

Dr hab. Maria Kózka, prof. UJ
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
e-mail: makozka@cm-uj.krakow.pl

Kraków, dnia 30.06.2015 r.

Szanowna Pani
Mgr Maria Matusik
Przewodnicząca Rady
Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych
70-242 Szczecin
ul. Bogusławska 30

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi na prośbę skierowaną w piśmie z dnia 16.06.2015 roku (znak SIPiP/VIII-14/346/15) w sprawie prowadzenia dokumentacji zbiorczej wewnętrznej, w szczególności książki raportów i karty indywidualnej opieki pacjenta związanej z procesem pielęgnowania przedstawiam opinię w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku (z późn. zm.) w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania dokumentację medyczną stanowi: dokumentacja indywidualna i zbiorcza. Dokumentacja indywidualna wewnętrzna obejmuje między innymi kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej (§ 2.1, punkt 3 podpunkt 4), natomiast dokumentację zbiorczą stanowi między innymi księga raportów pielęgniarskich (§ 12, punkt 2 podpunkt f).

Dokumentacja indywidualna (karta opieki pielęgniarskiej) dotyczy konkretnego pacjenta korzystającego z usług medycznych wykonywanych w danym szpitalu/oddziale, natomiast dokumentacja zbiorcza odnosi się do ogółu chorych korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Zapis zamieszczony w §31 punkcie 3 przywołanego rozporządzenia wskazuje, że księga raportów pielęgniarskich zawiera: *treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a*

w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania.

Biorąc pod uwagę przywołany zapis rozporządzenia oraz prowadzenie w oddziale indywidualnej karty opieki pielęgniarskiej, w mojej opinii raport pielęgniarski powinien obejmować ogólne dane odnoszące się do danego dyżuru tj. liczba pacjentów ogółem, liczba pacjentów przyjętych z podaniem danych identyfikacyjnych pacjenta, ogólne informacje o okolicznościach przyjęcia (tryb planowy lub nagły) i podjętych działaniach oraz liczba pacjentów wypisanych, przeniesionych na inny oddział lub liczba zgonów. Ponadto w raporcie powinny być odnotowane inne ważne informacje dotyczące pacjentów leczonych w oddziale np. odmowa wykonania świadczenia zdrowotnego, zachowania agresywne ze strony pacjenta lub rodziny oraz adnotacja, że szczegółowe dane o stanie pacjenta znajdują się w jego indywidualnej dokumentacji. Jeżeli w oddziale opieka pielęgniarska realizowana jest metodą procesu pielęgnowania, która wymaga prowadzenia indywidualnej dokumentacji nie ma potrzeby zamieszczania w raporcie pielęgniarskim szczegółowych danych o każdym pacjencie leczonym w oddziale.

Jednocześnie zwracam uwagę, że dyrektor szpitala może i powinien wydać odpowiednie zarządzenie celem ujednoczenia zasad prowadzenia indywidualnej karty opieki pielęgniarskiej i raportu pielęgniarskiego.

Z wyrazami szacunku

Dr hab. Maria Kózka, prof. UJ
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa