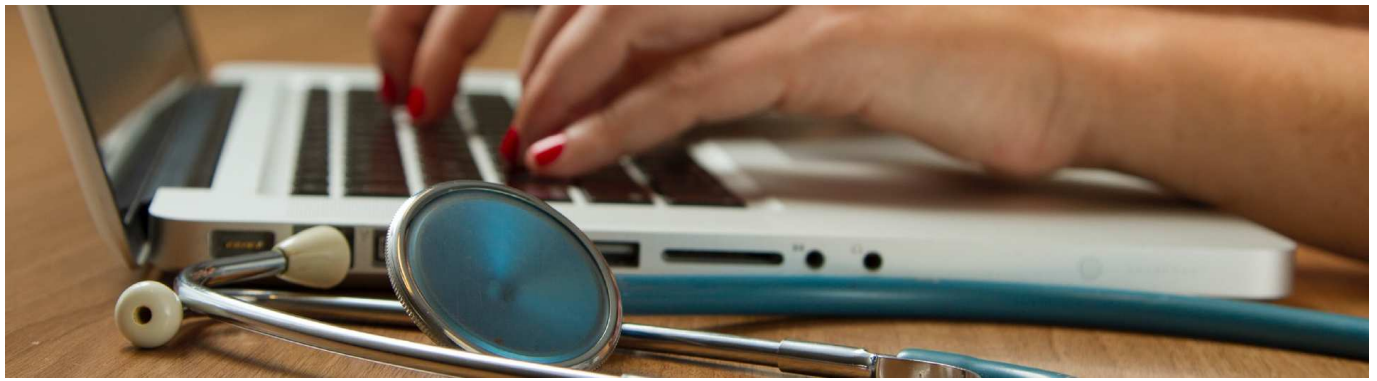
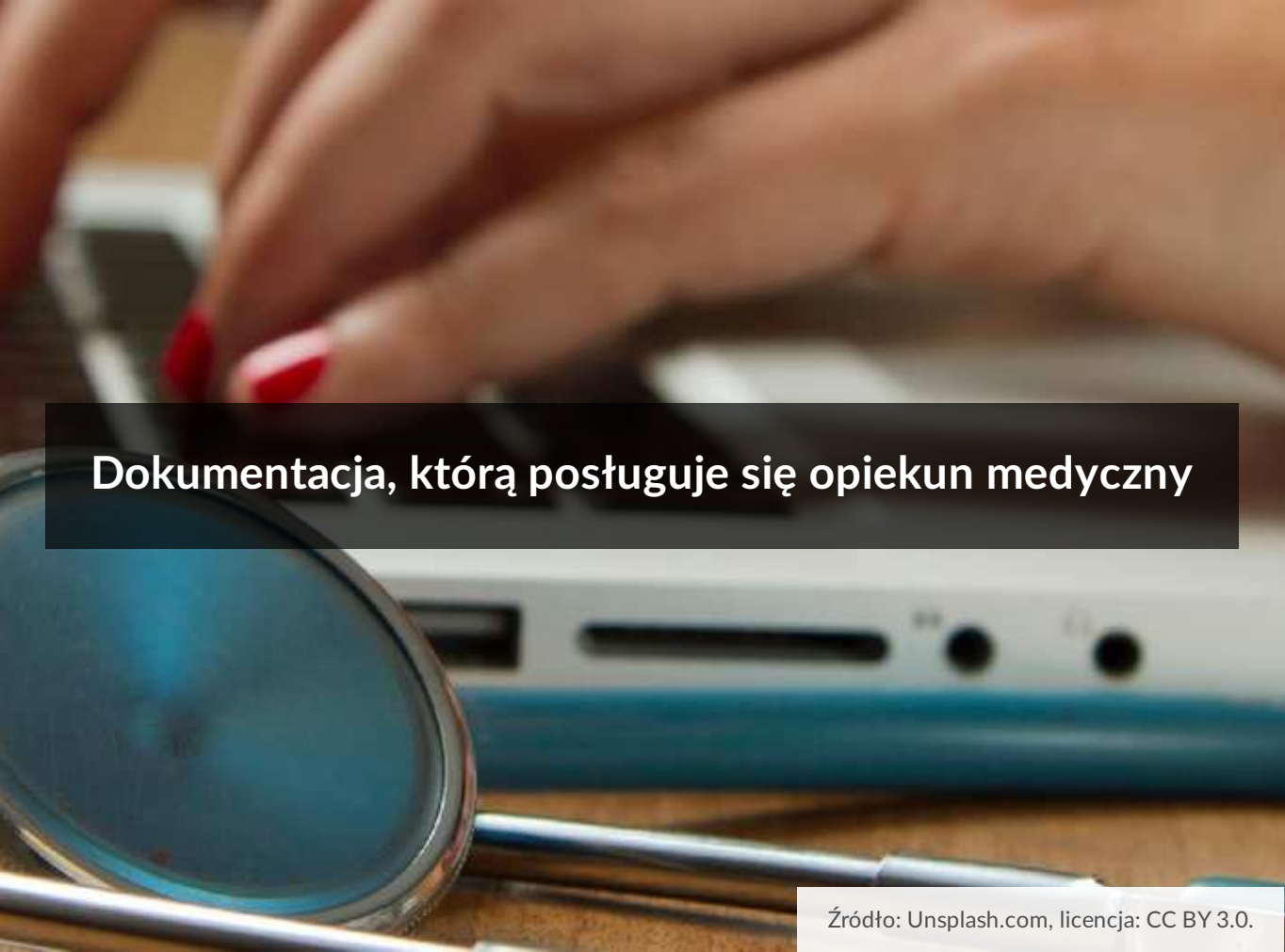




Dokumentacja, którą posługuje się opiekun medyczny

- Spis treści
- Definicja dokumentacji medycznej
- Zbieranie i przechowywanie dokumentacji medycznej
- Rodzaje dokumentacji medycznej
- Dokumentacja medyczna prowadzona przez opiekuna medycznego
- Cele i zasady prowadzenia dokumentacji medycznej
- Formularze dokumentacji medycznej prowadzonej przez opiekuna medycznego
 - Wprowadzenie do formularzy dokumentacji medycznej
 - Wywiad opiekuna medycznego
 - Plan pielęgnowania i opieki
 - Karta obserwacyjna
 - Karta zmiany pozycji ciała
 - Karta gorączkowa
- Wykaz źródeł



Dokumentacja, którą posługuje się opiekun medyczny

Źródło: Unsplash.com, licencja: CC BY 3.0.

- Definicja dokumentacji medycznej
- Zbieranie i przechowywanie dokumentacji medycznej
- Rodzaje dokumentacji medycznej
- Dokumentacja medyczna prowadzona przez opiekuna medycznego
- Cele i zasady prowadzenia dokumentacji medycznej
- Wprowadzenie do formularzy dokumentacji medycznej
- Wywiad opiekuna medycznego
- Plan pielęgnowania i opieki
- Karta obserwacyjna
- Karta zmiany pozycji ciała
- Karta gorączkowa
- Wykaz źródeł

Definicja dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna jest to chronologicznie uporządkowany zbiór informacji zawierający oprócz danych osobowych pacjenta materiały dotyczące szeroko rozumianego zdrowia i choroby oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych.

Jest to opis czynności podejmowanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych (np. przez szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, stowarzyszenie lub fundację wykonującą zadania w zakresie ochrony zdrowia, hospicjum czy osobę prowadzącą działalność gospodarczą w tym zakresie). Prowadzona jest w celu dokumentowania procesu leczenia i zachowania jego ciągłości, przedstawienia przebiegu procesu pielęgnacyjnego czy opiekuńczego.

Ze względu na charakter danych, które zawiera, podlega ona szczególnej ochronie. Każdy podmiot leczniczy, państwowy czy prywatny, jest zobowiązany zarówno do prowadzenia, jak i do przechowywania dokumentacji medycznej. Pacjent ma zawsze prawo do wglądu w swoją dokumentację oraz do jej uzyskania.

[Powrót do spisu treści](#)

Zbieranie i przechowywanie dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna powinna być przez każdy podmiot leczniczy:

- zbierana,
- prowadzona,
- gromadzona,
- przechowywana,
- udostępniana w sposób zgodny z przepisami prawa.

Dokumentacja powinna być prowadzona w postaci elektronicznej, jednakże ustawodawca dopuszcza możliwość prowadzenia jej w postaci papierowej, jeżeli warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwią tworzenie jej w postaci elektronicznej (np. brak oprogramowania, awaria systemu lub sprzętu).

W dokumentacji medycznej możemy wyróżnić:

- **dane osobowe** – czyli wszystkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby, np. imię, nazwisko, PESEL czy adres,
- **dane wrażliwe** – czyli dane szczególnie chronione, którymi są informacje o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach. Dane dotyczące stanu zdrowia są to wszelkie informacje o przeszłym, obecnym i przewidywanym stanie zdrowia fizycznego i psychicznego. Dane te podlegają szczególnej ochronie i mogą być przetwarzane tylko w wyjątkowych sytuacjach za wiedzą i zgodą osoby, której dotyczą.

Osoby wykonujące zawody medyczne, w tym również wykonujące zawód opiekuna medycznego świadczącego usługi medyczno-pielęgniacyjne i opiekuńcze osobie chorej i niesamodzielnej, są zobowiązane do prowadzenia dokumentacji dotyczącej stanu zdrowia podopiecznego, pacjenta oraz udzielonych mu świadczeń medycznych i pielęgnacyjnych. Dokumentacja powinna być w odpowiedni sposób zabezpieczona, a dostęp do niej powinny mieć tylko osoby uprawnione. Powinna być także w odpowiedni sposób zabezpieczona przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą.

[Powrót do spisu treści](#)

Rodzaje dokumentacji medycznej

Podmiot leczniczy jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji:

- **indywidualnej** – dotyczącej poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, którą możemy podzielić na:
 - dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu,
 - dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta,
- **zbiorczej** – dotyczącej ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, dzielonej na:
 - dokumentację zbiorczą wewnętrzną – prowadzoną na potrzeby podmiotu, np. księga główna przyjęć czy księga zabiegów,
 - dokumentację zbiorczą zewnętrzną – prowadzoną w celach określonych w odrębnych regulacjach prawnych, np. raporty statystyczne, informacja dla Narodowego Funduszu Zdrowia czy Państwowego Zakładu Higieny.

Dokumentacją indywidualną wewnętrzną są np.: historia zdrowia i choroby, karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa, karta obserwacji, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego, wyniki badań diagnostycznych i prowadzonej terapii wraz z opisem oraz dokumentacja określona w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

Natomiast dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią np.: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu udzielającego stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, skierowanie na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, zaświadczenie, orzeczenie, opinie oraz dokumentacje określone w innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego.

Dokumentacja medyczna powinna być prowadzona w sposób zwięzły, precyzyjny, czytelny, chronologiczny i prawidłowy. Błędnie dokonany wpis może zostać skreślony i opatrzony oznaczeniem osoby go dokonującej. Wpisy w dokumentacji powinny być prowadzone przez osoby do tego upoważnione niezwłocznie po udzieleniu świadczenia i opatrzone ich podpisem i pieczęcią. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do jej przechowywania przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia dokumentacja jest przechowywana przez okres 30 lat. Po upływie tego czasu podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do zniszczenia dokumentacji medycznej w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczy.

[Powrót do spisu treści](#)

Dokumentacja medyczna prowadzona przez opiekuna medycznego

Świadczenie usług medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej przez opiekuna medycznego musi być dokumentowane w celu zapewnienia bezpieczeństwa takiemu pacjentowi. Dokumentacja prowadzona przez opiekuna medycznego powinna potwierdzać tylko te czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz medyczne, które zostały osobiście przez niego wykonane i mają odzwierciedlenie w dokumentacji prowadzonej przez opiekuna medycznego lub w dokumentacji pielęgniarskiej dotyczącej procedur pielęgnacyjnych. W zakładach leczniczych, które są zobowiązane przepisami prawa do prowadzenia dokumentacji, opiekun medyczny uzupełnia dokumentację o informacje na temat faktycznie samodzielnie przez niego wykonywanych czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych. Natomiast prowadząc działalność zawodową w zakładach opiekuńczych lub innych, w których przebywa osoba chora i niesamodzielna, a w których nie ma obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej, powinien odnotowywać w swojej dokumentacji otrzymane zlecenia od przedstawiciela samodzielnego personelu medycznego – lekarza czy pielęgniarki – i wykonane przez siebie czynności. Daje to poczucie bezpieczeństwa zarówno osobie chorej, jak i opiekunowi medycznemu.

Opiekun medyczny może pracować w wielu miejscach, np. w szpitalach, zakładach opiekuńczo-leczniczych, prywatnych klinikach, hospicjach, domach pomocy społecznej, sanatoriach, stowarzyszeniach działających na rzecz osób chorych i niesamodzielnych, a także w domu chorego, może też świadczyć opiekę indywidualną w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Niezależnie od miejsca zatrudnienia opiekun medyczny jest zobowiązany do dokumentowania (podanie dnia i godziny) wszystkich czynności medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych wykonanych u osoby chorej, wykonywanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza lub pielęgniarki poświadczając to własnym podpisem. Można znaleźć kilka ogólnie dostępnych wzorów tego typu dokumentacji. Ponieważ każda czynność wykonywana przez opiekuna medycznego jest istotna, powtarzana codziennie i systematycznie oraz wskazuje na stan, w jakim znajduje się objęta opieką osoba chora i niesamodzielna, dokumentacja powinna być prowadzona w ustandaryzowany sposób i zabezpieczona zgodnie z przepisami prawa.

Prowadzenie dokumentacji z przebiegu leczenia i prowadzenie dokumentacji z przebiegu pielęgnacji i opieki różni się co do zasady, ponieważ oba te procesy obejmują zupełnie różne zakresy czynności. W procesie pielęgnowania i opieki opiekun medyczny gromadzi informacje nie tylko o swoim podopiecznym, ale również o jego środowisku rodzinnym oraz o jego potrzebach i możliwościach. Wszystkie zgromadzone informacje powinien

przeanalizować pod kątem przydatności i w dokumentacji powinien odnotować tylko te, które decydują o właściwym sprawowaniu opieki.

Ponieważ w praktyce pielęgnowanie jest wpisane w zakres kompetencji zawodowych pielęgniarek, prowadzenie dokumentacji będzie zależało od tego, w jakim podmiocie jest zatrudniony opiekun medyczny. Jeżeli podlega on pielęgniarce, np. w szpitalu, to uzupełnia prowadzoną przez pielęgniarki dokumentację, informując o czynnościach, które zostały mu zlecone i które samodzielnie wykonał. Natomiast jeżeli pracuje samodzielnie, czyli bez zlecenia, sam prowadzi dokumentację, w której zamieszcza informacje zebrane podczas wywiadu z osobą chorą i/lub niesamodzielną i potwierdza wszystkie wykonane czynności. Pomaga mu to poznać potrzeby zdrowotne, pielęgnacyjne i opiekuńcze chorego oraz dbać o bezpieczeństwo podopiecznego i swoje własne.

[Powrót do spisu treści](#)

Cele i zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

Cele prowadzenia dokumentacji medycznej

- Dopełnienie obowiązku wynikającego z regulacji prawnych.
- Ochrona praw pacjenta.
Przejdź do audiobooka do rozdziału: [Wykorzystanie w pracy opiekuna medycznego przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta](#).
- Gromadzenie danych, realizowanie opieki według założonego planu i w efekcie ocena skuteczności sprawowanej opieki.
- Zachowanie ciągłości leczenia, pielęgnacji i opieki.
- Źródło dowodowe w procesach sądowych.
- Podstawa do rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

- Dokumentacja musi być zakładana dla każdego pacjenta.
- Pierwsza strona powinna zawierać istotne informacje dające możliwość zidentyfikowania osoby, na rzecz której została sporządzona.
- Musi być prowadzona w sposób szczegółowy, czytelny i chronologiczny.
- Musi być podpisana, zawierać zgodę oraz upoważnienia lub adnotacje o ich braku.
- Każdy wpis lub zmiana muszą być opatrzone oznaczeniem osoby, która ich dokonuje, oraz datą ich dokonania.
- Wpisy powinny być dokonywane niezwłocznie po udzieleniu konkretnego świadczenia.

Co powinna zawierać dokumentacja medyczna

- Informacje pozwalające na zidentyfikowanie pacjenta: imię i nazwisko, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres zamieszkania, PESEL.
- W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub małoletniej imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna prawnego.
- Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń.
- Opis stanu zdrowia oraz udzielonych świadczeń.
- Datę sporządzenia dokumentacji oraz podpis osoby, która ją sporządziła.
- Wyrażenie zgody na udzielenie świadczeń lub objęcie opieką.

Kto ma dostęp do dokumentacji medycznej

- Pacjent, jego przedstawiciel ustawowy bądź opiekun prawny.
- Osoba upoważniona przez pacjenta.
- Upoważniony organ na mocy przepisów prawa.
- Inny podmiot w celu zapewnienia ciągłości leczenia bądź opieki.
- Szkoła, uczelnia wyższa w niezbędnym zakresie (bez dostępu do danych – osobowych).

Błędy w dokumentacji nie mogą być zmazywane ani usuwane, mogą być tylko opatrzone adnotacją „błąd” wraz z oznaczeniem osoby dokonującej wpisu oraz datą.

Pacjent nie ma prawa dokonywać samodzielnie żadnych zmian w dokumentacji!

Tajemnica zawodowa

Tajemnica zawodowa, najprościej mówiąc, jest to informacja pozyskana w wyniku wykonywania zawodu, której brak uniemożliwia pełnienie w sposób prawidłowy obowiązków zawodowych. Tajemnicą objęte są dane osobowe zwykłe i wrażliwe, w tym bardzo istotne dla opiekuna medycznego informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby pacjenta, zarówno te od niego usłyszane, jak i te odnotowane w dokumentacji medycznej. Ujawnianie i rozpowszechnianie informacji objętych tajemnicą osobom nieupoważnionym jest zakazane i podlega odpowiedzialności prawnej i zawodowej. Tajemnica zawodowa jest nieograniczona w czasie, a w wyjątkowych sytuacjach zwolnienia od jej dochowania mogą być przewidziane w regulacjach prawnych.

[Powrót do spisu treści](#)

Wprowadzenie do formularzy dokumentacji medycznej

W tym rozdziale przedstawiono wzory formularzy dokumentacji medycznej, którymi w swojej codziennej pracy zawodowej posługuje się opiekun medyczny. Niestety nie są opracowane ustandaryzowane dokumenty, można jednak znaleźć kilka przykładowych formularzy w Internecie. W kolejnych częściach e-booka zaprezentowano dostępne wzory dokumentacji, które w niewielkim stopniu zmodyfikowano.

[Powrót do spisu treści](#)

Wywiad opiekuna medycznego

Wywiad opiekuna medycznego – celem wywiadu jest uzyskanie możliwie jak najwięcej informacji na temat zdrowia i funkcjonowania chorego przez osobę sprawującą nad nim opiekę. Dane te, zebrane już podczas pierwszego kontaktu, służą do ustalenia deficytów chorego, jego potrzeb i możliwości. Uzyskane informacje odnotowuje się w formularzu wywiadu. Zapoznanie się ze zgromadzonymi informacjami jest niezbędne do planowania, organizowania i sprawowania profesjonalnej opieki nad chorym.

Wywiad opiekuna medycznego

Wywiad opiekuna medycznego

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 627.82 KB w języku polskim

Wywiad opiekuna medycznego - przykład

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 677.67 KB w języku polskim

Interview of a personal support worker (wywiad opiekuna medycznego w języku angielskim)

Pflegeanamnese (wywiad opiekuna medycznego w języku niemieckim)

[Powrót do spisu treści](#)

Plan pielęgnowania i opieki

W karcie indywidualnych czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych odnotowuje się wszystkie wykonane przy chorym czynności (np. zmiana bielizny, toaleta, czesanie, oklepywanie, sianie łóżka czy pomoc przy ubieraniu), podając godzinę ich wykonania oraz potwierdzając ten fakt własnym podpisem.

Karta indywidualna czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych

Karta indywidualna czynności pielęgnacyjnych

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 540.83 KB w języku polskim

Karta indywidualna czynności pielęgnacyjnych - przykład

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 582.10 KB w języku polskim

Individual card nursing and care activities (karta indywidualna czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych w języku angielskim)

Pflegeprotokoll (karta indywidualna czynności pielęgnacyjnych i opiekuńczych w języku niemieckim)

[Powrót do spisu treści](#)

Karta obserwacyjna

Karta pomiarów, w której odnotowuje się wszystkie wykonane pomiary (np. temperatura, tętno, ciśnienie czy masa ciała) u chorego w danym dniu, podając godzinę oraz potwierdzając to własnoręcznym podpisem.

Karta obserwacyjna

Karta obserwacyjna

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 392.78 KB w języku polskim

Karta obserwacyjna - przykład

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 508.72 KB w języku polskim

Patient observation card (karta obserwacyjna w języku angielskim)

Krankenbeobachtung (karta obserwacyjna w języku niemieckim)

[Powrót do spisu treści](#)

Karta zmiany pozycji ciała

Celem zmiany ułożenia pozycji ciała jest zapewnienie choremu komfortu oraz przeciwdziałanie przedłużonemu uciskowi na tkanki, co w efekcie ma np. zapobiegać rozwojowi odleżyn, łagodzić dolegliwości bólowe, wspomagać krążenie czy oddychanie, tworzyć dogodne warunki do rehabilitacji i ćwiczeń, a także zachęcać do komunikacji z otoczeniem. Każda zmiana pozycji ciała powinna być odnotowana w karcie wraz z podaniem dokładnej godziny, rodzaju pozycji czy ewentualnie zastosowanych udogodnień. Pozycja ciała chorego powinna być zmieniana co 2–3 godziny; zapisywanie tego faktu w karcie jest pomocne dla personelu, ponieważ obrazuje, kiedy i na jaką pozycję była ona zmieniana u danego pacjenta.

Karta zmiany pozycji ciała

Karta zmiany pozycji ciała

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 589.93 KB w języku polskim

Karta zmiany pozycji ciała - przykład

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 615.04 KB w języku polskim

Repositioning card (karta zmiany pozycji ciała w języku angielskim)

Positionierungsprotokoll (karta zmiany pozycji ciała w języku niemieckim)

[Powrót do spisu treści](#)

Karta gorączkowa

Karta gorączkowa jest to karta, w której zapisuje się wyniki przeprowadzonych pomiarów tętna oraz temperatury ciała. Pomiary te zapisuje się w postaci graficznej, tworząc krzywą poprzez zaznaczenie odpowiedniej wartości pomiaru. Wyniki pomiarów warto zaznaczać innym kolorem.

Karta gorączkowa

Karta gorączkowa

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 481.99 KB w języku polskim

Karta gorączkowa - przykład

Źródło: Zespół autorski Politechniki Łódzkiej i Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, licencja: CC BY-SA 3.0.

Plik o rozmiarze 161.19 KB w języku polskim

Fiver card (karta gorączkowa w języku angielskim)

Körpertemperaturmessung (karta gorączkowa w języku niemieckim)

[Powrót do spisu treści](#)

Wykaz źródeł

- Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 (dostęp 04.11.2021 r.).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (z późn. zm) Dz.U.2020, poz. 666 (dostęp 04.11.2021 r.).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dostęp 04.11.2021 r.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (DZ. U. U. E. 4.5.2016, L 119/1) (dostęp 04.11.2021 r.).

[Powrót do spisu treści](#)