

745**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ROLNICTWA I ROZWOJU WSI**

z dnia 4 czerwca 2002 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie utworzenia Krajowego Centrum Hodowli Zwierząt.

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o organizacji hodowli i rozrodzie zwierząt gospodarskich (Dz. U. Nr 123, poz. 774, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i z 2001 r. Nr 129, poz. 1438) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 15 grudnia 2000 r. w sprawie utworzenia Krajowego Centrum Hodowli Zwierząt (Dz. U. Nr 119, poz. 1260 i z 2001 r. Nr 20, poz. 243) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1 w ust. 4:

a) po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) wydziały lub stanowiska pracy do spraw kontroli w zakresie hodowli i rozrodu zwierząt gospodarskich,”

b) pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) regionalne centra hodowli zwierząt.”;

2) skreśla się załącznik do rozporządzenia.

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

Minister Rolnictwa i Rozwoju Wsi: *J. Kalinowski***746****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI**

z dnia 29 maja 2002 r.

w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia i udostępniania w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.

Na podstawie art. 18 ust. 7 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, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. 1. Dokumentację medyczną stanowią zbiory sporządzonych i utrwalonych informacji medycznych związanych ze stanem zdrowia skazanego, tymczasowo aresztowanego, ukaranego oraz osoby, wobec której stosowany jest środek przymusu skutkujący pozbawieniem wolności, zwanych dalej „osadzonym”, oraz z udzielonymi im świadczeniami zdrowotnymi.

2. Dokumentację medyczną tworzą:

1) indywidualna dokumentacja medyczna — odnosząca się do poszczególnych osadzonych, która składa się z dokumentacji wewnętrznej przeznaczonej dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości w zakładzie karnym lub areszcie śledczym, zwanych dalej „więziennymi zakładami opieki zdrowotnej”, oraz dokumentacji zewnętrznej, przeznaczonej dla zakładów opieki zdrowotnej, zwanych dalej „pozwiewziennymi zakładami opieki zdrowotnej”, utworzonych na podstawie art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą”, oraz uprawnionych organów i osób trzecich,

2) zbiorcza dokumentacja medyczna — odnosząca się do ogółu osadzonych korzystających ze świadczeń zdrowotnych więziennego zakładu opieki zdrowotnej.

§ 2. 1. Dokumentacja medyczna jest prowadzona w formie pisemnej, w szczególności w postaci znorma-

lizowanych formularzy, druków, ksiąg, książeczek, skorowidzów, raportów, kart oraz innych zapisów zawierających informacje określone w dalszych przepisach rozporządzenia.

2. Do prowadzonej dokumentacji medycznej dołącza się dokumenty medyczne albo ich odpisy i wyciągi, uzyskane od pacjentów lub z innych źródeł, albo też dokonuje się w niej wpisów informacji medycznych zawartych w tych dokumentach.

3. Zbiory informacji objętych dokumentacją medyczną mogą być sporządzane i utrwalane na komputerowych nośnikach informacji pod warunkiem:

- 1) zachowania selektywności dostępu do zbioru informacji,
- 2) zabezpieczenia zbioru informacji przed dostępem osób nieuprawnionych,
- 3) zabezpieczenia zbioru informacji przed zniszczeniem,
- 4) zapewnienia możliwości sporządzania zbioru informacji w zakresie nie mniejszym niż pozwala na to prowadzenie dokumentacji w formie formularzy, o których mowa w ust. 1.

§ 3. 1. Dokumentacja medyczna zawiera informacje umożliwiające:

- 1) identyfikację więziennego lub pozawięziennego zakładu opieki zdrowotnej, w którym sporządzono dokumentację lub w którym dokonywany jest wpis,
- 2) identyfikację osadzonego, którego dokumentacja dotyczy:
 - a) nazwisko i imię (imiona),
 - b) datę urodzenia,
 - c) adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
 - d) numer PESEL — jeżeli został nadany,
 - e) oznaczenie płci;
- 3) identyfikację osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych lub osoby dokonującej wpisu w dokumentacji:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) w przypadku lekarza — uzyskane specjalizacje oraz numer prawa wykonywania zawodu,
 - d) podpis;
- 4) ustalenie daty dokonania wpisu do dokumentacji.

2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osadzonego, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia „NN”.

3. Dokumentację medyczną sporządza się w języku polskim, czytelnie, w miarę możliwości pismem druko-

wanym; kolejnych wpisów należy dokonywać w porządku chronologicznym.

4. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, należy go skreślić oraz opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej skreślenia.

§ 4. Indywidualną dokumentację medyczną, z wyjątkiem indywidualnej dokumentacji medycznej zewnętrznej, sporządza się bezzwłocznie po zaistnieniu zdarzenia uzasadniającego jej sporządzenie, w tym zwłaszcza niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego i ustaleniu tożsamości osadzonego.

§ 5. 1. Dokumentację medyczną sporządza i podpisuje uprawniony pracownik lub funkcjonariusz więziennego zakładu opieki zdrowotnej, zgodnie z uprawnieniami zawodowymi i ustalonym zakresem czynności.

2. Określone w rozporządzeniu zadania i czynności odnoszą się również do lekarza stomatologa.

Rozdział 2

Dokumentacja medyczna szpitala

§ 6. 1. W szpitalu prowadzi się indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną, w której skład wchodzi:

- 1) historia choroby ogólna lub specjalistyczna zakładowa możliwie bezzwłocznie po przyjęciu osadzonego do szpitala, złożona z:
 - a) formularza historii choroby,
 - b) dokumentów dodatkowych, a w szczególności karty obserwacji, karty zleceń lekarskich, karty gorączkowej, karty przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonywane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi, wyników badań diagnostycznych, wyników konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w formularzu historii choroby;
- 2) książka zdrowia osadzonego, której wzór stanowi załącznik do rozporządzenia, w której dokonuje się wpisu określającego:
 - a) powód odmowy przyjęcia osadzonego do szpitala oraz wydane zalecenia lub
 - b) miejsce i okres hospitalizacji, rozpoznanie ostateczne oraz — jeżeli zachodzi taka potrzeba — opinię o zdolności osadzonego do transportu.

2. Więzienny zakład opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad kobietą ciężarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera dane i informacje:

- 1) identyfikujące więzienny zakład opieki zdrowotnej, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 1,
- 2) identyfikujące osadzoną, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 2,
- 3) identyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3,

- 4) o ogólnym stanie zdrowia, w tym co najmniej:
- grupę krwi,
 - datę ostatniej miesiączki,
 - przybliżony termin porodu,
 - liczbę ciąż i porodów, z uwzględnieniem sposobu ich zakończenia,
 - czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąży i porodów przebiegłych,
 - opis wyniku pierwszego badania ginekologicznego w momencie rozpoznania ciąży,
 - datę rozpoznania ciąży,
 - wyniki badań przeprowadzonych w związku z ciążą.

3. Na czas pobytu pacjenta w szpitalu do historii choroby dołącza się dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, a w szczególności karty informacyjne, opinie, zaświadczenia, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.

§ 7. Formularz historii choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:

- przyjęcia osadzonego do szpitala,
- przebiegu hospitalizacji,
- wypisania osadzonego ze szpitala.

§ 8. Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia osadzonego do szpitala, zawiera dane określone w § 3 ust. 1 pkt 1—4 oraz dodatkowo:

- numer w księdze głównej, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osadzonego do szpitala,
- numer w księdze oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osadzonego do oddziału,
- dane identyfikujące lekarza kierującego do szpitala,
- adres wraz z kodem pocztowym i numerem telefonicznym przedstawiciela ustawowego osadzonego, opiekuna lub innej osoby wskazanej przez osadzonego do otrzymania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- pisemne oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego albo osoby upoważnionej, o wyrażeniu zgody na przyjęcie do szpitala,
- datę przyjęcia osadzonego — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny w systemie 24-godzinym,
- istotne dane z badania podmiotowego i przedmiotowego przy przyjęciu osadzonego oraz z ewentualnych obserwacji lub badań dodatkowych,

- rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego.

§ 9. 1. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:

- dane uzyskane z badania podmiotowego i przedmiotowego,
- wyniki obserwacji stanu zdrowia osadzonego,
- informacje o zaleceniach lekarskich,
- wyniki badań diagnostycznych lub konsultacyjnych.

2. Ponadto w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji dokonuje się wpisów dotyczących:

- oceny stanu zdrowia w związku z zastosowaniem oraz w trakcie i po zastosowaniu środka przymusu bezpośredniego,
- dopuszczalności wymierzenia i wykonywania kary dyscyplinarnej umieszczenia w celi izolacyjnej,
- opinii o zasadności — ze względu na stan zdrowia — odroczenia, przerwania lub zmiany na inne wymierzonych lub wykonywanych kar dyscyplinarnych,
- adnotacji o zdolności albo niezdolności do transportu, czynności procesowych.

3. Wpisy w historii choroby dotyczące przebiegu hospitalizacji są dokonywane na bieżąco przez lekarza prowadzącego i okresowo kontrolowane przez ordynatora.

4. Wpisy w dokumentach dodatkowych, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1 lit. b), są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub sprawującego opiekę albo inną osobę upoważnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 10. 1. Po zakończonej hospitalizacji wypisu osadzonego dokonuje lekarz prowadzący, określając w historii choroby w szczególności:

- rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, chorób współistniejących i powikłań,
- numer statystyczny choroby zasadniczej i chorób współistniejących ustalony według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
- rodzaj zastosowanego leczenia z wymieniem wykonanych wszystkich istotnych zabiegów diagnostycznych oraz zabiegów operacyjnych, z podaniem numeru statystycznego procedury, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych,
- epikryzę,
- adnotacje o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala,

- 6) zalecenia poszpitalne, jeżeli zachodzi taka potrzeba,
- 7) datę wypisu.

2. Zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby lekarz prowadzący przedstawia do podpisu ordynatorowi oddziału.

3. Historia choroby w razie zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w ust. 1 pkt 1—4, zawiera:

- 1) datę zgonu osadzonego — ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia, godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
- 2) przyczyny zgonu i ich numery statystyczne, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

§ 11. 1. W szpitalu prowadzi się indywidualną dokumentację medyczną zewnętrzną, w której skład wchodzi:

- 1) karta informacyjna z leczenia szpitalnego, sporządzana na podstawie historii choroby, zawierająca:
 - a) rozpoznanie ostateczne,
 - b) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacyjnych,
 - c) zastosowane leczenie,
 - d) zalecenia poszpitalne, jeżeli zachodzi taka potrzeba;
- 2) dokumenty pomocnicze przeznaczone dla innych zakładów opieki zdrowotnej oraz uprawnionych organów i osób trzecich, a w szczególności opinie, orzeczenia, świadectwa lekarskie, skierowania i zlecenia.

2. Lekarz, o którym mowa w § 10 ust. 2, sporządza kartę informacyjną z leczenia szpitalnego w trzech egzemplarzach, z których:

- 1) jeden wydaje się osadzonemu,
- 2) drugi dołącza się do książki zdrowia,
- 3) trzeci dołącza się do historii choroby.

§ 12. 1. W szpitalu prowadzi się zbiorczą dokumentację medyczną, w której skład wchodzi:

- 1) księga główna szpitala, zawierająca wykaz wszystkich osadzonych przyjętych do szpitala w kolejności przyjęć w danym roku kalendarzowym, dane identyfikujące te osoby, datę przyjęcia, a także datę wypisu, przeniesienia lub zgonu,
- 2) księga chorych oddziału zawierająca dane wszystkich osadzonych przyjętych do oddziału w kolejności przyjęć w danym roku kalendarzowym, dane identyfikujące te osoby, datę przyjęcia, rozpoznanie wstępne i ostateczne, a także datę wypisu, zgonu lub datę i miejsce przeniesienia,
- 3) księga zgonów w ciągu roku kalendarzowego zawierająca wykaz wszystkich osadzonych zmarłych

w szpitalu wraz z danymi identyfikującymi te osoby, datą i przyczyną zgonu.

2. W szpitalu prowadzi się, stosownie do zakresu jego działania, pomocniczą zbiorczą dokumentację, w której skład wchodzi:

- 1) skorowidz alfabetyczny do księgi głównej szpitala zawierający alfabetyczny wykaz osadzonych przyjętych do szpitala w danym roku kalendarzowym oraz pozycje księgi głównej chorych,
- 2) książka operacyjna zawierająca ewidencję i opis zabiegów wykonanych w bloku operacyjnym,
- 3) książka gabinetu zabiegowego zawierająca ewidencję zabiegów medycznych wykonanych przez lekarza,
- 4) książka zabiegów pielęgniarskich zawierająca ewidencję zabiegów wykonanych przez pielęgniarkę,
- 5) książka pracowni fizykoterapii zawierająca ewidencję przeprowadzonych zabiegów fizykoterapeutycznych,
- 6) księgi pracowni diagnostycznych zawierające ewidencję przeprowadzonych badań diagnostycznych i ich wyników,
- 7) książki gabinetów konsultacyjnych szpitala zawierające ewidencję przeprowadzonych konsultacji,
- 8) książka przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych.

3. Dokumentacja medyczna, określona w ust. 2 pkt 2—7, zawiera ponadto wpisy kolejnej pozycji książki w danym roku kalendarzowym, datę sporządzenia wpisu oraz dane identyfikacyjne osadzonego, lekarza zlecającego, a także dane identyfikujące i podpisy osób wykonujących zabieg (badanie).

§ 13. W szpitalu sporządza się sprawozdawczą zbiorczą dokumentację medyczną składającą się ze:

- 1) sprawozdawczości wewnętrznej szpitala, którą stanowią sporządzane codziennie:
 - a) raport o ruchu osadzonych składany dyrektorowi szpitala przez lekarza dyżurnego szpitala,
 - b) księga raportów pielęgniarskich zawierająca meldunki sporządzane przez pielęgniarki dyżurne z przeznaczeniem dla ordynatora oddziału,
 - c) księga raportów lekarskich z pełnionego dyżuru w oddziale szpitalnym;
- 2) sprawozdawczości zewnętrznej szpitala, którą stanowią:
 - a) karta statystyczna chorych leczonych w szpitalu sporządzana na bieżąco przy każdym wypisie (zgonie) pacjenta i przekazywana raz w miesiącu do wskazanego ośrodka obliczeniowego,
 - b) sprawozdanie szpitala sporządzane raz w roku przez dyrektora szpitala z przeznaczeniem dla

naczelnego lekarza więziennictwa i naczelnego lekarza okręgowego inspektoratu Służby Więziennej.

Rozdział 3

Dokumentacja medyczna ambulatorium z izbą chorych, gabinetu stomatologicznego, pracowni protetycznej, pracowni diagnostycznej

§ 14. Ambulatorium prowadzi indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną, w której skład wchodzi:

- 1) książka zdrowia osadzonego, w której dokonuje się wpisów dotyczących:
 - a) badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, leczenia ambulatoryjnego — wyniki badania podmiotowego i przedmiotowego, badań dodatkowych, rozpoznanie, zalecenia diagnostyczne lub lecznicze, wydane protezy, środki pomocnicze związane z niepełnosprawnością oraz okulary,
 - b) czasu pobytu, rozpoznania ostatecznego oraz zaleceń związanych z pobytem w izbie chorych,
 - c) leczenia stomatologicznego — rozpoznanie, zastosowane leczenie i zalecenia diagnostyczne lub lecznicze,
 - d) sytuacji określonych w § 9 ust. 2,
 - e) innych informacji istotnych dla zachowania ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego,
- 2) karta gorączkowa w przypadku leczenia w izbie chorych, którą dołącza się po zakończeniu pobytu w izbie chorych do książki zdrowia,
- 3) karta przebiegu ciąży, zgodnie z § 6 ust. 2, którą dołącza się do książki zdrowia.

§ 15. W ambulatorium prowadzi się, stosownie do zakresu jego działania, zbiorczą dokumentację medyczną, w której skład wchodzi:

- 1) księga ambulatorium, w której odnotowuje się kolejną pozycję księgi w danym roku kalendarzowym, datę przyjęcia, dane identyfikacyjne osadzonego, rozpoznanie ustalone lub podejrzane oraz ordynacje diagnostyczne lub lecznicze,
- 2) księga gabinetu stomatologicznego zawierająca dane jak w pkt 1,
- 3) księga pracowni protetyki stomatologicznej zawierająca ewidencję wykonanych protez lub napraw protez uzębienia,
- 4) księgi pracowni diagnostycznych zawierające ewidencję wykonanych badań oraz ich wyniki,
- 5) książka konsultacji i badań specjalistycznych zawierająca dane identyfikacyjne osadzonego, datę skierowania na konsultację (badanie), datę przeprowadzenia konsultacji (badania), zalecenia diagnostyczne, lecznicze lub wynik badania (jeśli nie zostały wpisane do książki zdrowia),

6) książka leczonych w izbie chorych zawierająca dane identyfikacyjne osadzonego skierowanego do izby chorych, datę umieszczenia i wypisania osadzonego z izby chorych, liczbę dni, przez jakie osadzony przebywał w izbie chorych, rozpoznanie ostateczne,

7) książka zabiegów pielęgniarских zawierająca ewidencję zabiegów wykonanych przez pielęgniarki,

8) księga raportów pielęgniarских zawierająca meldunki sporządzone przez pielęgniarki dyżurne z przeznaczeniem dla kierownika więziennego zakładu opieki zdrowotnej.

Rozdział 4

Świadectwa lekarskie

§ 16. 1. Lekarz przy sporządzaniu świadectwa lekarskiego wykorzystuje dostępną dokumentację medyczną dotyczącą osadzonego.

2. Świadectwo, o którym mowa w ust. 1, sporządza się w trzech egzemplarzach. Jeden przesyła się zgodnie z przeznaczeniem, drugi dołącza do książki zdrowia, trzeci pozostaje w więziennym zakładzie opieki zdrowotnej, w którym świadectwo sporządzono.

3. Więzienny zakład opieki zdrowotnej prowadzi ewidencję świadectw, o których mowa w ust. 1.

§ 17. Kierownik więziennego zakładu opieki zdrowotnej określa komórki organizacyjne podległego mu zakładu opieki zdrowotnej prowadzące poszczególne rodzaje dokumentacji, o której mowa w rozdziałach 2—4.

Rozdział 5

Przechowywanie dokumentacji medycznej

§ 18. 1. Dokumentację medyczną przechowuje oraz zabezpiecza przed zniszczeniem, utratą lub ujawnieniem jednostka organizacyjna więziennej służby zdrowia, do której dokumentacja należy.

2. Zakłady opieki zdrowotnej, organy i osoby, którym przekazano indywidualną dokumentację medyczną zewnętrzną dla nich przeznaczoną lub sprawozdawczą zbiorczą dokumentację medyczną albo wyciągi lub odpisy z tych dokumentacji lub z indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej, przechowują i zabezpieczają otrzymane dokumenty medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

3. W razie transportu, zwolnienia lub zgonu osoby pozbawionej wolności, książkę zdrowia dołącza się do akt osobowych część „A” osadzonego w formie zachowującej tajemnicę zawodową i służbową.

4. Zakończoną dokumentację medyczną traktuje się jako dokument zawierający wiadomości stanowiące tajemnicę zawodową i służbową.

§ 19. Likwidowany (przekształcony) więzienny zakład opieki zdrowotnej przekazuje dokumentację me-

dyczną jednostce przejmującej jego zadania lub archiwum Służby Więziennej wskazanemu przez organ, który dokonał likwidacji (przekształcenia).

§ 20. Czas przechowywania dokumentacji medycznej wynosi:

- 1) 30 lat — dla książki zdrowia,
- 2) 25 lat — dla księgi zgonów,
- 3) 20 lat — dla księgi głównej szpitala,
- 4) 10 lat — dla księgi chorych oddziału, książki operacyjnej, książki leczonych w izbie chorych, historii choroby, zdjęć rentgenowskich,
- 5) 5 lat — dla księgi ambulatorium, księgi gabinetu stomatologicznego, księgi pracowni protetyki stomatologicznej, księgi pracowni diagnostycznej, książki gabinetu zabiegowego, książki pracowni fizykoterapii, książki gabinetu konsultacyjnego, książki zabiegów pielęgniarskich, księgi raportów pielęgniarskich, księgi raportów lekarskich, świadectw lekarskich.

Rozdział 6

Udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 21. 1. Indywidualna dokumentacja medyczna wewnętrzna i zbiorcza dokumentacja medyczna należy do więziennego zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego te dokumentacje.

2. Indywidualna dokumentacja medyczna zewnętrzna, sprawozdawcza zbiorcza dokumentacja medyczna, a także wyciągi i odpisy z indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej i zbiorczej dokumentacji medycznej, przekazane właściwym zakładom opieki zdrowotnej, organom lub osobom, należą do podmiotów, które je otrzymały.

§ 22. 1. W przypadkach określonych w art. 18 ust. 3 pkt 1 ustawy indywidualną dokumentację medyczną wewnętrzną oraz zbiorczą dokumentację medyczną udostępnia się do wglądu lub w celu wykonania odpisu na miejscu w więziennym zakładzie opieki zdrowotnej, za pośrednictwem i w obecności kierownika więziennego zakładu opieki zdrowotnej lub wyznaczonej przez niego osoby.

2. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić w sposób przystępny treść zapisów zawartych w dokumentacji medycznej.

3. Osadzony, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny albo osoba upoważniona przez osadzonego może otrzymać odpłatnie, na swój pisemny wniosek, kserokopie lub wyciągi z bieżącej i archiwalnej indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej i zbiorczej dokumentacji medycznej.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, powinien zawierać szczegółowe określenie zakresu informacji podlegających skopiowaniu.

§ 23. 1. Udostępnienie indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej i zbiorczej dokumentacji medycznej, w przypadkach określonych w art. 18 ust. 3 pkt 2—6 i ust. 4 ustawy, następuje na podstawie decyzji dyrektora zakładu karnego lub aresztu śledczego, w uzgodnieniu z kierownikiem więziennego zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego tę dokumentację.

2. Jeżeli dokumentacja medyczna lub jej elementy są niezbędne do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w ich udostępnieniu mogłaby narazić osadzonego na szkodę, decyzję o udostępnieniu tej dokumentacji innemu zakładowi opieki zdrowotnej, lekarzowi lub osobie, o której mowa w § 22 ust. 3, może podjąć ordynator, lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny.

3. Dokumentację udostępnia się na zewnątrz w formie kopii, wyciągów bądź odpisów, chyba że uprawniony organ żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji. W razie wydawania oryginałów dokumentacji pozostawia się odpis danych istotnych dla zachowania ciągłości postępowania diagnostyczno-leczniczego, chyba że zwłoka w ich wydaniu mogłaby narazić osadzonego na szkodę.

4. Koszty udostępnienia dokumentacji organom lub podmiotom określonym w art. 18 ust. 3 pkt 2—6 i ust. 4 ustawy ponoszą te organy lub pomioty, jeśli odrębne przepisy nie stanowią inaczej.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, udostępnianie dokumentacji medycznej może odbywać się za pośrednictwem:

- 1) upoważnionego pracownika lub funkcjonariusza więziennego zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego tę dokumentację,
- 2) poczty służbowej lub innej poczty,
- 3) technicznych środków łączności, jeśli dokumentacja w trakcie transmisji jest zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych.

§ 24. 1. W przypadkach, o których mowa w § 23 ust. 2, w dokumentacji medycznej prowadzonej przez więzienny zakład opieki zdrowotnej dokonuje się zapisu o ich sporządzeniu i przekazaniu.

2. W przypadkach, o których mowa w § 22 ust. 1 i 3 oraz § 23 ust. 2, w dokumentacji medycznej prowadzonej przez więzienny zakład opieki zdrowotnej dokonuje się wpisu odpowiednio o jej udostępnieniu albo o wydaniu z niej wyciągu lub kserokopii.

Rozdział 7

Przepisy przejściowe i końcowe

§ 25. Do czasu wyczerpania dotychczasowych druków i formularzy stosuje się je z uwzględnieniem zmian i uzupełnień wynikających z rozporządzenia.

§ 26. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 60 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Sprawiedliwości: *B. Piwnik*

v

Ocena sanitarno-epidemiologiczna:.....
.....
Wzrost: cm Waga: kg RR:mm Hg

Zostałem zapoznany z problematyką zakażenia wirusem HIV i wyrażam zgodę – nie wyrażam zgody* na pobranie krwi do badań na obecność wirusa HIV.

tbc () epi () żółtaczka () HIV ()

Alkohol: - abstynent / okazjonalnie / nadużywanie / potwierdzone uzależnienie *

Uwagi:

Nikotynizm: - nie pali / pali do 10 papierosów dziennie / 10–20 / 20–30 / powyżej 30 *

Uwagi:
(od kiedy?)

Narkotyki: - neguje / potwierdza *

Uwagi:

.....
(jakie? — od kiedy? — sposób przyjmowania)

* Właściwe zaznaczyć.

.....
(data i podpis pacjenta).....
(data, podpis i pieczętka pielęgniarki)

VI

Badanie podmiotowe:

operacje, hospitalizacje, leczenie przewlekłe, aktualne dolegliwości, inne

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data i podpis osadzonego

Odchylenia w badaniu przedmiotowym:

.....
.....
.....
.....

VIII

Okresowe badania stomatologiczne:

Stan uzębienia i uwagi	Data, podpis i pieczętka lekarza

XI

Opinia w związku z transportem:

<p>przed transportem</p> <p>Zdolny do transportu*: TAK NIE</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>po transporcie:</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>przed transportem</p> <p>Zdolny do transportu*: TAK NIE</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>po transporcie:</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>przed transportem</p> <p>Zdolny do transportu*: TAK NIE</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>po transporcie:</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>

* Właściwe zaznaczyć.

XII

Leczenie ambulatoryjne i w izbie chorych:

Wywiad chorobowy, stan przedmiotowy, wyniki badań dodatkowych, rozpoznanie, zalecenia, data, podpis i pieczętka lekarza

XIII

Leczenie stomatologiczne:

Rozpoznanie, zastosowane leczenie, zalecenia, data, podpis i pieczęć lekarza

XIV

Szczepienia:

data	nazwa szczepionki	uwagi	podpis

Zdolny – niezdolny* do samodzielnego udania się do miejsca zamieszkania

* Właściwe zaznaczyć obwódką.

XV

**WKŁADKA
DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO**

XVI

KSIĄŻKA ZDROWIA**OKŁADKA:**

str. 1 – I
str. 2 – IV
str. 3 – XIV
str. 4 – czysta

KOLEJNE STRONY:

str. 1 – V
str. 2 – VI
str. 3 – VII
str. 4, 5 – II
str. 6, 7 – VIII
str. 8, 9 – XI
str. 10 – IX
str. 11 – X
str. 12 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII

WKŁADKA DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO**OKŁADKA**

str. 1 – XV
str. 2, 3, 4 – czyste

KOLEJNE STRONY

str. 1 – II
str. 2 – VIII
str. 3, 4 – XI
str. 5 – IX
str. 6 – X
str. 7 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII

747**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**

z dnia 5 czerwca 2002 r.

w sprawie nadania osobowości prawnej Misjonarkom Krwi Chrystusa.

Na podstawie art. 10 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 29, poz. 154, z 1990 r. Nr 51, poz. 297, Nr 55, poz. 321 i Nr 86, poz. 504, z 1991 r. Nr 95, poz. 425 i Nr 107, poz. 459, z 1993 r. Nr 7, poz. 34, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 90, poz. 557, Nr 96, poz. 590 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 59, poz. 375, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 757 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268) zarządza się, co następuje:

§ 1. Nadaje się osobowość prawną organizacji kościelnej Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej pod nazwą Misjonarki Krwi Chrystusa, z siedzibą w Swarzewie, erygowanej przez Biskupa Chełmińskiego.

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

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji:

K. Janik