



ZASADY ZABEZPIECZANIA
DOKUMENTACJI
MEDYCZNEJ

WYDANIE: II

ZI 3.1
PZJ -7.1.4

DATA: 14.03.2017


Nr egzemplarza:

STRONA: 1 z 4

Zasady zabezpieczania dokumentacji medycznej

Wydanie wg standardów akredytacyjnych oraz normy PN-EN ISO 9001 – 2015	ZI 3.1 Pkt. 7.1.4	Wydanie: II
Egzemplarz przeznaczony dla:	Numer dokumentu:	ZI 3.1 Pkt. 7.1.4

Imię i nazwisko		Stanowisko	Data	Podpis
Opracował	Izabela Felinczak	Kierownik Działu Zintegrowanych Systemów Jakości	14.03.2017	Kierownik Działu Zintegrowanych Systemów Jakości <i>Izabela Felinczak</i> mgr Izabela Felinczak
Zatwierdził	Ryszard Jadach	Dyrektor Zarządzający	14.03.2017	DYREKTOR ZARZĄDZAJĄCY <i>Ryszard Jadach</i>

	<p style="text-align: center;">ZASADY ZABEZPIECZANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</p>	WYDANIE: II	ZI 3.1 PZJ -7.1.4
		DATA: 14.03.2017	
		Nr egzemplarza:	
		STRONA: 2 z 4	

1. CEL:

Celem niniejszego standardu jest efektywne zarządzanie dokumentacją medyczną oraz jej bezpieczne przechowywanie w „MEDINET” Sp. z o.o.

2. ZAKRES OBOWIĄZYWANIA:


Niniejszy standard postępowania obowiązuje wszystkich mających kontakt z dokumentacją medyczną pracowników Szpitala bez względu na formę zatrudnienia.

3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ:


1. Prezes
2. Dyrektor Zarządzający
3. Archiwista
4. Pozostały personel medyczny
5. Personel administracyjny.

4. TRYB POSTĘPOWANIA:

1. Dokumentacja medyczna pacjenta przechowywana w oddziałach, gabinetach, dyżurkach musi być zabezpieczona przed utratą, zniszczeniem lub dostępem osób nieupoważnionych.
2. Dokumentacja medyczna w Punkcie Przyjęć w postaci indywidualnej historii choroby jest tworzona przy pacjencie w systemie KAMSOFT. Indywidualna historia choroby wraz z pacjentem jest przekazywana do Oddziału. Przekazując indywidualną historię choroby Pielęgniarka Punktu Przyjęć zwraca szczególną uwagę aby zapisy zawarte w indywidualnej historii choroby nie naruszały zasad ochrony danych osobowych oraz aby dokumentacja ta nie została zagubiona czy uszkodzona.
3. W przypadku zbiorczej dokumentacji medycznej należy przestrzegać zasady, że dokumentacja nigdy nie pozostaje bez nadzoru.
4. Dokumentacja medyczna w oddziale, czy to w postaci indywidualnych historii chorób, czy też w postaci zbiorczej dokumentacji medycznej nie może być pozostawiona bez nadzoru. W dyżurkach lekarskich, pielęgniarskich, bądź w sekretariacie medycznym dokumentacja medyczna jest zawsze zabezpieczona przed dostępem do niej osób trzecich.

	<p>ZASADY ZABEZPIECZANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</p>	WYDANIE: II	ZI 3.1 PZJ -7.1.4
		DATA: 14.03.2017	
		Nr egzemplarza:	
		STRONA: 3 z 4	

5. Nie należy pozostawiać wyników badań, kart zleceń lekarskich i innych dokumentów przy łóżku chorego.
6. Niedopuszczalne jest pozostawianie indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej w miejscach gdzie mogą przebywać pacjenci, ich rodziny i inne osoby postronne.
7. Pomieszczenia, w których znajduje się dokumentacja medyczna nie mogą pozostawać bez nadzoru. Po wyjściu personelu z pomieszczenia należy zamknąć drzwi na klucz.
8. Indywidualne historie chorób pacjentów muszą być zawsze dostępne dla personelu medycznego biorącego udział w procesie leczenia pacjenta. Należy pamiętać, że do dyżurek lekarskich i pielęgniarskich również zapraszane są pacjenci dlatego też, dokumentacja medyczna na której aktualnie wykonywana jest praca powinna być położona w sposób uniemożliwiający jej przeglądanie przez osoby nieupoważnione.
9. Nie wolno przypinać do tablic, żadnych wyników badań, opinii, konsultacji itp. Należy je jak najszybciej dołożyć do historii choroby pacjenta.
10. W przypadku dokumentacji medycznej w poradni lekarz po przeprowadzonej poradzie powinien oddać dokumentację medyczną do rejestracji lub zabezpieczyć ją w taki sposób aby uniemożliwić dostęp do niej osobom trzecim (nieupoważnionym).
11. Po zakończeniu pracy lekarz powinien jak najszybciej oddać kompletną dokumentację medyczną do rejestracji.
12. Z chwilą oddania dokumentacji medycznej, pracownik rejestracji niezwłocznie chowa ją do zamykanych szaf w zamykanym pomieszczeniu.
13. Nie wolno pozostawiać dokumentacji bez zabezpieczenia w poradni.
14. W przypadku pracy administracyjnej z indywidualną historią choroby personel ma obowiązek każdorazowego zabezpieczenia dokumentacji w przypadku opuszczenia pomieszczenia i zamknięcia szafy i tego pomieszczenia na klucz.

	<p style="text-align: center;">ZASADY ZABEZPIECZANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ</p>	WYDANIE: II	ZI 3.1 PZJ -7.1.4
		DATA: 14.03.2017	
		Nr egzemplarza:	
		STRONA: 4 z 4	

15. W przypadku pracy z dokumentacją medyczną, kiedy personel administracji przyjmuje klienta należy schować dokumentację medyczną lub zabezpieczyć, odwrócić ją w tak sposób aby uniemożliwić przeczytanie treści tej dokumentacji.
16. Po zakończonym dniu pracy w przypadku personelu administracyjnego należy w przypadku zakończonej dokumentacji medycznej, przekazać ją do archiwum, a w przypadku dokumentacji na której będzie jeszcze odbywała się praca należy zabezpieczyć przed dostępem osób trzecich. Należy również zamknąć pomieszczenie na klucz.
17. W przypadku kiedy dokumentacja medyczna zostanie zniszczona lub uszkodzona należy niezwłocznie odtworzyć dokumentację medyczną.
18. W czasie pracy z dokumentacją medyczną nie wolno spożywać posiłków i pić napojów.
19. Każda osoba pracująca z dokumentacją medyczną ma obowiązek dbania o jej stan.
20. Każda osoba pracująca z elektroniczną dokumentacją medyczną zobowiązana jest do zachowania zasady czystego biurka i czystego ekranu.