

REGULAMIN

Oddział Chorób Wewnętrznych

Zatwierdzam Z-ca Dyrektora
31.12.2012r. Oddziału
..... SPZZOZ w Gryficach....
lek.med Rajmund Rajewski

ROZDZIAŁY REGULAMINU PORZĄDKOWEGO ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO SPZZOZ W GRYFICACH

I.	PRZYJĘCIA PACJENTA DO ODDZIAŁU ZE WSKAZAŃ W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (IPS) .	3
II.	PROWADZENIE PROCESU LECZENIA PACJENTA, ORDYNACJA LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH.....	5
III.	WYPIS PACJENTA Z ODDZIAŁU.....	6
IV.	ZLECANIE I ORGANIZACJA TRANSPORTU SANITARNEGO	7
V.	PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I STATYSTYCZNEJ	8
VI.	ZASADY ZAOPATRZENIA I PROWADZENIE OBROTU LEKÓW, SPRZĘTU MEDYCZNEGO, MATERIAŁÓW EKSPLOATACYJNYCH.....	10
VII.	ZASADY ZLECANIA I WYKONYWANIA KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH NA RZECZ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA	11
VIII.	ZLECANIE USŁUG ZEWNĘTRZNYCH	12
IX.	PODLEGŁOŚĆ SŁUŻBOWA, ZAWODOWA, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I KONTROLA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG	13
X.	TAJEMNICA SŁUŻBOWA, LEKARSKA, PIEŁĘGNIARSKA I ZASADY ETYKI ZAWODOWEJ	13
XI.	KSZTAŁCENIE PERSONELU	14
XII.	ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA	14
XIII.	ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ODDZIALE WEWNĘTRZNYM	14
XIV.	ZASADY ODWIEDZANIA PACJENTÓW I SPRAWOWANIE DODATKOWEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ.....	15
XV.	W CELU ZAPEWNIENIA KONTAKTU Z OTOCZENIEM ZEWNĘTRZNYM PACJENCI MOGĄ KORZYSTAĆ Z:	17
XVI.	ORGANIZACJA PRZYJĘĆ PACJENTÓW I ZASADY WYKONYWANIA PROCEDUR W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH	17

REGULAMIN PORZĄDKOWY ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO SPZZOZ W GRYFICACH

Regulamin porządkowy Oddziału Wewnętrznego ma za zadanie uregulować kwestie funkcjonowania oddziału, współdziałania z innymi komórkami szpitala, oraz zasad obsługi pacjenta w zakresie przyjęć, diagnostyki, ordynacji leków, prowadzenia i monitorowania procesu leczenia, wypisu pacjenta, ordynacji leczenia pozaszpitalnego i kontroli ambulatoryjnej po leczeniu szpitalnym w podległych Poradniach. Celem ujednolicenia zasad wykonywania procedur obsługi pacjenta regulamin obejmuje następujące działy:

I. PRZYJĘCIA PACJENTA DO ODDZIAŁU ZE WSKAZAŃ W IZBIE PRZYJĘĆ SZPITALA (IPS)

1. Przyjęcia pacjentów do oddziału wewnętrznego wykonywane są w trybie planowym w godzinach 9.00 – 14.00 od poniedziałku do piątku, pilnym i natychmiastowym w stanach zagrożenia życia i nagłego pogorszenia stanu zdrowia w trybie całodobowym według wskazań dyżurnego oddziału wewnętrznego.
2. Uprawnionymi do przyjęcia w trybie planowym są pacjenci posiadający uprawnienia do nieodpłatnego korzystania ze świadczeń medycznych w ramach obowiązujących przepisów prawnych (posiadający ważny dowód ubezpieczenia), posiadający ważne skierowanie do oddziału wydane przez lekarza potwierdzającego celowość i zasadność kierowania pacjenta do hospitalizacji, posiadający aktualne wyniki badań dodatkowych, zgłaszający się w terminie wcześniej ustalonym. Pacjent spełniający w/w wymogi musi zostać przyjęty w umówionym terminie do oddziału.
3. Do przyjęcia planowego kwalifikacji dokonuje lekarz specjalista w Poradni Kardiologicznej, Gastrologicznej, Diabetologicznej, Pulmonologicznej i Reumatologicznej, ordynator lub lekarz dyżurny oddziału wewnętrznego. Po kwalifikacji pacjenta dane odnotowywane są na liście oczekujących prowadzonej w sekretariacie oddziału wewnętrznego i ustalany jest termin przyjęcia.
4. W przypadku przyjęć pacjentów w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia skierowanie do oddziału wystawia lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, jeśli osiągnięcie poprawy stanu zdrowia pacjenta nie jest możliwe w trybie ambulatoryjnym. Ostateczna decyzja o przyjęciu pacjenta pozostaje w gestii lekarza dyżurnego oddziału wewnętrznego. W każdym takim przypadku lekarz kierujący winien wykonać przed

skierowaniem pacjenta niezbędną diagnostykę uzasadniającą kierowanie. Pacjent winien posiadać dowód ubezpieczenia, a przyjęcie winno nastąpić bez zbędnej zwłoki.

5. W przypadku pacjentów w stanie zagrożenia życia przyjęcia dokonywane są przez lekarza dyżurnego oddziału w trybie natychmiastowym niezależnie od posiadania skierowania i dowodu ubezpieczenia przez pacjenta.
6. W każdym przypadku kierowania pacjenta przez Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM) bezwzględnie musi następować osobiste i bezpośrednie przekazanie pacjenta przez lekarza dyżurnego oddziału i lekarza ZRM, a ZRM może opuścić Izbę Przyjęć Szpitala dopiero po potwierdzeniu przyjęcia dokonywanym w karcie wyjazdowej przez lekarza dyżurnego oddziału.
7. W każdym przypadku kierowania pacjenta z innego lub do innego oddziału szpitalnego bezwzględnie konieczne jest ustalenie terminu i warunków przekazania pacjenta z ordynatorem oddziału lub lekarzem dyżurnym. Pacjent przekazywany z innej lub do innej jednostki szpitalnej winien być zabezpieczony na czas transportu i transportowany środkami transportu sanitarnego w asyście odpowiadającej jego stanowi zdrowia. Każde uchybienia w/w zasadom muszą być odnotowane przez lekarza dyżurnego oddziału w historii choroby odpowiednim wpisem.
8. W przypadku przyjęć planowych jeśli niezbędne jest wykonanie badań dodatkowych zlecenia wykonywane są przez personel oddziału, w przypadku przyjęć w trybie pilnym i natychmiastowym materiał do badań laboratoryjnych pobierany jest przez personel IPS po badaniu lekarskim, na zlecenie pisemne lekarza dyżurnego oddziału, a wyniki odbierane przez personel oddziału.
9. W czasie przyjęcia lekarz dyżurny oddziału dokonuje osobistego badania lekarskiego zakłada i wypełnia historię choroby, zleca niezbędne badania dodatkowe i ordynuje leki i zabiegi odnotowując zlecenia w karcie zleceń, informuje pacjenta o proponowanym leczeniu uzyskując jego pisemną zgodę na hospitalizację, badania diagnostyczne, proponowane leczenie, informuje pacjenta o możliwych powikłaniach zastosowanych procedur, zbiera wywiad epidemiologiczny i potwierdza go podpisem w obecności pacjenta. Pacjent po podpisaniu wymaganych dokumentów, zaewidencjonowanych w księdze głównej szpitala, z wypełnioną historią choroby, po zdaniu rzeczy osobistych do magazynu odzieży i podpisaniu protokołu przyjęcia, jest odprowadzany do oddziału przez personel IPS. W przypadkach wyjątkowych, takich jak wypadki i zdarzenia masowe

odtransportowaniem pacjenta do oddziału zajmuje się personel oddziału przyjmującego wezwany do pomocy.

10. W przypadku przyjęcia pacjenta o ograniczonych zdolnościach prawnych z powodu stanu zdrowia (przyjęcia w stanie zagrożenia życia) jest przyjmowany bez pisemnej zgody na leczenie, lekarz dyżurny oddziału wewnętrznego potwierdza zasadność przyjęcia w historii choroby. Uzupełnienie niezbędnych danych następuje z chwilą odzyskania zdolności do czynności prawnych przez pacjenta w oddziale wewnętrznym.
11. W przypadku przyjęć w każdym trybie pacjentów nieletnich zgodę wyraża opiekun prawny nieletniego lub właściwy miejscowo Sąd powiadomiony o konieczności hospitalizacji przez lekarza dyżurnego.
12. Pacjent przy przyjęciu do oddziału może skorzystać z możliwości oddania do depozytu rzeczy wartościowych zgodnie z przyjętą procedurą opisaną w standardzie. W przypadku nieprzekazania rzeczy wartościowych do depozytu szpital nie odpowiada za ich utratę w trakcie hospitalizacji, w przypadku przyjęć pacjentów o ograniczonych stanem zdrowia czynnościach prawnych zabezpieczeniem rzeczy wartościowych zajmuje się personel IPS i lekarz dyżurny oddziału według przyjętego standardu postępowania.

II. PROWADZENIE PROCESU LECZENIA PACJENTA, ORDYNACJA LEKÓW, ŚRODKÓW MEDYCZNYCH, BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

1. Pacjent przyjęty do oddziału wewnętrznego zostaje przekazany osobiście wraz z dokumentacją przez personel IPS pod opiekę pielęgniarki odcinkowej oddziału wewnętrznego lub pielęgniarkom Sali Intensywnej Opieki Kardiologicznej.
2. Pielęgniarka odcinkowa oddziału wewnętrznego wciąga do ewidencji przyjętego pacjenta, przydziela pacjentowi salę i łóżko według wskazań medycznych, informuje pacjenta o prawach i obowiązkach pacjenta i podaje nazwisko lekarza prowadzącego, oraz zapoznaje pacjenta z topografią oddziału i rozkładem dziennym.
3. Pielęgniarka odcinkowa koordynuje, rozpisuje i ustala terminy zaordynowanych badań i konsultacji, zakłada dokumentację pielęgniarską i wykonuje zalecone zabiegi pielęgniarskie.
4. W każdy dzień roboczy w godzinach 9.00- 12.00 w oddziale jest przeprowadzany ordynatorski obchód lekarski. W tym czasie pacjent ma obowiązek przebywać na sali w łóżku. W czasie obchodu dokonywana jest przy udziale ordynatora, lekarza prowadzącego, pielęgniarki odcinkowej ostateczna kwalifikacja do leczenia, diagnostyki i

- zabiegów pielęgniarских. W trakcie dyżuru o godz. 19.00 obchód lekarski prowadzi lekarz dyżurny pełniąc opieką interwencyjną nad wszystkimi pacjentami oddziału.
5. Koordynator lub osoba przez niego wyznaczona bada wszystkich nowoprzyjętych pacjentów oraz okresowo pacjentów przebywających w oddziale.
 6. Za leczenie pacjenta przyjmowanego do oddziału w godzinach 8.00- 15.00 odpowiada lekarz prowadzący salę chorych , a w godzinach 15.00- 8.00 oraz w dniach świątecznych i wolnych od pracy lekarz dyżurny.
 7. Bezpośrednio odpowiedzialnym za proces leczenia , diagnostyki i ordynacji jest lekarz prowadzący, który ma obowiązek planować i prowadzić leczenie pacjenta pod kierunkiem koordynatora, informować pacjenta o planowanym leczeniu i diagnostyce oraz dokumentować wykonywane i planowane czynności w historii choroby.
 8. Co najmniej na 24 godziny przed planowanym badaniem diagnostycznym pacjent jest informowany przez pielęgniarkę odcinkową o niezbędnym przygotowaniu do planowego badania.
 9. Pacjent ma prawo odmówić przyjęcia leku lub zgody na badanie co powinno być udokumentowane wpisem w historii choroby.
 10. Przypadki samowolnego oddalenia się pacjenta z oddziału przyjęcia pacjenta o nieznanym personaliu, uchybieniach formalnych i fachowych współpracujących służb i naruszenia przepisów porządkowych oddziału podlegają zgłoszeniu właściwym organom.
 11. Posiłki pacjenci otrzymują :
śniadanie 8.00 , obiad 12.30, kolacja 17.00.

III. WYPIS PACJENTA Z ODDZIAŁU

1. W wyznaczonym dniu wypisu prowadzący do godziny 12.00 przekazuje zakończoną historię choroby pacjenta do sekretariatu oddziału , celem sporządzenia karty informacyjnej. Wraz z zakończoną historią choroby lekarz prowadzący wystawia pacjentowi niezbędne do kontynuacji leczenia recepty , zaświadczenia i skierowania , informuje pacjenta o jego stanie zdrowia , zasadach dalszego postępowania , terminach i miejscu kontrolnych wizyt ambulatoryjnych. Pielęgniarka odcinkowa informuje pacjenta o zaleceniach dietetycznych i pielęgnacyjno – rehabilitacyjnych.
2. Karta informacyjna jest sporządzana w sekretariacie oddziału i po zatwierdzeniu przez koordynatora lub osobę wyznaczoną przekazywana pacjentowi najpóźniej do godz. 15.00.

3. Wraz z kartą informacyjną wydawane są pacjentowi wszystkie dokumenty z wcześniejszego leczenia zdeponowane w historii choroby przy przyjęciu na czas hospitalizacji, rzeczy wartościowe złożone do depozytu, oraz rzeczy osobiste zabezpieczone przy przyjęciu w Izbie Przyjęć Szpitala zgodnie z posiadanym przez pacjenta dokumentem depozytowym.
4. Wypisy pacjentów odbywają się w godz. 13.00- 15.00, a w niektórych przypadkach w godzinach późniejszych.
5. W przypadku braku miejsca stałego zamieszkania pacjenta, lub braku możliwości zapewnienia pacjentowi opieki w miejscu zamieszkania sekretariat oddziału i pielęgniarka oddziałowa w porozumieniu z placówkami opieki socjalnej ustala miejsce przekazania pacjenta.

IV. ZLECANIE I ORGANIZACJA TRANSPORTU SANITARNEGO

1. Transport sanitarny pacjenta jest zlecany przez lekarza prowadzącego zgodnie z zasadami zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie transportu sanitarnego, oraz w oparciu o zasady bezpieczeństwa chorego i wynik ekonomiczny (łączenie przewozów).
2. W przypadku konieczności transportowania pacjenta w obstawie anestezjologicznej transport jest zlecany wyspecjalizowanym jednostkom Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego lub Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na podstawie zlecenia wystawionego przez lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego oddziału. W każdym przypadku zlecenia transportu zewnętrznym jednostkom zlecający musi uzyskać zgodę dyrektora lub zastępcy ds. lecznictwa.
3. W przypadku konieczności transportowania pacjenta w godz. 8.00- 19.00 bez konieczności prowadzenia wentylacji zastępczej w czasie transportu, lekarz prowadzący zleca transport sanitarny ambulansem szpitalnym, Po godz. 19.00, w dni świąteczne i dni wolne od pracy transport może odbywać się przy wykorzystaniu Pogotowia Ratunkowego.
4. Sekretariat oddziału najpóźniej na 24 godziny przed planowanym transportem ustala termin i warunki wykonania transportu z pielęgniarką oddziałową SOR.
5. W przypadku braku zabezpieczenia medycznego ze strony personelu oddziału zlecającego pielęgniarka oddziałowa SOR może odmówić realizacji zlecenia i informuje

o powyższym zdarzeniu ordynatora oddziału ratunkowego. Kwestie sporne rozstrzygają koordynatorzy oddziału zlecającego i ratunkowego.

6. Po przyjęciu i potwierdzeniu zlecenia w wyznaczonym dniu o wyznaczonej godzinie pacjent powinien być przygotowany do transportu , kierowca / ratownik przejmuje opiekę nad pacjentem i dokumentacją, oraz realizuje zlecenie na podstawie wystawionego zlecenia przewozu.
7. W przypadku wątpliwości co do stanu pacjenta przy braku obstawy medycznej personel transportujący informuje o tym fakcie ordynatora SOR , który podejmuje ostateczną decyzję o możliwości transportowania pacjenta bez opieki pielęgniarско – lekarskiej.
8. W przypadku transportowania pacjenta do innej jednostki zespół transportujący musi uzyskać potwierdzenie przyjęcia pacjenta przez jednostkę docelową .

V. PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I STATYSTYCZNEJ

1. W oddziale wewnętrznym dokumentacja prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi zasadami prawnymi , zachowaniem tajemnicy służbowej , lekarskiej , pielęgniarскоj , danych osobowych i medycznych.
2. dokumentacja oddziału wewnętrznego składa się z dokumentacji zbiorczej i indywidualnej a w szczególności:
 - Księga oddziałowa.
 - Książka raportów lekarskich
 - Książka raportów pielęgniarскоj
 - Książka zleceń zabiegów pielęgniarскоj
 - Historie choroby pacjenta
 - formularz historii
 - karty indywidualnej pielęgnacji
 - karta gorączkowa.
 - karta zleceń lekarskich
 - kontrolka ciśnienia i tętna
 - karta bilansu płynów
 - dokumentacja przeciwoleżynowa
 - karta stosowania przymusu bezpośredniego
 - standard – edukacja pacjenta z cukrzycą

- karta kontroli cukrzycy
 - wyniki badań diagnostycznych
 - Książka zgonów
 - Książka zabiegów lekarskich
 - Książka transfuzyjna
 - Książka kontroli narkotyków
 - Receptariusz oddziałowej w formie elektronicznej
 - Kolejka oczekujących na przyjęcie do szpitala
 - Karta informacyjna pobytu w oddziale . Jest wypełniana 3 egzemplarzach dla każdego pacjenta z przekazywaniem pacjentowi oraz oddziałowi na który pacjent jest kierowany lub lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej.
 - Rejestr elektroniczny udzielonych świadczeń wymagany wg wzoru NFZ. Jest przekazywany zgodnie z wymogami umów z NFZ do komórek administracyjnych
3. Dokumentacja indywidualna prowadzona jest w formie historii choroby zawierającej dane osobowe, informacje o stanie zdrowia pacjenta w przebiegu procesu leczenia, kwalifikacje do zabiegów diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonanych badań diagnostycznych oraz przebiegu procesu pielęgnowania , ordynowanych leków.
 4. Za zgromadzenie danych osobowych , statystycznych , wyników badań i niezbędnych do rozliczenia z płatnikiem odpowiedzialny jest personel sekretariatu oddziału wewnętrznego.
 5. Za dane dotyczące zabiegów pielęgniarских , wykonywanych zleceń lekarskich i profilaktycznych odpowiedzialna jest pielęgniarka oddziałowa.
 6. Za pozostałe dane dotyczące stanu pacjenta, przeprowadzonych badań, zabiegów i ordynowanych leków odpowiedzialny jest lekarz prowadzący.
 7. Nadzór nad całością dokumentacji prowadzonej w oddziale wewnętrznym sprawuje koordynator oddziału wewnętrznego.
 8. Dokumentacja musi być prowadzona w sposób czytelny , rzetelny i przejrzysty, musi co najmniej zawierać wywiad i opis badania przedmiotowego przy przyjęciu, obserwacje stanu pacjenta zamieszczane chronologicznie w odstępach czasu wynikających ze stanu pacjenta , przy czym nie rzadziej niż co drugi dzień, opisy wykonanych zabiegów diagnostycznych dokonane w dniu wykonania zabiegu , wyniki wykonanych badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych.

9. Po podjęciu decyzji o wypisie pacjenta lekarz prowadzący w porozumieniu z ordynatorem dokonując zamknięcia historii choroby najpóźniej w dniu wypisu sporządza epikryzę zawierającą główne sekwencje z przeprowadzonego procesu leczenia, nadaje odpowiednie numery statystyczne rozpoznanym jednostkom chorobowym, oraz wykonanym procedurom medycznym i przekazuje zakończoną historię do zatwierdzenia koordynatorowi oddziału wewnętrznego.
10. Archiwizacją dokumentacji zajmuje się sekretariat oddziału wewnętrznego.
11. W przypadku ponownego przyjęcia chorego do szpitala w godzinach wolnych od pracy jest możliwość wglądu do historii choroby znajdującej się w archiwum w ciągu godziny od zgłoszenia osobie odpowiedzialnej za archiwizację dokumentów.

VI. ZASADY ZAOPATRZENIA I PROWADZENIE OBROTU LEKÓW, SPRZĘTU MEDYCZNEGO, MATERIAŁÓW EKSPLOATACYJNYCH

1. Za bieżące zaopatrzenie oddziału w leki, materiały eksploatacyjne i sprzęt medyczny odpowiedzialna jest pielęgniarka oddziałowa.
2. Za zaopatrzenie w materiały biurowe i druki sekretariat oddziału wewnętrznego.
3. Za zaopatrzenie, dystrybucję i nadzór nad lekami narkotycznymi i preparatami krwio pochodnymi lekarz wyznaczony imiennie przez koordynatora oddziału.
4. Oddział wewnętrzny utrzymuje stały zapas leków zgodnych z receptariuszem szpitalnym i sprzętu medycznego w miejscach wyznaczonych na dyżurkach pielęgniarskich zabezpieczony przed dostępem osób niepowołanych nie przekraczający średniego dwutygodniowego zużycia.
5. Stan magazynowy leków i sprzętu medycznego jest uzupełniany dwa razy w tygodniu na podstawie zapotrzebowań sporządzanych przez pielęgniarkę oddziałową i zatwierdzanych przez ordynatora oddziału. Zapotrzebowania sporządzone są zgodnie z zasadami racjonalnego gospodarowania lekami i sprzętem medycznym według limitów ustalonych przez dyrektora.
6. W przypadku konieczności zastosowania leków i sprzętu medycznego wykraczające poza bieżące zaopatrzenie koordynator oddziału wewnętrznego występuje ze stosownym wnioskiem do dyrektora o dokonanie zakupu, szczegółowo uzasadniając jego konieczność. Wniosek złożony do sekretariatu dyrektora po zatwierdzeniu jest kierowany do komórki zaopatrzeniowej celem realizacji. Po dokonaniu zakupu pielęgniarka

oddziałowa pobiera z magazynu lub apteki zakupiony sprzęt lub leki zgodnie z obowiązującymi zasadami obrotu materiałowego.

7. Wszystkie darowizny przyjmowane są po powiadomieniu Kierownika Działu Gospodarczego i jego akceptacji. Darowizny w formie leków kierowane są do Apteki Szpitalnej.
8. Osobami odpowiedzialnymi materialnie za sprzęt medyczny, środki trwałe i zasoby magazynowe jest koordynator oddziału wewnętrznego i pielęgniarka oddziałowa.
9. W przypadku konieczności dokonania zakupu inwestycyjnego w trybie realizacji zamówienia w oparciu o Ustawę o zamówieniach publicznych ordynator oddziału występuje do dyrektora SPZZOZ z wnioskiem o dokonanie zakupu. Po uzyskaniu zgody na realizację zapotrzebowania ordynator oddziału w porozumieniu z komórką d/s zamówień publicznych sporządza specyfikację istotnych warunków zamówienia i na podstawie zarządzenia dyrektora zostaje powołany do komisji przetargowej.
10. Koordynator oddziału odpowiada osobiście za racjonalną gospodarkę finansową oddziału.

VII. ZASADY ZLECANIA I WYKONYWANIA KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH NA RZECZ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA

9. Lekarze oddziałowi współpracują z innymi oddziałami zlecając konsultacje lekarzy innych specjalności i sami udzielają konsultacji w innych oddziałach w zakresie chorób wewnętrznych oraz podspecjalności w chorobach wewnętrznych, w tym także wykonując badanie specjalistyczne (badania endoskopowe, badania UKG). Konsultacje odbywają się według grafików ustalonych przez koordynatora na zasadzie kontaktu między lekarzami.
10. Zlecenie konsultacji specjalistycznych przyjmuje w godzinach pracy w dni robocze sekretariat lub lekarz konsultujący daną jednostkę szpitala a lekarz dyżurny oddziału poza nimi.
11. Zlecone konsultacje winny odbyć się w dniu zgłoszenia bez zbędnej zwłoki, a ich wynik lekarz konsultujący odnotowuje w historii choroby pacjenta.
12. W przypadku konieczności wezwania lekarza na konsultację do oddziału wewnętrznego z innej jednostki szpitala lekarz prowadzący dokonuje w historii choroby adnotacji zawierającej zlecenie i cel ewentualnej konsultacji i przekazuje historię choroby do pielęgniarki odcinkowej celem ustalenia terminu konsultacji lub sam ustala termin. W

terminie wyznaczonym lekarz prowadzący jest zobowiązany do uczestnictwa w czasie konsultacji celem uzgodnienia z konsultującym zakresu leczenia interdyscyplinarnego.

13. Zlecenie badań laboratoryjnych odbywa się w trakcie obchodu ordynatorskiego lub w każdym innym czasie poprzez wypełnienie przez lekarza prowadzącego lub dyżurnego karty zlecenia. Materiał do badania w określonym trybie pobiera pielęgniarka zmianowa, a personel niższy transportuje go do laboratorium z zachowaniem zasad postępowania z materiałem biologicznym.
14. Zlecenie badań obrazowych odbywa się w trakcie obchodu ordynatorskiego lub w każdym innym czasie poprzez wypełnienie przez lekarza prowadzącego lub dyżurnego druku zlecenia badania. Pielęgniarka odcinkowa telefonicznie umawia termin wykonania badania i przekazuje go lekarzowi prowadzącemu. W wyznaczonym terminie pacjent jest transportowany przez personel oddziału wewnętrznego do pracowni diagnostycznej. Przez cały czas wykonywania badania jak i transportowania pacjenta opiekuje się nim personel oddziału wewnętrznego.
15. Zlecenia badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oparte jest o bezwzględną celowość i uzasadnienie kliniczne oraz ekonomiczne. Badania diagnostyczne w procesie leczenia winny być wykonywane według zasady najmniejszej inwazyjności i ekonomicznego uzasadnienia.

VIII. ZLECENIE USŁUG ZEWNĘTRZNYCH

16. Badania dostępne w ramach ambulatoryjnie kontraktowanych przez płatnika w przypadku przyjęć planowych winny być wykonane przed przyjęciem i kwalifikacją pacjenta.
17. W przypadku konieczności wykonania badań diagnostycznych poza jednostkami SPZZOZ Gryfice decyzję o zleceniu badania podejmuje koordynator oddziału na wniosek lekarza prowadzącego kierując się zasadą celowości, konieczności i ekonomicznego uzasadnienia.
18. Po podjęciu decyzji o konieczności wykonania badania koordynator oddziału wewnętrznego wystawia wniosek na badania do dyrektora. Po zatwierdzeniu wniosku sekretariat oddziału ustala termin wykonania badania lub w wybranych przypadkach dokonuje tego lekarz prowadzący, który przygotowuje też procedurę zapewnienia transportu sanitarnego.
19. Zlecenie badań zewnętrznym podmiotom ma uzasadnienie jedynie w przypadku możliwości leczenia w macierzystym oddziale.

IX. PODLEGŁOŚĆ SŁUŻBOWA, ZAWODOWA, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I KONTROLA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG

20. Przełożonym wszystkich pracowników oddziału wewnętrznego jest koordynator oddziału wewnętrznego, który realizuje swoje obowiązki i uprawnienia kierownicze określone w zakresie warunków szczegółowych umowy bezpośrednio lub poprzez zastępcę, pielęgniarkę oddziałową lub inne wyznaczone osoby.
21. Ordynator kontroluje z upoważnienia dyrektora jakość świadczonych usług przez podmioty świadczące usługi w ramach umów cywilnoprawnych w oddziale wewnętrznym i zatwierdza ich wykonanie. Personel pielęgniarski podlega służbowo pielęgniarce oddziałowej oddziału wewnętrznego.
22. Personel niższy i pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej.
23. W trakcie dyżuru obowiązki koordynatora oddziału pełni lekarz dyżurny oddziału wewnętrznego.
24. Skargi przyjmuje i rozpatruje koordynator oddziału wewnętrznego w podstawowych godzinach pracy.
25. Koordynator odpowiada osobiście za prawidłowe i planowe zabezpieczenie odpowiedniej obsady oddziału wewnętrznego.

X. TAJEMNICA SŁUŻBOWA, LEKARSKA, PIEŁĘGNIARSKA I ZASADY ETYKI ZAWODOWEJ

1. Personel medyczny: lekarski i pielęgniarski zobowiązany jest do przestrzegania tajemnicy zawodowej w oparciu o przepisy Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, oraz Ustawy o zawodzie lekarza.
2. Wszyscy pracownicy i usługodawcy oddziału wewnętrznego są zobowiązani do bezwzględnego przestrzegania tajemnicy służbowej, oraz bezwzględnej ochrony danych osobowych pacjentów.
3. Dane dotyczące stanu zdrowia pacjentów, wykonywanych procedur leczniczych i diagnostycznych, wyników badań przekazywane są pacjentom przez lekarza prowadzącego lub ordynatora.
4. Dane wyżej wymienione mogą być przekazywane najbliższym członkom rodziny pacjenta o ile nie zastrzegł sobie wcześniej przekazywanie wyłącznie osobiście przez lekarza prowadzącego lub koordynatora oddziału.

5. Wydanie opinii o stanie zdrowia na potrzeby instytucji ubezpieczeniowych jest możliwe jedynie po przedstawieniu przez ubezpieczyciela pisemnej zgody pacjenta na udostępnienie tych danych, a kopia zgody pozostaje w dokumentacji pacjenta.
6. Wszystkie dane zapisane w dokumentacji lekarskiej podlegają procedurze nadzoru nad dokumentacją medyczną.

XI. KSZTAŁCENIE PERSONELU

1. Celem zapewnienia właściwej, wysokiej jakości świadczonych usług oddział wewnętrzny podlega stałej kontroli jakości w ramach certyfikacji jakości.
2. Personel lekarski i pielęgniarski zobowiązany jest do ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w szkoleniach wewnątrz i między oddziałowych, posiedzeniach towarzystw, sympozjach i zjazdach.
3. W ramach posiadanej akredytacji lekarze oddziału wewnętrznego są zobowiązani do terminowego nabywania uprawnień specjalizacyjnych.

XII. ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

1. Informacji o stanie zdrowia i planach dalszego leczenia, pacjentom udziela na bieżąco lekarz prowadzący a w razie jego nieobecności koordynator oddziału.
2. Informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom upoważnionym przez chorego udziela **codziennie w godzinach od 09.00 do 13.00 koordynator oddziału lub upoważniony przez niego lekarz.**
3. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo przez lekarza dyżurnego.

XIII. ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ODDZIALE WEWNĘTRZNYM

1. Dokumentacja medyczna osoby leczonej w oddziale udostępniana jest na wniosek pacjenta do wglądu lub w postaci kserokopii (opłata za kserokopię wg cennika wnoszona do kasy szpitala).
2. Dokumentację lekarską udostępnia do wglądu koordynator oddziału lub lekarz prowadzący **codziennie w godzinach od 10.00 do 11.00**
3. Dokumentację pielęgniarską udostępnia do wglądu pielęgniarka oddziałowa **codziennie, w godzinach od 10.00 do 11.00**

XIV. ZASADY ODWIEDZANIA PACJENTÓW I SPRAWOWANIE DODATKOWEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ

1. Odwiedziny pacjentów w oddziale odbywają się codziennie
od godz 14.00 do godz 20.00
2. Odwiedziny na Sali pooperacyjnej (Sali intensywnego nadzoru) odbywają się codziennie w godz. od 14.00 do 20.00 a w uzasadnionych przypadkach za zgodą koordynatora lub lekarza dyżurnego w innych godzinach.
3. Osoby sprawujące dodatkowa opiekę pielęgnacyjną nad pacjentem w celu jej zapewnienia mogą przebywać w oddziale w innym czasie niż wyznaczony na odwiedziny zarówno w ciągu dnia jak i w nocy.
4. Rodzic lub opiekun dziecka hospitalizowanego może z nim przebywać w oddziale przez całą dobę i może skorzystać z odpłatnego łóżka – pobytu hotelowego. Opłata za korzystanie z łóżka zgodnie z cennikiem szpitalnym. Należność uiszcza się w kasie.
5. Odwiedziny chorych odbywają się na salach chorych **lub miejscach do tego przystosowanych – świetlica, stoliki z krzesłami na korytarzu.**
6. Zaleca się by jedną osobę na sali chorych odwiedzały nie więcej niż dwie osoby jednocześnie.
7. Osoby odwiedzające powinny pozostawić wierzchnie okrycie w szatni szpitalnej znajdującej się w piwnicy. Szatnia jest czynna całą dobę.
8. Osoby niepełnoletnie mogą odwiedzać pacjentów jeżeli są w towarzystwie osoby dorosłej, która będzie kontrolować ich zachowanie.
9. Osoby sprawujące dodatkową opiekę pielęgnacyjną mogą uczestniczyć czynnie w zabiegach pielęgnacyjnych za zgodą personelu medycznego.
10. Pacjentów nie mogą odwiedzać osoby chore na chorobę zakaźną, będące w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub znajdujące się pod wpływem działania środków odurzających.
11. Ograniczenia w zakresie odwiedzin pacjentów mogą zostać wprowadzone w uzasadnionych przypadkach głównie
 - gdy pacjent jest chory na chorobę zakaźną lub ma zaleconą izolację
 - w przypadku pacjentów z zaburzeniami odporności

- w przypadku występowania w środowisku poza szpitalem zachorowań na choroby zakaźne (np. grypę), które mogą stwarzać ryzyko dla hospitalizowanych pacjentów (zagrożenie epidemiczne).

12. Osoby odwiedzające lub sprawujące dodatkową opiekę pielęgnacyjną są zobowiązane :

- zapoznać się z zasadami porządkowymi dla odwiedzających
- zgłosić odwiedzin pacjentów na sali chorych w dyżurce pielęgniarskiej
- zachowywać się kulturalnie w czasie pobytu w szpitalu
- podporządkować się poleceniom i wskazówkom pracowników szpitala
- ograniczyć korzystanie z telefonów komórkowych w pobliżu aparatury medycznej i na salach chorych
- umyć i zdezynfekować ręce przed rozpoczęciem i po zakończeniu odwiedzin
- opuścić salę chorych podczas wykonywania zabiegów lekarskich i pielęgniarstkich

13. Osobom odwiedzającym lub sprawującym dodatkową opiekę pielęgnacyjną zabrania się:

- dostarczania pacjentom alkoholu, papierosów oraz artykułów zabronionych przez lekarza
- podawania leków, pokarmów i napojów pacjentom bez uprzedniej zgody personelu medycznego
- siadania na łóżkach szpitalnych i wieszania na nich odzieży
- prowadzenia głośnych rozmów
- palenia tytoniu
- chodzenia po salach innych niż ta na której znajduje się odwiedzany pacjent
- podłączania urządzeń elektrycznych i elektronicznych bez zgody personelu oddziału

14. Odwiedziny w Sali Intensywnej Opieki Kardiologicznej są możliwe jedynie po uzyskaniu zgody lekarza prowadzącego, ordynatora lub lekarza dyżurnego.

15. Z chwilą zakończenia procesu leczenia, oraz braku wskazań do dalszej hospitalizacji lekarz prowadzący w porozumieniu z ordynatorem oddziału kwalifikuje pacjenta do wypisu, informuje o dalszym postępowaniu, kontynuacji leczenia w trybie ambulatoryjnym i co najmniej na 24 godziny przed planowanym wypisem informuje o decyzji pacjenta, rodzinę lub opiekuna prawnego.

16. W przypadku konieczności przekazania pacjenta do dalszego leczenia w innym szpitalu lub innym oddziale lekarz prowadzący ustala osobiście lub telefonicznie termin i warunki przekazania pacjenta.
17. Najpóźniej w dniu wypisu lekarz prowadzący oraz pielęgniarka odcinkowa zamykają historię choroby dokonując odpowiednich adnotacji i przekazują całość dokumentacji do sekretariatu.

XV. W CELU ZAPEWNIENIA KONTAKTU Z OTOCZENIEM ZEWNĘTRZNYM PACJENCI MOGĄ KORZYSTAĆ Z:

1. Telefonów na salach chorych, automatu telefonicznego w oddziale. Pacjenci leżący mają dostęp do telefonu bezprzewodowego znajdującego się w dyżurce. Koszty rozmów telefonicznych ponosi pacjent.
2. Własnego telefonu komórkowego poza godzinami w których odbywają się wizyty lekarskie, badania diagnostyczne, zabiegi lecznicze i pielęgnacyjne.
3. Stanowiska komputerowego z dostępem do Internetu znajdującego się w bibliotece szpitalnej. Biblioteka jest czynna w dni powszednie od godz. 9:40 do godz. 14:40 a korzystanie z Internetu jest bezpłatne.

XVI. ORGANIZACJA PRZYJĘĆ PACJENTÓW I ZASADY WYKONYWANIA PROCEDUR W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH.

1. Oddziałowi wewnętrznemu podlegają następujące poradnie specjalistyczne: Poradnia Kardiologiczna, Poradnia Diabetologiczna, Gastroenterologiczna.
2. Harmonogram przyjęć poradni jest wywieszony na drzwiach każdego gabinetu i dostępny w rejestracji.
3. Pacjenci rejestrowani są do poradni specjalistycznych osobiście lub telefonicznie.
4. Przyjęcie pacjenta w poradniach specjalistycznych odbywa się na podstawie skierowania od lekarza POZ lub od lekarza innej poradni specjalistycznej.
5. Pacjent powinien zgłosić się do poradni ze skierowaniem, ważną legitymacją ubezpieczeniową, legitymacją rencisty lub innym dowodem ubezpieczenia, dowodem osobistym, kserokopią karty informacyjnej leczenia szpitalnego, wynikami badań, jakie były wykonywane oraz danymi odnośnie przyjmowanych leków.
6. Lekarz specjalista realizuje procedurę diagnostyczno - terapeutyczną poprzez zebranie wywiadu chorobowego, badanie przedmiotowe, skierowanie na konieczne badania

dodatkowe (badania laboratoryjne, wizualne i inne), wypisanie leków i wydanie innych zaleceń terapeutycznych.

7. Lekarz specjalista może po przeprowadzeniu badania konsultacyjnego skierować pacjenta z powrotem do lekarza, który wydał skierowanie do poradni specjalistycznej.
8. Lekarz specjalista może również skierować pacjenta do innej poradni specjalistycznej, na leczenie szpitalne, na leczenie uzdrowiskowe lub objąć pacjenta ścisłą opieką w swojej poradni.
9. Po udzieleniu każdej porady, stanowiącej całość lub część procedury diagnostyczno-terapeutycznej, lekarz specjalista wystawia informację dla lekarza kierującego, obejmującą opis udzielonego świadczenia, wykonane badania, wypisane leki i wydane inne zalecenia terapeutyczne oraz informację, czy pacjent wymaga pozostawania pod stałą opieką poradni specjalistycznej.
10. Dokumentacja medyczna w poradni specjalistycznej obejmuje historię choroby pacjenta, w której zanotowane są dane z wywiadu, wyniki badania przedmiotowego, zaordynowane leki i inne zalecenia terapeutyczne, kserokopie kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, kserokopie badań dodatkowych oraz kopie kart informacyjnych dla lekarza kierującego. Poradnia specjalistyczna prowadzi również zestawienia zbiorcze przyjętych pacjentów dla oddziału NFZ.
11. Lekarz specjalista ma obowiązek zabezpieczenia środka transportu na przewiezienie pacjenta, jeśli jest to niezbędne.

KOORDYNATOR
ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO

18.10.2010 lek. med. Sławomir Wagner
specjalista chorób wewnętrznych
specjalista kardiolog

(data i podpis ordynatora oddziału)

DYREKTOR
SPZZOZ w Gryficach

Jacek Pietryka

(data i podpis dyrektora SPZZOZ w Gryficach)