

REGULAMIN
SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

Definicja i zadania Oddziału

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) jest wyodrębnioną jednostką organizacyjną Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach w zakresie organizacyjnym, sprzętowym, personalnym i architektonicznym.
2. Głównym zadaniem SOR jest udzielanie pomocy medycznej w stanach zagrożenia zdrowia i życia, nagłego pogorszenia zdrowia, wypadkach, urazach i zatruciach, w zakresie przywracania, stabilizacji i podtrzymania czynności życiowych, wstępnej podstawowej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, kwalifikacji do leczenia stacjonarnego, oraz szybkiego i sprawnego przekazania pacjenta do właściwego pod względem kwalifikacji oddziału / szpitala specjalistycznego celem kompleksowego leczenia.
3. Szpitalny Oddział Ratunkowy udziela pomocy wszystkim pacjentom wymagającym pomocy pilnej medycznej, zgłaszającym się samodzielnie niezależnie od posiadania skierowania, przywożonym przez Zespoły Ratownictwa Medycznego, Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, jednostek powietrznych SAR lub innych instytucji uprawnionych - na podstawie skierowania wydanego przez lekarza Systemu lub Karty Przekazania.
4. W przypadkach wyjątkowych i zdarzeniach masowych w zakresie przyjęć pilnych do oddziałów szpitala na podstawie skierowania do szpitala wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego obszar konsultacyjny może być tym zakresie obsługiwany przez lekarzy Oddziałów szpitalnych.
5. Szpitalny Oddział Ratunkowy zajmuje się szerzeniem oświaty w zakresie ratownictwa i udzielania pierwszej pomocy, oraz szkoleniem lekarzy, pielęgniarek i ratowników systemu ratownictwa w zakresie objętym jego działaniem.

Struktura organizacyjna Oddziału

Szpitalny Oddział Ratunkowy organizacyjnie składa się z:

1. Recepcji (Obszar Segregacji)
 - a) Zapewnia stałą, całodobową łączność przewodową, bezprzewodową i informatyczną z innymi jednostkami systemu jak Centrum Powiadamiania Ratunkowego, Wojewódzkie Centrum Koordynacji Ratownictwa Medycznego, Komendą Powiatową Państwowej Straży Pożarnej, Zespołami Ratownictwa Medycznego na terenie działania SOR, Komendą Powiatową Policji, Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, ambulansami Zachodniopomorskiego Szpitala Specjalistycznego w Gryficach, stanowiskami zarządzania kryzysowego Starosty i Wojewody, oraz ościennymi jednostkami służby zdrowia.
 - b) Koordynuje uruchamianie fachowego personelu szpitala i SOR zgodnie z przyjmowanymi informacjami o potrzebach, z miejsca akcji ratunkowej na podstawie schematów reagowania.
 - c) Dokonuje rejestracji i kwalifikacji pacjentów do udzielenia świadczenia w SOR lub odmowy przyjęcia, a w przypadkach konieczności zastosowania segregacji organizuje działanie Obszaru Segregacji.
 - d) Koordynuje interwencje ratunkowe na terenie szpitala na wypadek stanów zagrożenia życia i w przypadku zagrożeń wewnętrznych, zapewnia transport sanitarny ambulansem SOR w obstwie dwóch ratowników.
 - e) Prowadzi ewidencję i statystykę medyczną SOR.
 - f) Zabezpiecza warunki do przyjęcia pacjentów przekazywanych drogą lotniczą z płyty lądowiska.
2. Obszar segregacji i konsultacyjny zajmuje się
 - a) Wstępną segregacją pacjentów pod kątem kolejności udzielenia pomocy w przypadku zdarzeń masowych i z dużą ilością poszkodowanych.
 - b) Udzielaniem kwalifikowanej szpitalnej pomocy medycznej w przypadkach uzasadnionych.
 - c) Kwalifikacją do ambulatoryjnej pomocy medycznej i kierowaniem pacjentów do oddziałów szpitalnych.

- d) W przypadku przyjęć ze wskazań pilnych na podstawie skierowania lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego do oddziałów szpitalnych pełni rolę koordynującą działania lekarzy dyżurnych oddziałów.
- e) W obszarze Konsultacyjnym czas oczekiwania na udzielenie świadczenia nie może przekroczyć 24 godzin.
3. Obszar obserwacyjny
- Przyjmuje pacjentów bez cech bezpośredniego zagrożenia życia, dokonuje wstępnej diagnostyki podstawowej i obserwacji klinicznej przez okres nie dłuższy niż 24 godziny
 - Po ustaleniu rozpoznania kieruje pacjenta do właściwego oddziału szpitalnego lub leczenia ambulatoryjnego.
 - W przypadku pogorszenia stanu pacjenta zabezpiecza czynności życiowe i przekazuje natychmiast do właściwego obszaru SOR lub oddziału szpitalnego celem wdrożenia leczenia specjalistycznego.
 - W obszarze obserwacyjnym czas oczekiwania pacjent na udzielenie świadczenia nie może przekroczyć 6 godzin.
4. Obszar resuscytacyjno – zabiegowy
- Podejmuje i kontynuuje podjęte przez Zespoły Ratownictwa Medycznego czynności resuscytacyjne do czasu przybycia personelu medycznego Oddziału Intensywnej Terapii.
 - Podejmuje na podstawie konsultacji specjalistycznych decyzje o natychmiastowej konieczności leczenia operacyjnego i zabezpiecza możliwość jego wykonania na Sali Operacyjnej Obszaru Resuscytacyjno - Zabiegowego
 - Podejmuje decyzję o przekazaniu pacjenta personelowi Oddziału Intensywnej Terapii do podjęcia natychmiastowej wstępnej intensywnej terapii w Obszarze Resuscytacyjno - Zabiegowym lub przekazaniu pacjenta do jednego z oddziałów szpitala.
 - Pacjent podlegający przekazaniu personelowi OIT musi spełniać przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:
 - Ocena świadomości wg skali Glesgow max 8 pkt.
 - Pacjent zaintubowany z powodu niewydolności oddechowej
 - Pacjent w sedacji wymagający intensywnego nadzoru medycznego, zabiegów diagnostycznych i leczniczych
 - Pacjent po NZK
 - Pacjent niewydolny oddechowo pomimo stosowania tlenoterapii biernej
 - Pacjent z urazem wielonarządowym wymagający intensywnej terapii i leczenia wielodyscyplinarnego
 - W Obszarze Resuscytacyjno-Zabiegowym świadczenia udzielane są natychmiast.
5. Obszar Wstępnej Intensywnej Terapii
- Przejmuje pacjenta z Obszaru Resuscytacyjno – Zabiegowego i prowadzi leczenie pacjenta do czasu przekazania do OIT lub innego oddziału szpitala w zależności od rozpoznania zasadniczego.
 - Obszar Wstępnej Intensywnej Terapii jest prowadzony i wyposażony w sprzęt jednorazowy przez personel OIT
 - Czas pobytu pacjenta w Obszarze nie może przekroczyć 24 godzin, a w obszarze jednocześnie poza przypadkami zdarzeń masowych może przebywać maksymalnie jeden pacjent.
6. Obszar Laboratoryjno – Diagnostyczny
- Umożliwia wykonanie natychmiastowej pełnej dostępnej w SOR diagnostyki laboratoryjnej obejmującej: gazometrię, pH-metrię, poziom hemoglobiny i hematokryt, poziom sodu, potasu, wapnia i chlorków w surowicy krwi tętniczej i włosniczkowej, poziom Troponiny, glukozy i innych parametrów krytycznych w oparciu o posiadane w SOR analizatory.

- b) Umożliwia wykonanie badań obrazowych RTG i USG na posiadanym w SOR sprzęcie diagnostycznym.
- c) Umożliwia wykonanie badań gastrokopowych i bronchoskopowych na posiadanym w SOR zestawie endoskopowym.
- d) W obszarze wykonywane są badania jedynie w zakresie niezbędnym do przywrócenia i stabilizacji czynności życiowych pacjenta w stanie zagrożenia zdrowotnego. Pozostałe badania wymagane przez lekarzy konsultantów mogą być wykonywane po skierowaniu lub przyjęciu pacjenta do właściwego oddziału szpitalnego.
- e) Obszar nie wykonuje badań na posiadanym sprzęcie na potrzeby innych oddziałów szpitala poza sytuacjami awaryjnymi.

Skład personalny Oddziału i zadania

1. Koordynator Oddziału ze specjalizacją z medycyny ratunkowej
Kieruje oddziałem i odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie komórki, nadzoruje pracę całego personelu oddziału i koordynuje współpracę z pozostałymi komórkami leczniczymi i diagnostycznymi. Podlega bezpośrednio Dyrektorowi SPZZOZ w Gryficach, a pod względem medycznym zastępcy ds. lecznictwa. Jest bezpośrednim przełożonym wszystkich pracowników SOR. Ustala harmonogram pracy, urlopów i zastępstw, szkoleń i staży specjalizacyjnych, odpowiada za prawidłową realizację planu rzeczowo - finansowego oddziału, reprezentuje oddział na zewnątrz.
2. Zastępca Koordynatora – lekarz ze specjalizacją z medycyny ratunkowej lub anestezjologii zapewnia wraz z asystentami zmianową obsługę oddziału w szczególności Obszaru resuscytacyjno-zabiegowego, a pod nieobecność Koordynatora pełni jego funkcje.
3. Lekarze asystenci w systemie zmianowym (ze specjalizacją w zakresie medycyny ratunkowej, anestezjologii, chirurgii ogólnej lub urazowej) lub w trakcie specjalizacji stanowią całodobową obsadę lekarską Oddziału. Podlegają merytorycznie i fachowo Koordynatorowi SOR. W trakcie dyżuru pełnią rolę Naczelnego Lekarza Szpitala. W czasie trwania dyżuru mają obowiązek stałego przebywania w SOR.
4. Pielęgniarka Oddziałowa/Koordynująca
Podlega Koordynatorowi SOR, kieruje pracą personelu średniego i niższego, ustala harmonogramy pracy, urlopów, zastępstw i szkoleń podległego personelu i przedstawia je do zatwierdzenia Koordynatorowi SOR
5. Pielęgniarki Odcinkowe - zmianowe.
Zapewniają całodobową obsługę obszaru segregacji (1), konsultacyjnego(1), resuscytacyjno-zabiegowego(2), oraz obszaru obserwacyjnego(1).
6. Ratownicy medyczni SOR
Odpowiadają za prawidłowe zabezpieczenia recepcji (1), obszaru resuscytacyjno-zabiegowego(1), obszaru obserwacyjnego(1), obszaru konsultacyjnego (1) SOR i transportu sanitarnego pacjenta, sprawują opiekę nad pacjentem w czasie pobytu w SOR i transportu poza oddziałem w przypadkach transportu nie wymagającego opieki lekarskiej lub pielęgniarskiej. Podlegają Pielęgniarsce Oddziałowej/Koordynującej
Obsługują stanowisko Recepcji. Przyjmują i przekazują informacje o przebiegu akcji ratunkowej, potrzebach personelowych zgłaszanych przez kierujących akcją na miejscu, zapewniają łączność z pozostałymi strukturami systemu ratowniczego. Prowadzą informatyczną rejestrację pacjentów zgłaszających się do SOR z uwzględnieniem statusu ubezpieczenia. Prowadzą segregację i obsługę TOPSOR
7. Kierowcy – ratownicy medyczni ambulansów szpitala
Zabezpieczają potrzeby transportu sanitarnego ambulansów szpitala w systemie gotowości do wyjazdów, nie podlegają strukturze Pogotowia Ratunkowego ani innych instytucji pomocy doraźnej. Podlegają Pielęgniarsce Oddziałowej/Koordynującej, a przypadku braku zleceń transportu wykonują czynności w obszarach SOR.

Dokumentacja Oddziału

W Oddziale prowadzona jest dokumentacja medyczna wymagana przepisami prawa i chroniona zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, a w tym w szczególności:

1. Księga Główna Szpitala.
2. Księga Oddziałowa.
3. Książka raportów pielęgniarskich.
4. Historia choroby pacjenta w SOR
5. Rejestr pacjentów nieubezpieczonych.
Przekazywany codziennie komórkom windykacyjnym administracji.
6. Rejestr elektroniczny udzielonych świadczeń wymagany wg wzoru wymaganego przez płatnika Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne instytucje uprawnione.

Dokumentacja SOR prowadzona jest na bieżąco w systemie informatycznym SI Eskulap, drukowana po zakończeniu udzielenia pacjenta i archiwizowana zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie. Jest przekazywany zgodnie z wymogami umów do komórek administracyjnych.

Prawa i obowiązki pacjenta

1. Pacjent w stanie zagrożenia życia niezależnie od posiadania prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych ma prawo do wszelkich świadczeń zgodnych z zasadami sztuki lekarskiej w obecnym stanie wiedzy medycznej służących ratowaniu i podtrzymaniu czynności życiowych.
2. Każdy pacjent zgłaszający się do SOR i zakwalifikowany do przyjęcia musi być zbadany przez lekarza, który ma obowiązek ustalić wskazania do udzielenia pomocy, określając tym samym zasadność zgłoszenia się chorego do Oddziału. Jeżeli zgłoszenie było uzasadnione pacjent ma prawo do podstawowej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, niezbędnej do ustalenia rozpoznania z obserwacją kliniczną, opieką pielęgniarską i wdrożeniem leczenia, dostępnych w SOR.
3. Każdy pacjent zgłaszający się do pilnego przyjęcia na podstawie skierowania do innego oddziału szpitala niż SOR podlega badaniu i kwalifikacji przez lekarza dyżurnego odpowiedniego oddziału w Izbie Przyjęć Szpitala.
4. Pacjent ma prawo do poszanowania godności jego osoby w trakcie udzielania świadczeń w Oddziale, zachowania intymności i pełnej informacji dotyczącej wykonywanych badań, zabiegów i leczenia, oraz informacji co do dalszego postępowania i leczenia poza Oddziałem.
5. Wszelkie dane personalne i medyczne pacjenta gromadzone w dokumentacji oddziału są chronione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a informacji udziela się wyłącznie podmiotom uprawnionym.
6. W trakcie pobytu pacjent ma obowiązek stosowania się do zaleceń porządkowych, medycznych i higienicznych personelu medycznego.
7. W trakcie pobytu i oczekiwania na udzielenie pomocy pacjent ma obowiązek zachowywać się zgodnie z normami współżycia społecznego, nie dezorganizować funkcjonowania oddziału i swoją osobą nie naruszać intymności innych pacjentów.
8. Pacjentowi w czasie pobytu w Oddziale nie przysługuje wyżywienie.
9. Pacjent zgłaszający się do SOR winien posiadać dowód tożsamości, dowód ubezpieczenia, dotychczasową dokumentację leczenia. W przypadkach nagłego zagrożenia życia jeśli nie posiada w/w dokumentów pacjent lub jego rodzina winni je dostarczyć w ciągu najbliższych 3 dni roboczych. Niedopełnienie powyższej formalności spowoduje obciążenie finansowe pacjenta kosztami świadczenia w pełnej wysokości.
10. Pacjent wypisany z SOR ma prawo do otrzymania recepty na podstawową ilość niezbędnych leków, które muszą być podane w czasie krótszym niż kontrolna wizyta u lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, na warunkach odpłatności za leki regulowanych obowiązującymi przepisami, a w przypadkach uzasadnionych skierowania do oddziału szpitalnego.

11. Pacjent Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ma prawo nie wyrazić zgody na proponowane leczenie. Wymagana jest wówczas odmowa pisemna potwierdzona podpisem, a lekarz dyżurny zobowiązany jest do poinformowania pacjenta lub jego opiekuna o możliwych konsekwencjach jego decyzji.
12. Wszelkie przypadki naruszenia prawa lub podejrzenie, iż stan zdrowia pacjenta może wynikać z czynów podlegających ściganiu są bezwzględnie zgłaszane organom ścigania.
13. Informacji na temat stanu zdrowia pacjenta udziela lekarz dyżurny w czasie pełnionego dyżuru lub Koordynator SOR w godzinach pracy jedynie osobiście, pacjentowi lub osobie wskazanej przez pacjenta jako uprawniona. Informacji telefonicznych udziela się jedynie w zakresie obecności lub braku pacjenta w oddziale.
14. Wszelkie skargi i zażalenia pacjenta rozpatruje Koordynator Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta. Od wydanej przez nich decyzji pacjentowi przysługuje prawo odwołania do Dyrektora SPZZOZ w Gryficach.

Finansowanie Oddziału

Szpitalny Oddział Ratunkowy uzyskuje środki finansowe z następujących źródeł:

1. Podmioty finansujące działalność na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
 - a) Narodowy Fundusz Zdrowia
 - b) Budżet Państwa
 - c) Budżet Samorządu
2. Oddziały szpitalne z zakresie wynikającym z czynności związanych z wykonywaniem na ich zlecenie zadań przekraczających potrzeby ustalone przez lekarza SOR (obciążenia wewnętrzne).
3. W ramach rozliczeń wewnętrznych sprzęt jednorazowy i leki zużyte do zaopatrzenia pacjenta w Obszarze Resuscytacyjno-zabiegowym po przekazaniu do Wstępnej Intensywnej Terapii obsługiwanej przez OIT podlega wewnętrznym rozliczeniom międzyoddziałowym w ilości zużytej w SOR.
4. Pełnopłatnych świadczeń medycznych na rzecz osób nie posiadających uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.
5. Odpłatnych usług wykonanych na zlecenie pacjenta lub innego podmiotu, nie wynikających ze wskazań medycznych określonych przez lekarza oddziału.
6. Odpłatnych usług transportowych wykonanych na zlecenie pacjenta lub podmiotów działających na rynku medycznym.
7. Odpłatnych usług transportowych wykonanych na zlecenie oddziałów szpitalnych.
8. Innych usług wykonanych na podstawie umów.
9. Dotacji rządowych, samorządowych i instytucji pozarządowych, oraz darczyńców.

Warunki szczegółowe udzielania świadczeń

1. Przyjęcia do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego dokonuje pielęgniarka lub ratownik medyczny SOR na podstawie zgłoszenia się pacjenta samodzielnie, dostarczeniu pacjenta przez inną osobę lub przez Zespół Ratownictwa Medycznego jedynie w przypadkach stanu zagrożenia zdrowotnego niezależnie od posiadania skierowania, czy dowodu ubezpieczenia. W przypadku braku dowodu ubezpieczenia pacjent jest informowany o konieczności złożenia oświadczenia o posiadanym ubezpieczeniu lub o udzieleniu pomocy odpłatnie.
2. O kolejności udzielenia pomocy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym decyduje ocena stanu klinicznego pacjenta i zakwalifikowanie do określonej kategorii w ramach segregacji (triage) w oparciu o Manchester Triage System (MTS) przez pielęgniarkę lub ratownika SOR w której wyróżnia się pięć grup oznaczonych odpowiednimi kolorami:

CZERWONY – POMOC NATYCHMIASTOWA**Pacjent przyjmowany POZA KOLEJNOŚCIĄ**

Kolorem tym są oznakowani Pacjenci wymagający natychmiastowego przywrócenia lub stabilizacji podstawowych czynności życiowych czyli w bezpośrednim stanie zagrożenia życia jak: zatrzymanie krążenia, zatrzymanie oddechu, wstrząs niezależnie od przyczyny, ciężkie obrażenia wielonarządowe, zaburzenia świadomości z niestabilnością krążeniowo-oddechową.

POMARAŃCZOWY – POMOC BARDZO PILNA

czas oczekiwania do 10 minut

Kolorem tym są oznakowani Pacjenci w stanie zagrożenia zdrowotnego z wysokim ryzykiem bezpośredniego zagrożenia życia pojawiającym się nagle, niestabilni hemodynamicznie i z towarzyszącymi objawami wegetatywnymi, podejrzewani o udar mózgu w okresie okna terapeutycznego do trombolizy, podejrzani o zawał serca w okresie okna terapeutycznego dla leczenia endowaskularnego, z krwotokami wewnętrznymi i zewnętrznymi zagrażającymi życiu, z urazami kończyn i kręgosłupa z zaburzeniami czucia i krążenia obwodowego.

ŻÓŁTY – POMOC PILNA

czas oczekiwania do 60 minut

Kolorem tym są oznakowani Pacjenci, u których wystąpił uraz najdalej kilka godzin temu stan pogorszył się w ciągu ostatnich kilku godzin i wymaga przyspieszonego podejmowania czynności ratunkowych ze względu na ryzyko pogorszenia lub utrwalenia istniejącego zagrożenia, wymagający rozszerzonej pilnej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz stosowania farmakoterapii u chorego stabilnego hemodynamicznie, krwawiące rany, złamania kości długich z widoczną deformacją kończyn, złamania otwarte, z zaburzeniami rytmu serca stabilni hemodynamicznie, oraz dzieci z urazem.

ZIELONY – POMOC ODRODZONA

czas oczekiwania do 120 minut

Kolorem tym są oznakowani Pacjenci, których stan zdrowia jest stabilny, uraz lub zachorowanie wystąpiło do 24 godzin od zgłoszenia, zastosowane samodzielnie leki nie przyniosły spodziewanego efektu, wymagają podstawowej diagnostyki celem wykluczenia stanów nagłych, oraz stosowania prostej terapii u chorego stabilnego hemodynamicznie niemożliwej do zastosowania w leczeniu ambulatoryjnym, a oczekiwanie na przyjęcie w POZ nie może być odroczone ponad 48 godzin.

NIEBIESKI – WYCZEKUJĄCY

czas oczekiwania do 240 minut

Kolorem tym oznakowani są Pacjenci w dobrym stanie ogólnym z dolegliwościami lub urazami sprzed 24 godzin bez zagrożenia zdrowotnego, trwającymi ponad 24h, którzy nie wymagają pilnego wdrożenia diagnostyki i leczenia, którzy nie mogą skorzystać ze świadczeń lekarza POZ z powodu przebywania poza miejscem stałego pobytu, którzy nie przyjęli żadnych leków doraźnych samodzielnie, u których można odroczyć wizytę w POZ o ponad 48 godzin.

3. Po zakwalifikowaniu pacjenta do określonej grupy pacjent oczekuje w SOR pod opieką pielęgniarki lub ratownika na przyjęcie przez lekarza w poczekalni – strefie segregacji. W przypadku pogorszenia stanu chorego następuje ponowna segregacja i zmiana kwalifikacji. Opuszczenie terenu SOR bez powiadomienia personelu medycznego skutkuje wypisaniem pacjenta. Personel nie odpowiada za pacjentów przebywających poza obszarem SOR.
4. Podane czasy oczekiwania dotyczą czasu do pierwszego kontaktu z lekarzem, a nie ostatecznego zaopatrzenia, czy pobytu. Mają one charakter orientacyjny i mogą ulec wydłużeniu w zależności od napływu kolejnych pacjentów zakwalifikowanych do wyższych kategorii segregacyjnych i dostępności personelu medycznego.
5. Pacjenci zakwalifikowani do kategorii „zielonej” i „niebieskiej” mogą być dyskwalifikowani z zaopatrzenia w SOR przez pielęgniarkę lub ratownika i odesłani do leczenia w placówkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej do których zdeklarowany jest pacjent, lub w przypadkach nagłych do placówki Nocnej i Świątecznej Pomocy Lekarskiej właściwej dla miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta. Decyzja osób dokonujących segregacji jest ostateczna.
6. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym nie przyjmuje się pacjentów, którzy zgłosili się celem:
 - wystawienia recepty na „kończące się” leki.
 - przedłużenia zwolnienia lekarskiego
 - wystawienia zaświadczenia o stanie zdrowia lub doznanych obrażeniach po pobiciu tzw. obdukcja
 - wykonania szczepień poza wynikającej ze wskazań medycznych konieczności podania profilaktyki p/tężcowej, lub p/jadowej
 - wymiany opatrunku lub unieruchomienia
 - wykonania badań diagnostycznych zlecanych lub sugerowanych przez pacjenta lub lekarza
 - wykonania planowych iniekcji i innych zleconych zabiegów pielęgniarstwa z POZ lub AOS
 - kontroli lub weryfikacji skuteczności leczenia podjętego przez lekarzy w ramach sprawowanej przez nich opieki.
 - kontroli lub konsultacji specjalistycznej z powodu długiego terminu wyznaczonej wizyty u specjalisty.
7. Zasady zaopatrywania pacjentów w zależności od stanu klinicznego są wykonywane zgodnie ze standardami postępowania określonymi przez Europejską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Zalecenia Konsultanta w dziedzinie medycyny ratunkowej w tym „Dobre Praktyki postępowania w SOR”. Standardy obowiązujące w innych specjalnościach medycznych mają zastosowanie pod warunkiem udzielania tych świadczeń przez lekarzy specjalistów z tych dziedzin. Organizacyjne postępowanie w poszczególnych stanach klinicznych opiera się na kwalifikacji klinicznej:
 - A. W przypadkach stanów bezpośredniego zagrożenia życia:
 - 1) Pacjent w stanie bezpośredniego zagrożenia życia przywożony przez zespoły ratownictwa medycznego musi być bezwzględnie transportowany przez personel uprawniony w myśl Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wszelkie naruszenia tej zasady podlegają bezwzględnie zgłoszeniu organom ścigania.
 - 2) Pacjent w stanie bezpośredniego zagrożenia życia jest bezpośrednio transportowany do obszaru resuscytacyjno – zabiegowego.
 - 3) Zespół wyjazdowy transportujący pacjenta ma obowiązek natychmiastowego powiadomienia radiowego lub telefonicznego SOR-u o zakwalifikowaniu pacjenta do transportu z podaniem wstępnego rozpoznania i oceny stanu pacjenta.
 - 4) Personel Oddziału po uzyskaniu powyższej informacji niezwłocznie przygotowuje pod względem sprzętowym i fachowym salę resuscytacyjną, a lekarz oddziału zbiera dodatkowe informacje drogą radiową i wzywa z oddziałów szpitala niezbędnych specjalistów.
 - 5) Po przejęciu i zabezpieczeniu podstawowych czynności życiowych pacjenta lekarz dyżurny przejmuje dokumentację i zwalnia zespół ratownictwa medycznego potwierdzając powyższy fakt w dokumentacji zespołu.
 - 6) Decyzję o dalszym postępowaniu z pacjentem podejmuje zespół lekarski zgodnie z kwalifikacją medyczną, lub jednoosobowo lekarz dyżurny SOR w przypadku braku jednomyślności.

- 7) W przypadku zgonu pacjenta w SOR personel oddziału powiadamia rodzinę zmarłego, oznakowuje zwłoki i po 2-ch godzinach przekazuje do Zakładu Patomorfologii, wypełniając wymaganą przepisami dokumentację. Każdy przypadek zgonu w SOR bez możliwości ustalenia przyczyny zgonu podlega badaniu autopsyjnemu. Zwolnienia z sekcji może dokonać jedynie Dyrektor SPZZOZ lub jego zastępca ds. medycznych po zasięgnięciu opinii lekarza dyżurnego. Każdy przypadek zgonu z podejrzeniem działań osób trzecich lub zaniechania lekarz dyżurny zgłasza natychmiast organom ścigania.
 - 8) Wszelkie koszty związane z zaopatrzeniem pacjenta do czasu skierowania go do oddziału specjalistycznego obciążają SOR – w przypadku zlecenia badań spoza zakresu diagnostycznego SOR na życzenie lekarzy konsultantów mogą być wykonane po skierowaniu pacjenta do właściwej Izby Przyjęć Szpitala.
- B. W przypadkach stanów zagrożenia zdrowotnego, ale bez bezpośredniego zagrożenia życia:
- 1) Pacjent od chwili zgłoszenia się do SOR do czasu wypisania z oddziału lub skierowania do oddziału szpitalnego pozostaje pod opieką lekarza i personelu SOR.
 - 2) Personel pielęgniarski dokonuje uzupełnienia dokumentacji założonej w Rejestracji lub wpisuje pacjenta do ewidencji, a lekarz dyżurny bez zbędnej zwłoki bada pacjenta i dokonuje wstępnej oceny i kwalifikacji wskazań do zaopatrzenia pacjenta.
 - 3) W przypadku podjęcia decyzji o zasadności zgłoszenia się pacjenta do SOR lekarz dyżurny rozpoczyna proces diagnostyczny – leczniczy, ograniczając się do niezbędnych zleceń koniecznych do ustalenia rozpoznania i podjęcia decyzji o skierowaniu pacjenta do właściwego oddziału szpitalnego lub wydania zaleceń do leczenia ambulatoryjnego. Zakres diagnostyki w SOR ogranicza się do sprzętu diagnostycznego znajdującego się w SOR i służy potwierdzeniu lub wykluczeniu stanu zagrożenia zdrowotnego. Po stwierdzeniu wskazań do hospitalizacji w oddziale szpitalnym w porozumieniu z lekarzem dyżurnym oddziału przekazuje pacjenta, lub wypisuje pacjenta z SOR i wydaje skierowanie do właściwego oddziału szpitala poprzez Izbę Przyjęć Szpitala. W przypadku konieczności umieszczenia pacjenta w oddziale specjalistycznym innego szpitala ustala miejsce i zleca stosowny transport ambulansem SOR lub innymi środkami transportu sanitarnego wg wskazań.
 - 4) W przypadku konieczności leczenia w trybie planowym lekarz dyżurny SOR odsyła pacjenta do odpowiedniej poradni specjalistycznej celem ustalenia terminu przyjęcia planowego i uzupełnienia diagnostyki.
 - 5) W przypadku braku wskazań do kierowania pacjenta do leczenia szpitalnego, przy stwierdzeniu zasadności zgłoszenia się pacjenta do SOR, lekarz dyżurny zaopatruje pacjenta i odsyła do dalszego leczenia ambulatoryjnego w najbliższym dniu roboczym.
 - 6) W przypadkach kierowania pacjenta i przewożenia przez zespoły ratownictwa medycznego lekarz dyżurny SOR zwalnia zespół wyjazdowy dopiero po przejęciu pacjenta bez zbędnej zwłoki potwierdzając powyższy fakt w dokumentacji.
- C. W przypadku stwierdzenia braku zasadności zgłoszenia się pacjenta do SOR, lekarz dyżurny informuje pacjenta o sposobie i miejscu leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z zakresem świadczeń ustalonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W powyższym przypadku wszelka diagnostyka w SOR może być wykonana wyłącznie na koszt pacjenta.
8. W okresie od 01.07.2019 do instalacji systemu TOP SOR przez jednostki upoważnione przez Ministerstwo Zdrowia i uzupełnienia braków kadrowych oznaczenia kolorami grup, oraz oznaczenia czasu przybycia i rejestracji dokonuje się ręcznie, nie wprowadza się biletomatów, tablic świetlnych i odrębnego systemu informatycznego z bieżącą informacją o aktualnym czasie oczekiwania, a przekazuje się te informacje pacjentowi bezpośrednio w okienku rejestracji.

Postanowienia końcowe

1. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym bezwzględnie zabrania się wykonywania wszelkiej nieodpłatnej diagnostyki na rzecz innych podmiotów bez wskazań określonych powyżej.
2. Koszty diagnostyki wykonywanej przy konsultacjach lekarzy dyżurnych oddziałów spoza zakresu SOR obciążają oddział przyjmujący w przypadku przekazania pacjenta lub Izbę Przyjęć właściwego oddziału. O obciążeniu decyduje pieczęć i podpis lekarza zlecającego.
3. Wszelkie przypadki zaopatrywania pacjenta, u którego zachodzi podejrzenie naruszenia prawa podlegają zgłoszeniu odpowiednim organom i wymagają odnotowania zgłoszenia w dokumentacji w postaci godziny zgłoszenia i nazwiska osoby przyjmującej zgłoszenie.
4. Wszelkie przypadki samowolnego oddalenia się pacjenta z SOR, przyjęcia pacjenta o nieznanych personaliach, uchybieniach formalnych i fachowych współpracujących służb i naruszenia przepisów porządkowych SOR podlegają zgłoszeniu właściwym organom.
5. W przypadku zdarzeń masowych lub katastrof pacjentom o nieustalonych personaliach wykonuje się dokumentację fotograficzną.
6. Szpitalny Oddział Ratunkowy współuczestniczy w zabezpieczeniu obejmowanego rejonu w zakresie zabezpieczenia katastrof zgodnie z obowiązującymi planami powiatowymi, wojewódzkimi i krajowymi.
7. W zakresie wykraczającym poza możliwości diagnostyczne dostępne w oddziale i posiadaną wiedzę medyczną lekarz dyżurny oddziału jest zobowiązany do zasięgnięcia konsultacji specjalistów szpitala.
8. Personel oddziału w tym przede wszystkim lekarze są zobowiązani do przestrzegania zasad wykonywania celowanej diagnostyki z zachowaniem racjonalności i efektywności.
9. Personel SOR w trakcie udzielania świadczeń jest chroniony przepisami prawa Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jak pozostali funkcjonariusze publiczni.
10. W przypadkach wystąpienia nagłego stanu zagrożenia zdrowotnego na terenie obiektów udzielających świadczeń medycznych (szpital, przychodnia) pomocy udziela najbliższy miejscu zdarzenia personel medyczny i organizuje transport pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
11. W przypadkach wystąpienia nagłego stanu zagrożenia zdrowotnego na terenie SPZZOZ poza obiektami udzielania świadczeń medycznych (teren poza budynkami szpitala i przychodni) pomocy medycznej udzielają Zespoły Ratownictwa Medycznego właściwe ze względu na lokalizację na podstawie wezwania telefonicznego świadków zdarzenia.

Z – ca Dyrektora
ds. leczenia
SPZZOZ w Gryficach

lek. med. Andrzej Gorzka
(data i podpis ordynatora oddziału/LKO)

DYREKTOR
SPZZOZ w Gryficach

Piotr Sottysiński

(data i podpis Dyrektora SPZZOZ w Gryficach)

RADCA PRAWNY

Katarzyna Burdziak
Katarzyna Burdziak