

**903****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 30 lipca 2001 r.

**w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania.**

Na podstawie art. 41 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 60, poz. 698, Nr 94, poz. 1037 i Nr 120, poz. 1268) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa rodzaje, sposób prowadzenia oraz szczegółowe warunki udostępniania indywidualnej dokumentacji medycznej przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych poza zakładami opieki zdrowotnej.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, prowadzi również inną dokumentację medyczną w zakresie wynikającym z odrębnych przepisów.

§ 2. 1. Indywidualną dokumentację medyczną, zwaną dalej „dokumentacją”, stanowią zbiory dokumentów medycznych, zawierających dane i informacje medyczne, dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. Dokumentem medycznym, o którym mowa w ust. 1, jest każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji, który zawiera co najmniej:

- 1) oznaczenie pacjenta, którego stanu zdrowia lub udzielanych świadczeń zdrowotnych dokument dotyczy, pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
- 2) oznaczenie lekarza, który sporządził dokument,
- 3) dane odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 4) datę sporządzenia.

§ 3. Dokumentacja jest prowadzona, w odniesieniu do każdego pacjenta, w formie pisemnej.

§ 4. 1. Dokumentację dzieli się na dokumentację wewnętrzną, przeznaczoną dla lekarza, oraz dokumentację zewnętrzną, przeznaczoną dla pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza.

2. Dokumentacją wewnętrzną jest historia zdrowia i choroby.

3. Dokumentacją zewnętrzną są: skierowania do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej, skierowania na badania diagnostyczne i konsultacje, karta przebiegu ciąży, zaświadczenia, orzeczenia i opinie lekarskie oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu.

§ 5. Dokumentacja może być również sporządzana i utrwalana 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) sporządzania zbioru informacji w zakresie pozwalającym na prowadzenie dokumentacji w formie pisemnej,
- 5) sporządzania i przechowywania podpisanych przez lekarza wydruków.

§ 6. Historię zdrowia i choroby zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

§ 7. Lekarz dokonuje w dokumentacji wewnętrznej wpisu o wydaniu dokumentacji zewnętrznej lub załącza jej kopie.

§ 8. 1. Lekarz włącza do prowadzonej dokumentacji wewnętrznej kopie przedstawionych przez pacjenta dokumentów medycznych lub odnotowuje zawarte w nich informacje istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.

2. Dokument medyczny włączony do dokumentacji wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

§ 9. 1. Historia zdrowia i choroby zawiera pogrupowane dane i informacje:

- 1) identyfikujące pacjenta:
  - a) nazwisko i imię (imiona),
  - b) datę urodzenia,
  - c) oznaczenie płci,
  - d) adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu,
  - e) numer PESEL — jeżeli został nadany, a w przypadku noworodka — numer PESEL matki,
- 2) indentyfikujące lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego:
  - a) nazwisko i imię,
  - b) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku lekarza wykonującego zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej

praktyki lekarskiej — również numer wpisu do rejestru, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską,

c) podpis lekarza,

- 3) o ogólnym stanie zdrowia i istotnych chorobach oraz problemach medycznych pacjenta,
- 4) o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych,
- 5) ocenę środowiskową, z zastrzeżeniem ust. 5.

2. Część historii zdrowia i choroby dotycząca ogólnego stanu zdrowia i istotnych chorób oraz problemów medycznych zawiera informacje o:

- 1) przebytych poważnych chorobach,
- 2) chorobach przewlekłych,
- 3) pobytach w szpitalu,
- 4) zabiegach chirurgicznych,
- 5) szczepieniach i stosowanych surowicach,
- 6) uczuleniach,
- 7) obciążeniach dziedzicznych.

3. Część historii zdrowia i choroby dotycząca porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych zawiera:

- 1) datę porady ambulatoryjnej lub wizyty domowej,
- 2) dane z wywiadu i badania przedmiotowego,
- 3) informację o zleconych badaniach diagnostycznych lub konsultacjach,
- 4) adnotacje o zleconych zabiegach, przepisanych lekach lub materiałach medycznych,
- 5) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji,
- 6) opis udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- 7) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu,
- 8) adnotacje o orzeczonym okresie czasowej niezdolności do pracy,
- 9) dane indentyfikujące lekarza zgodnie z ust. 1 pkt 2.

4. Część historii zdrowia i choroby dotycząca oceny środowiskowej zawiera informacje uzyskane na podstawie wywiadu, w tym:

- 1) zawód wykonywany oraz zagrożenia w środowisku pracy, orzeczenie o zaliczeniu do stopnia niepełnosprawności albo inne orzeczenie traktowane na równi z tym orzeczeniem,
- 2) zagrożenia zdrowia w miejscu zamieszkania.

5. Informacje wymienione w ust. 4 są wpisywane do dokumentacji, jeżeli mają znaczenie dla oceny stanu zdrowia pacjenta.

§ 10. Lekarz kierujący na badanie lub konsultację przekazuje lekarzowi lub zakładowi opieki zdrowotnej, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z historii zdrowia i choroby pacjenta, niezbędne do przeprowadzenia tego badania lub konsultacji.

§ 11. Lekarz lub zakład opieki zdrowotnej, przeprowadzający badanie lub konsultację na zlecenie lekarza kierującego, przekazuje mu pełne dane o wynikach tych badań lub konsultacji, wraz z rozpoznaniem choroby.

§ 12. Lekarz sprawujący stałą opiekę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nad dzieckiem odnotowuje w dokumentacji wewnętrznej czynności, które wykonano w ramach odrębnych przepisów w zakresie opieki nad dzieckiem.

§ 13. 1. Lekarz sprawujący opiekę nad kobietą ciążarną prowadzi kartę przebiegu ciąży, która zawiera pogrupowane dane i informacje:

- 1) identyfikujące:
  - a) kobietę w ciąży, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 1,
  - b) lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych, zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2,
- 2) o ogólnym stanie zdrowia,
- 3) o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych.

2. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o ogólnym stanie zdrowia, lekarz dokonuje wpisów zgodnie z § 9 ust. 2 oraz dodatkowo zamieszcza:

- 1) grupę krwi,
- 2) datę ostatniej miesiączki,
- 3) przybliżony termin porodu,
- 4) masę ciała przed ciążą lub w momencie rozpoznania ciąży,
- 5) wzrost,
- 6) liczbę ciąż i porodów, z uwzględnieniem sposobu ich zakończenia,
- 7) czynniki ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu, z uwzględnieniem powikłań ciąż i porodów przebiegających,
- 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 zajściem w ciążę.

3. W części karty przebiegu ciąży, zawierającej informacje o poradach ambulatoryjnych lub wizytach domowych, lekarz dokonuje wpisów, zgodnie z § 9

ust. 3, oraz wpisuje dodatkowo ocenę czynników ryzyka dla przebiegu ciąży i porodu.

§ 14. 1. Dokumentację należy prowadzić czytelnie.

2. Kolejne wpisy sporządza się w porządku chronologicznym, zaznaczając koniec każdego wpisu.

3. Każdy wpis do dokumentacji musi być opatrzony datą wpisu oraz podpisem lekarza.

4. Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeśli został dokonany błędnie, powinien być skreślony oraz opatrzony datą skreślenia i podpisem lekarza.

5. Każdą stronę dokumentacji indywidualnej oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta.

§ 15. 1. Dokumentacja wewnętrzna jest przechowywana u lekarza, który sporządził dokumentację.

2. Dokumentacja zewnętrzna, w postaci zleceń lub skierowań, pozostaje u lekarza, który zrealizował zlecane świadczenie zdrowotne.

3. Dokumentacja jest przechowywana w sposób zapewniający jej poufność, zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych oraz przed zniszczeniem lub zagubieniem.

§ 16. Przechowywana dokumentacja musi być skatalogowana tak, aby umożliwić szybkie z niej korzystanie.

§ 17. 1. Dokumentację przechowuje się przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, dokumentację przechowuje się przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon.

3. W przypadku zaprzestania wykonywania zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej, kopia dokumentacji może zostać wydana na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci — osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu, za pokwitowaniem; o możliwości wydania dokumentacji lekarz jest obowiązany poinformować pacjenta albo te osoby.

4. Po upływie okresów wymienionych w ust. 1 i 2 dokumentację niszczy się, z zastrzeżeniem ust. 5, w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

5. Dokumentacja przewidziana do zniszczenia może zostać wydana na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta, a w razie jego śmierci — osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji w przy-

padku jego zgonu, za pokwitowaniem; o możliwości wydania dokumentacji lekarz jest obowiązany poinformować pacjenta albo te osoby.

§ 18. 1. Lekarz udostępnia dokumentację pacjenta do wglądu lub umożliwia sporządzenie z niej wypisów, odpisów lub kopii, na koszt wnioskodawcy.

2. Udostępnienie dokumentacji następuje na wniosek: pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, osoby upoważnionej przez pacjenta lub uprawnionych podmiotów w rozumieniu odrębnych przepisów, a w razie jego śmierci — osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji w przypadku jego zgonu.

3. Lekarz jest obowiązany wyjaśnić w sposób przystępny i zrozumiały treść wpisów zawartych w dokumentacji.

§ 19. Jeżeli dokumentacja jest niezbędna do zapewnienia dalszego leczenia, a zwłoka w jej wydaniu mo-

głaby narazić pacjenta na szkodę na zdrowiu, lekarz wydaje dokumentację pacjentowi, innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

§ 20. 1. Dokumentację udostępnia się w formie wypisów, odpisów lub kopii, chyba że uprawniony podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

2. W razie wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić kopię wydanej dokumentacji.

3. Udostępnienie dokumentacji wewnętrznej następuje w sposób zapewniający zachowanie ochrony danych osobowych, za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli udostępnia się oryginał dokumentacji.

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

Minister Zdrowia: *G. Opala*