenta – przyczynę i datę zgonu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 10) informację o wystawieniu i wydaniu karty medycznych czynności ratunkowych ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby, której została wydana;
- 11) informację o składzie osobowym zespołu ratownictwa medycznego ze wskazaniem roli pełnionej przez każdego członka zespołu;
- 12) informację o powiadomieniu innych podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy;
- 13) inne istotne informacje dotyczące okoliczności realizacji zlecenia przez zespół ratownictwa medycznego;
- 14) wykaz dodatkowych dokumentów wystawionych przez zespół ratownictwa medycznego.

2. Kartę medycznych czynności ratunkowych wydaje się pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu lub podmiotu leczniczego – temu podmiotowi lub podmiotowi leczniczemu.

§ 47. 1. Podmiot wykonujący transport medyczny lub transport wyjazdowy sanitarnym zespołem typu „N”, zwany dalej „transportem”, sporządza i prowadzi odpowiednio do rodzaju transportu kartę transportu medycznego lub kartę transportu wyjazdowego sanitarnym zespołem typu „N”.

2. Karta transportu medycznego oraz karta transportu wyjazdowego sanitarnym zespołem typu „N” zawierają:

- 1) oznaczenie podmiotu wykonującego transport, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 3) informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, zawierające główne rozpoznanie według klasyfikacji, o której mowa w § 7 ust. 1;
- 4) oznaczenie podmiotu zlecającego, zgodnie z § 10 pkt 1, oraz numer zlecenia;
- 5) datę i godzinę przyjęcia lub odmowy przyjęcia zlecenia transportu;
- 6) oznaczenie podmiotu albo podmiotu leczniczego, do którego wykonywany jest transport, zgodnie z § 10 pkt 1;
- 7) opis udzielonych w trakcie transportu świadczeń zdrowotnych, jeżeli dotyczy;
- 8) datę i godzinę rozpoczęcia i zakończenia transportu;
- 9) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń i dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 48. Do dokumentacji prowadzonej przez zakład badań diagnostycznych i medyczne laboratorium diagnostyczne stosuje się odpowiednio przepisy § 33.

§ 49. 1. Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji prowadzi dokumentację zbiorczą w formie wykazu pracowni.

2. Wykaz pracowni zawiera:

- 1) oznaczenie pacjenta, zgodnie z § 10 pkt 2;
- 2) oznaczenie lekarza kierującego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 3) datę przyjęcia i datę zakończenia zleconej pracy;
- 4) rodzaj i opis zleconej pracy, w tym diagram zębowy;
- 5) dane o użytych materiałach;
- 6) oznaczenie osoby wykonującej zleconą pracę, zgodnie z § 10 pkt 3.

§ 50. 1. Zakład rehabilitacji leczniczej prowadzi dokumentację:

- 1) zbiorczą w formie wykazu świadczeń fizjoterapeutycznych;
- 2) indywidualną w formie karty indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej.

2. W przypadku gdy dokumentacja, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest prowadzona w postaci elektronicznej, prowadzenie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 pkt 1, nie jest wymagane.

3. Wykaz świadczeń fizjoterapeutycznych zawiera:

- 1) numer kolejny pacjenta w wykazie;
- 2) imię (imiona) i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta – jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę zabiegu leczniczego;
- 4) rodzaj wykonanego zabiegu leczniczego.

4. Karta indywidualnej opieki fizjoterapeutycznej zawiera informacje wymienione w ust. 3 oraz:

- 1) informacje dotyczące stanu zdrowia, stanu funkcjonowania oraz postępowania fizjoterapeutycznego, w tym:
 - a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży oraz informacje o chorobach przebytych i współistniejących oraz opis stanu funkcjonowania,

- b) dane o postępowaniu fizjoterapeutycznym i jego wykonaniu,
 - c) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
 - d) zalecenia,
 - e) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lub zaświadczeniach,
 - f) informacje o zleconych przez fizjoterapeutę wyrobach medycznych;
- 2) datę dokonania wpisu;
- 3) oznaczenie fizjoterapeuty udzielającego świadczenia zdrowotnego, zgodnie z § 10 pkt 3.

5. Do karty opieki fizjoterapeutycznej dołącza się skierowanie, jeżeli dotyczy.

Rozdział 3

Książeczka zdrowia dziecka

§ 51. 1. Podmiot, w którym nastąpił poród albo do którego przyjęto noworodka urodzonego w warunkach pozaszpitalnych, wydaje książeczkę zdrowia dziecka przy wypisie ze szpitala.

2. Książeczka zdrowia dziecka jest prowadzona w postaci papierowej.

3. Możliwe jest dołączanie do książeczki zdrowia dziecka innej dokumentacji w postaci papierowej oraz wydruków z dokumentacji w postaci elektronicznej.

4. Książeczka zdrowia dziecka jest wydawana przedstawicielowi ustawowemu dziecka za pokwitowaniem.

5. Książeczka zdrowia dziecka zawiera informacje dotyczące okresu prenatalnego, porodu, stanu zdrowia po urodzeniu, wizyt patronażowych, badań profilaktycznych, w tym stomatologicznych, przebytych chorób zakaźnych, uczuleń i reakcji anafilaktycznych, zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnienia z zajęć sportowych oraz inne informacje istotne dla oceny prawidłowości rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności.

6. Wpisy i inne zmiany w książeczce zdrowia dziecka są dokonywane przez lekarza, położną, pielęgniarkę lub inną osobę wykonującą zawód medyczny niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a w przypadku gdy nie jest to możliwe, są uzupełniane w trakcie następczej wizyty na podstawie dokumentacji wewnętrznej.

7. Książeczka zdrowia dziecka zawiera kartki formatu A5, dwustronnie zadrukowane, w oprawie zeszytowej i tekturowych okładkach.

8. Książeczkę zdrowia dziecka wydaje się według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Rozdział 4

Przechowywanie i udostępnianie dokumentacji

§ 52. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana przez podmiot, który ją sporządził.

2. Dokumentacja zewnętrzna w formie skierowań w postaci papierowej jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował świadczenie zdrowotne na podstawie skierowania.

§ 53. 1. Dokumentację udostępnia się z zachowaniem jej integralności, poufności oraz autentyczności, bez zbędnej zwłoki.

2. W przypadku gdy dokumentacja jest udostępniana w formie wydruku, osoba upoważniona przez podmiot potwierdza jego zgodność z dokumentacją i opatruje swoim oznaczeniem, zawierającym imię (imiona), nazwisko, stanowisko i podpis. Wydruk sporządza się w sposób umożliwiający identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 10 pkt 3.

3. W przypadku udostępnienia dokumentacji w postaci papierowej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pozostawia się kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.

§ 54. W przypadku gdy udostępnienie dokumentacji nie jest możliwe, odmowę przekazuje się w postaci elektronicznej lub papierowej, zgodnie z żądaniem uprawnionego organu lub podmiotu. W każdym przypadku wymagane jest podanie przyczyny odmowy.

Rozdział 5

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 55. 1. Podmioty mogą prowadzić dokumentację zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. 249) do dnia 31 grudnia 2020 r.

2. Książeczki zdrowia dziecka wydane przed dniem 31 grudnia 2020 r. zachowują ważność również po tym terminie.

§ 56. Do dnia 31 grudnia 2020 r. dokumentacja, za wyjątkiem elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, może być podpisywana przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego.

§ 57. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2020 r.⁴⁾

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji: *wz. B. Poboży*

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. poz. 249), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2219 oraz z 2020 r. poz. 567).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2020 r. (poz. 788)

Załącznik nr 1

**KRYTERIA OCENY STOSOWANE PRZY DOKONYWANIU WPISÓW W DOKUMENTACJI
DOTYCZĄCYCH CZASU TRWANIA CIĄŻY, PORONIEŃ, URODZEŃ ŻYWYCH I MARTWYCH**

1. Czas trwania ciąży oblicza się w tygodniach, licząc od pierwszego dnia ostatniego normalnego krwawienia miesięcznego. Prawidłowy czas trwania ciąży wynosi 280 dni (40 tygodni) od pierwszego dnia ostatniego krwawienia miesięczkowego w cyklu 28-dniowym albo 266 dni (38 tygodni) od dnia owulacji (reguła Naegelego). W przypadku gdy zastosowanie reguły Naegelego nie jest możliwe, czas trwania ciąży ustala się na podstawie wyniku badania ultrasonograficznego.

2. Poronieniem określa się wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży (21 tygodni i 7 dni).

3. Urodzeniem żywym określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka, niezależnie od czasu trwania ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu oddycha lub wykazuje jakiegokolwiek inne oznaki życia, takie jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, bez względu na to, czy sznur pępowiny został przecięty lub łożysko zostało oddzielone.

4. Urodzeniem martwym określa się całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki płodu, o ile nastąpiło po upływie 22. tygodnia ciąży, który po takim wydaleniu lub wydobyciu nie oddycha ani nie wykazuje żadnego innego znaku życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli.

Załącznik nr 2

WZÓR

2. Rozpoznanie przed porodem		1. Znak tożsamości							
3. Nazwisko i imię		<table border="1"> <tr> <td>rok</td> <td>miesiąc</td> <td>dzień</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> urodzenia		rok	miesiąc	dzień			
rok	miesiąc	dzień							
8. Rozpoznanie obserwacji (data, godzina)		6. Data ostatniej miesiączki							
9. Pierwsze skurcze porodowe (data, godzina)		7. Termin porodu							
10. Bole partie (data, godzina)		11. Poród (data, godzina)							
12. Położenie: główkowe <input type="checkbox"/> miednicowe <input type="checkbox"/> skośne <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>		14. Ułożenie główki: przylegające <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>							
13. Usławienie: pierwsze <input type="checkbox"/> drugie <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>		15. Ułożenie główki: przylegające <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>							
14. Usławienie: pierwsze <input type="checkbox"/> drugie <input type="checkbox"/> nieokreślone <input type="checkbox"/>		16. Wyższe proste <input type="checkbox"/> tylny <input type="checkbox"/> przedni <input type="checkbox"/>							
15. Asynkityzm: przedni <input type="checkbox"/> tylny <input type="checkbox"/>		17. Zwrot: nieprawidłowy <input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/>							
18. Niskie: poprzeczne <input type="checkbox"/> wierzchołkowe <input type="checkbox"/> czelowe <input type="checkbox"/>		19. Pęcherz płodowy: pełny <input type="checkbox"/> przebitły <input type="checkbox"/>							
20. Tydzień ciąży		data							
21. Godziny, doby-data									
22. Poród (ile godzin trwa)									
23. Odpłynięcie wód (godziny)									
24. Krwawienie tak nie									
25. Tętno rodzącej (na minutę)									
26. Ciśnienie krwi (RR)									
27. Ciężota ciała "C"									
28. Tętno płodu na minutę									
okres									
plewszy drugi									
0. Brak tętna									
1. Prawidłowe									
2. Szybkie									
3. Zwolnione									
4. Wahania małe									
5. Wahania duże									
6. Nieokreślone									
29. Smółka									
30. Rozwarcie ujścia									
częstość: na kwadrans									
ile sekund trwałaj									
31. Skurcze									
1) wzmożone									
2) średnie									
3) obniżone									
32. Napłęcie macicy									
1) znosi dobrane									
2) oparanowuje się									
3) podnieciona									
33. Odczuwanie bólu									
1) nad wchodem									
2) we wchodzie									
3) w przodni									
34. Część przodująca									
35. Leki podawane									
36. Wymiary miednicy: miedzykcalcowy									
miedzykrętarzowy									
miedzygrzebieniowy									
37. Wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B (GBS)									
38. Wynik badania antygenu HBs									
39. Obserwował (a)		40. Kontrolował							
(imię, nazwisko, tytuł, stanowisko)		(imię, nazwisko, tytuł, stanowisko)							
41. Rozpoznane po porodzie									