

REGULAMIN

Oddział Chirurgiczny

Z-ca Dyrektora
ds. leczenia
Zatwierdzam ... SPZZOZ w Gryficach ...
31.12.2012r. *tek. med. Rajmund Rajewski*

ROZDZIAŁY REGULAMINU PORZĄDKOWEGO ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO 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, KWALIFIKACJA DO LECZENIA OPERACYJNEGO, OPIEKA POOPERACYJNA, DYSKWALIFIKACJA Z LECZENIA OPERACYJNEGO.....	6
III.	WYPIS PACJENTA Z ODDZIAŁU.....	8
IV.	ZLECANIE I ORGANIZACJA TRANSPORTU SANITARNEGO	9
V.	PROWADZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I STATYSTYCZNEJ.....	10
VI.	ZASADY ZAOPATRZENIA I PROWADZENIE OBROTU LEKÓW, SPRZĘTU MEDYCZNEGO, MATERIAŁÓW EKSPLOATACYJNYCH.....	11
VII.	ZASADY ZLECANIA I WYKONYWANIA KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH NA RZECZ KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA	12
VIII.	ZLECANIE USŁUG ZEWNĘTRZNYCH.....	13
IX.	PODLEGŁOŚĆ SŁUŻBOWA, ZAWODOWA, ODPOWIEDZIALNOŚĆ I KONTROLA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH USŁUG.....	14
X.	TAJEMNICA SŁUŻBOWA, LEKARSKA, PIELĘGNIARSKA I ZASADY ETYKI ZAWODOWEJ	14
XI.	KSZTAŁCENIE PERSONELU.....	15
XII.	ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA	15
XIII.	ZASADY UDOSTĘPNIANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W ODDZIALE CHIRURGICZNYM	15
XIV.	ZASADY ODWIEDZANIA PACJENTÓW I SPRAWOWANIE DODATKOWEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ.....	15
XV.	W CELU ZAPEWNIENIA KONTAKTU Z OTOCZENIEM ZEWNĘTRZNYM PACJENCI MOGĄ KORZYSTAĆ Z:	17

REGULAMIN PORZĄDKOWY ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO SPZZOZ W GRYFICACH

Regulamin porządkowy Oddziału Chirurgicznego 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 ze szczególnym uwzględnieniem procedur zabiegowych, wypisu pacjenta, ordynacji leczenia poza szpitalnego i kontroli ambulatoryjnej po leczeniu szpitalnym w podległych Poradniach. Celem ujednoczenia 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 chirurgicznego wykonywane są w trybie planowym w godzinach 9.00 – 14.00 od poniedziałku do czwartku, pilnym i natychmiastowym w stanach zagrożenia życia i nagłego pogorszenia stanu zdrowia w trybie całodobowym według wskazań medycznych ocenianych każdorazowo na podstawie badania lekarskiego przez lekarza dyżurnego oddziału chirurgicznego (DOC.)
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 uprawnionego potwierdzającego celowość i zasadność kierowania pacjenta do hospitalizacji, posiadający aktualne wyniki badań dodatkowych niezbędne do podjęcia leczenia operacyjnego zgodnie z kwalifikacją wraz z dotychczasową dokumentacją leczenia, 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 Chirurgicznej, Urologicznej lub innej specjalności chirurgicznej w dniach i godzinach pracy Poradni, a przypadkach wyjątkowych lekarz dyżurny oddziału chirurgicznego. Po kwalifikacji pacjenta dane odnotowywane są na liście oczekujących prowadzonej w sekretariacie oddziału chirurgicznego. Termin przyjęcia do leczenia zakwalifikowanego pacjenta można ustalić osobiście w sekretariacie oddziału chirurgicznego w każdym dniu roboczym w godzinach 8.00-15.00, w Poradni Chirurgicznej, lub telefonicznie pod numerem sekretariatu.

4. w przypadku przyjęć pacjentów w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia skierowanie do oddziału wystawia lekarz dyżurny Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR), jeśli osiągnięcie poprawy stanu zdrowia pacjenta nie jest możliwe w trybie ambulatoryjnym. Ostateczna decyzja o przyjęciu pacjenta pozostaje w gestii lekarza dyżurnego oddziału chirurgicznego (LDOC). W przypadkach spornych decyzję podejmuje lekarz naczelny szpitala (dyżurny SOR). 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 dokonany w karcie wyjazdowej przez lekarza dyżurnego oddziału (LDOC).
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 i procedury zabiegowe; informuje pacjenta o możliwych powikłaniach zastosowanych procedur; zbiera wywiad epidemiologiczny i potwierdza go podpisem w obecności pacjenta.

10. pacjent po podpisaniu wymaganych dokumentów, zaewidencjonowaniu w księdze głównej szpitala, z wypełnioną historią choroby, po zdaniu rzeczy osobistych do magazynu odzieży i podpisaniu protokołu przejęcia, jest odprowadzany do oddziału przez personel IPS do oddziału chirurgicznego. W przypadkach wyjątkowych, takich jak wypadki i zdarzenia masowe odtransportowaniem pacjenta do oddziału zajmuje się personel oddziału przyjmującego wezwany do pomocy.
11. 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 chirurgicznego potwierdza zasadność przyjęcia w historii choroby. Uzupełnienie niezbędnych danych następuje z chwilą odzyskania zdolności do czynności prawnych przez pacjenta w oddziale chirurgicznym.
12. w przypadku przyjęć w każdym trybie pacjentów nieletnich zgodę wyraża opiekun prawny nieletniego lub właściwy miejscowo Sąd powiadomiony o konieczności hospitalizacji przez lekarza dyżurnego.
13. pacjent przy przyjęciu do oddziału może skorzystać z możliwości oddania do depozytu rzeczy wartościowych zgodnie z przyjętą procedurą opisaną w standardzie. W przypadku nie przekazania rzeczy wartościowych do depozytu szpital nie odpowiada za ich utratę w trakcie hospitalizacji, a w przypadku przyjęć pacjentów o ograniczonym stanie 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, KWALIFIKACJA DO LECZENIA OPERACYJNEGO, OPIEKA POOPERACYJNA, DYSKWALIFIKACJA Z LECZENIA OPERACYJNEGO

1. pacjent przyjęty do oddziału chirurgicznego zostaje przekazany osobiście przez personel IPS pod opiekę pielęgniarki odcinkowej oddziału chirurgicznego wraz z dokumentacją.
2. pielęgniarka odcinkowa oddziału chirurgicznego wciąga do ewidencji przyjętego pacjenta, przydziela pacjentowi salę i łóżko według wskazań medycznych; informuje 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 o godzinie 08.30 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, lekarza dyżurnego, pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki odcinkowej, pielęgniarki zmianowej i sekretarki medycznej ostateczna kwalifikacja do leczenia, diagnostyki i zabiegów pielęgniarskich ze szczegółowym planowaniem terminów zabiegów, konsultacji, badań diagnostycznych i leczniczych.
5. bezpośrednio odpowiedzialnym za proces leczenia, diagnostyki i ordynacji jest lekarz prowadzący, który ma obowiązek planować i prowadzić leczenie pacjenta pod kierunkiem ordynatora; informować pacjenta o planowanym leczeniu i diagnostyce oraz dokumentować wszystkie wykonywane i planowane czynności w historii choroby.
6. po ustaleniu i zaplanowaniu procesu leczenia następuje kwalifikacja do leczenia operacyjnego odnotowana w historii choroby. Lekarz prowadzący informuje pacjenta o planowanym zakresie leczenia operacyjnego, zasadach jego przeprowadzenia, potencjalnym ryzyku i możliwych powikłaniach, a po upewnieniu się o właściwym zrozumieniu informacji przez pacjenta, uzyskuje jego pisemną zgodę na proponowane leczenie, jeśli taka zgoda nie była uzyskana wcześniej.

7. co najmniej na 24 godziny przed planowanym zabiegiem dane personalne i niezbędne medyczne zostają umieszczone w planie operacyjnym na następny dzień. Pacjent wypełnia ankietę anestezyjologiczną, którą przekazuje lekarzowi anestezyjologowi w czasie badania kwalifikacyjnego do znieczulenia. W przypadku pacjentów nieletnich Ankieta wypełnia opiekun prawny.
8. co najmniej na 12 godzin przed planowanym zabiegiem operacyjnym zakwalifikowany pacjent jest badany przez lekarza anestezyjologa, dokonującego kwalifikacji do znieczulenia.
9. w przypadku konieczności uzupełnienia badań diagnostycznych, lub wykryciu w trakcie kwalifikacji do znieczulenia przeciwwskazań do wykonania zabiegu lekarz prowadzący w porozumieniu z anestezyjologiem ustala indywidualny tryb postępowania i informuje o powyższym ordynatora i pacjenta.
10. co najmniej na 24 godziny przed planowanym zabiegiem operacyjnym pacjent jest informowany przez pielęgniarkę odcinkową o niezbędnym przygotowaniu do planowanego zabiegu i koniecznych do wykonania zabiegach pielęgniarstwie i czynnościach higienicznych.
11. w dniu zabiegu pacjent o wyznaczonej godzinie otrzymuje zleconą premedykację, a na co najmniej 15 minut przed wyznaczoną godziną operacji jest transportowany przez pielęgniarkę zmianową na salę operacyjną wraz z historią choroby i całą niezbędną dokumentacją.
12. w służbie bloku operacyjnego następuje osobiste przekazanie pacjenta przez pielęgniarkę zmianową pielęgniarce anestezyjologicznej wraz z dokumentacją i niezbędnymi lekami.
13. pacjent o wyznaczonej w planie operacyjnym godzinie winien znajdować się na sali operacyjnej pod bezpośrednią opieką lekarza anestezyjologa prowadzącego znieczulenie.
14. operator o wyznaczonej w planie operacyjnym godzinie ma obowiązek zacząć punktualnie operację. W przypadku odstępstw od powyższej zasady w ma obowiązek odnotować fakt opóźnienia rozpoczęcia zabiegu operacyjnego w historii choroby pacjenta.

przejmuje lekarz prowadzący salę pooperacyjną. Lekarz operujący ma obowiązek poinformowania pacjenta o przebiegu operacji, zakresie wykonanego zabiegu i powikłaniach, które wystąpiły w trakcie zabiegu. W Sali pooperacyjnej odwiedziny są możliwe jedynie po uzyskaniu zgody lekarza prowadzącego salę, ordynatora lub lekarza dyżurnego.

16. pacjent przebywa na Sali pooperacyjnej co najmniej przez okres pełnego ustąpienia znieczulenia i stabilizacji parametrów. Kwalifikacji do przeniesienia na salę ogólną dokonuje Ordynator w czasie obchodu lub lekarz dyżurny oddziału. Pacjent powinien z Sali pooperacyjnej trafić na poprzednio zajmowane łóżko, chyba, że występują przeciwwskazania medyczne, a opiekę nad nim przejmuje ponownie lekarz prowadzący.
17. 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.
18. 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.
19. najpóźniej w dniu wypisu lekarz prowadzący, oraz pielęgniarka odcinkowa zamykają historię choroby dokonując odpowiednich adnotacji i przekazują całość dokumentacji do sekretariatu.

III. WYPIS PACJENTA Z ODDZIAŁU

1. w wyznaczonym dniu wypisu lekarz prowadzący do godziny 9.30 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 ordynatora lub osobę wyznaczoną, przekazywana pacjentowi najpóźniej do godziny 13.00.

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. w przypadku braku miejsca stałego zamieszkania pacjenta, lub braku możliwości zapewnienia pacjentowi opieki w miejscu zamieszkania sekretariat oddziału 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 zawartym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie transportu sanitarnego, oraz w oparciu o zasady bezpieczeństwa chorego i wynik ekonomiczny (łączenie przewozów).
2. w przypadku konieczności przewiezienia pacjenta przy użyciu transportu sanitarnego lekarz prowadzący ustala wskazania do transportu, rodzaj transportu i zakres opieki na czas transportu zgodnie z zarządzeniem dyrektora SPZZOZ w sprawie transportu sanitarnego.
3. 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. leczenia.
4. w przypadku konieczności transportowania pacjenta bez konieczności prowadzenia wentylacji zastępczej w czasie transportu, lekarz prowadzący zleca transport sanitarny ambulansem szpitalnym, zabezpieczając obsługę lekarską i/lub pielęgniarską personelem oddziału zlecającego.
5. sekretariat oddziału najpóźniej na 24 godziny przed planowanym transportem ustala termin i warunki wykonania transportu z pielęgniarką oddziałową SOR
6. w przypadku braku zabezpieczenia medycznego ze strony personelu oddziału zlecającego pielęgniarka oddziałowa może odmówić realizacji zlecenia i informuje o powyższym

zdarzeniu ordynatora oddziału ratunkowego. Kwestie sporne rozstrzygają ordynatorzy oddziału zlecającego i ratunkowego.

7. po przyjęciu i potwierdzeniu zlecenia w wyznaczonym dniu o wyznaczonej godzinie pacjent powinien być przygotowany do transportu, a kierowca/ratownik przejmuje opiekę nad pacjentem i dokumentacją, oraz realizuje zlecenie na podstawie wystawionego zlecenia przewozu.
8. 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 pielęgniarsko-lekarskiej.
9. 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 chirurgicznym dokumentacja prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi zasadami prawnymi, zachowaniem tajemnicy służbowej, lekarskiej, pielęgniarskiej, danych osobowych i medycznych.
2. dokumentacja oddziału chirurgicznego składa się z dokumentacji zbiorczej i indywidualnej.
3. dokumentacja indywidualna lekarska i pielęgniarska prowadzona jest dwutorowo w formie historii choroby zawierającej dane osobowe, informacje o stanie zdrowia pacjenta w przebiegu procesu leczenia, kwalifikacje do leczenia operacyjnego, zabiegów diagnostycznych, znieczulenia, konsultacje specjalistyczne, wyniki wykonanych badań diagnostycznych, przebiegu procesu pielęgnowania, ordynowanych leków.
4. za zgromadzenie danych osobowych, statystycznych, wyników badań i niezbędnych do rozliczenia z płatnikiem, oraz dokumentacje zbiorczą odpowiedzialny jest personel sekretariatu oddziału chirurgicznego.
5. za dane dotyczące zabiegów pielęgniarskich, wykonanych 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 chirurgicznym sprawuje ordynator oddziału chirurgicznego
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 operacyjnych i 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 ustala rozpoznania jednostek chorobowych i najpóźniej w dniu wypisu sporządza epikryzę zawierającą główne sentencje z przeprowadzonego procesu leczenia, nadaje odpowiednie numery statystyczne rozpoznanyim jednostkom chorobowym, oraz wykonanym procedurom medycznym i przekazuje zakończoną historię choroby do zatwierdzenia ordynatorowi oddziału chirurgicznego.
10. archiwizacją dokumentacji zajmuje się sekretariat oddziału chirurgicznego, zgodnie z obowiązującą procedurą postępowania i nadzoru nad dokumentacją.
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 chirurgicznego.
3. za zaopatrzenie, dystrybucję i nadzór nad lekami narkotycznymi i preparatami krwiopochodnymi lekarz wyznaczony imiennie przez ordynatora oddziału.

4. oddział chirurgiczny 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 sporządzane 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 ordynator oddziału chirurgicznego 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. osobami odpowiedzialnym materialnie za sprzęt medyczny, środki trwałe i zasoby magazynowe jest ordynator oddziału chirurgicznego i pielęgniarka oddziałowa.
8. 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 ds. zamówień publicznych sporządza specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ) i na podstawie zarządzenia dyrektora zostają powołani do komisji przetargowej.
9. ordynator oddziału odpowiada osobiście za racjonalną gospodarkę finansową oddziału.

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

1. ordynator oddziału chirurgicznego wyznacza lekarzy oddziału odpowiedzialnych za wykonywanie konsultacji specjalistycznych w innych jednostkach szpitala
2. zlecenia planowych konsultacji specjalistycznych przyjmuje sekretariat w godzinach pracy w dni robocze, a konsultacji pilnych lekarz dyżurny oddziału.

3. zlecone konsultacje winny odbyć się w dniu zgłoszenia bez zbędnej zwłoki, a ich wynik lekarz konsultujący odnotowuje w historii choroby pacjenta.
4. w przypadku konieczności wezwania lekarza na konsultację do oddziału chirurgicznego z innej jednostki szpitala, lekarz prowadzony dokonuje w historii choroby adnotacji zawierającej zlecenie i cel ewentualnej konsultacji i przekazuje historię choroby do sekretariatu celem ustalenia terminu konsultacji. W terminie wyznaczonym lekarz prowadzący jest zobowiązany do uczestniczenia w czasie konsultacji celem uzgodnienia z konsultującym zakresu leczenia interdyscyplinarnego.
5. zlecenie badań laboratoryjnych odbywa się w trakcie obchodu ordynatorskiego lub w każdym innym czasie, zawsze na podstawie wskazań medycznych, 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.
6. zlecenie badań obrazowych odbywa się w trakcie obchodu ordynatorskiego lub w każdym innym czasie, zawsze na podstawie wskazań medycznych, poprzez wypełnienie przez lekarza prowadzącego lub dyżurnego druku zlecenia badania. Sekretariat lub pielęgniarka odcinkowa telefonicznie umawia termin wykonania badania i przekazuje go lekarzowi prowadzącemu. W wyznaczonym terminie pacjent jest transportowany przez personel oddziału chirurgicznego do pracowni diagnostycznej. Przez cały czas wykonywania badania jak i transportowania pacjenta opiekuje się nim personel oddziału chirurgicznego. W przypadku konieczności w trakcie badania powinien uczestniczyć lekarz prowadzący.
7. zlecenie 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. ZLECANIE USŁUG ZEWNĘTRZNYCH

1. w przypadku konieczności wykonania badań diagnostycznych poza jednostkami SPZZOZ Gryfice decyzję o zleceniu badania podejmuje ordynator oddziału na wniosek lekarza prowadzącego kierując się zasadą celowości, konieczności i ekonomicznego uzasadnienia.
2. badania dostępne w ramach ambulatoryjnie kontraktowanych przez płatnika w przypadku przyjęć planowych winny być wykonane przed przyjęciem i kwalifikacją pacjenta.

3. po podjęciu decyzji o konieczności wykonania badania ordynator oddziału chirurgicznego wystawia wniosek na badania do dyrektora. Po zatwierdzeniu wniosku sekretariat oddziału ustala termin wykonania badania, a lekarz prowadzący przygotowuje procedurę zapewnienia transportu sanitarnego.
4. zlecenie badań zewnętrznym podmiotom ma uzasadnienie jedynie w przypadku możliwości leczenia pacjenta w macierzystym oddziale.

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

1. przełożonym wszystkich pracowników oddziału chirurgicznego jest ordynator oddziału chirurgicznego, który realizuje swoje obowiązki i uprawnienia kierownicze określone w zakresie warunków szczegółowych umowy bezpośrednio, lub poprzez zastępcę, pielęgniarkę oddziałową, lub inne wyznaczone osoby.
2. ordynator kontroluje z upoważnienia dyrektora jakość świadczonych usług przez podmioty świadczące usługi w ramach umów cywilnoprawnych w oddziale chirurgicznym.
3. personel pielęgniarski podlega służbowo pielęgniarce oddziałowej oddziału chirurgicznego
4. personel niższy i pomocniczy podlega bezpośrednio pielęgniarce oddziałowej
5. w trakcie dyżuru obowiązki ordynatora oddziału pełni lekarz dyżurny oddziału chirurgicznego.
6. skargi przyjmuje i rozpatruje ordynator oddziału chirurgicznego w podstawowych godzinach pracy

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

1. Oddział Chirurgiczny funkcjonuje w oparciu o:
 - Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 02 stycznia 2004 r.
 - Kodeks etyki zawodowej pielęgniarek i położnych Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 09 grudnia 2003 r.
 - Kodeks Etyki Zawodowej Pracowników SPZZOZ w Gryficach z dnia 15 listopada 2010 r.
 - Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r.

XI. KSZTAŁCENIE PERSONELU

1. Szkolenia wewnętrzne / oddziałowe, ogólnie szpitalne /
2. Szkolenia zewnętrzne / poza jednostką macierzystą /
3. Staże specjalizacyjne
4. Szkolenia podyplomowe.

XII. ZASADY UDZIELANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA

1. Informacji o stanie zdrowia i planach dalszego leczenia, pacjentom udziela na bieżąco ordynator oddziału, lekarz prowadzący, lekarz upoważniony przez ordynatora.
2. Informacji o stanie zdrowia pacjenta osobom upoważnionym przez chorego udziela codziennie w godzinach **od 12: 00 do 13: 00 ordynator** 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 CHIRURGICZNYM

1. Dokumentacja medyczna osoby leczonej w oddziale udostępniana jest na wniosek pacjenta do wglądu lub w postaci kserokopii (opłata za kserokopie wnoszona do kasy szpitala według cennika)
2. Dokumentację lekarską udostępnia do wglądu ordynator oddziału lub lekarz prowadzący; w poniedziałki, środy i piątki, w godzinach **od 12: 00 do 13:00**.
3. Dokumentację pielęgniarską udostępnia do wglądu pielęgniarka oddziałowa, w poniedziałki, środy i piątki, w godzinach **od 12: 00 do 13:00**.

XIV. ZASADY ODWIEDZANIA PACJENTÓW I SPRAWOWANIE DODATKOWEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ

1. Odwiedziny pacjentów w oddziale odbywają się codziennie **od godz. 09: 00 do godz. 21:00**
2. Odwiedziny na Sali pooperacyjnej (Sali intensywnego nadzoru) odbywają się codziennie w godz. **Od 10: 00 do godz. 18: 00**, a w uzasadnionych przypadkach za zgodą ordynatora lub lekarza dyżurnego w innych godzinach.
3. Osoby sprawujące dodatkową opiekę pielęgniarską 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 szpitalny. 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 po za 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 odwiedziny 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 pielęgniarskich

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

- Dostarczania pacjentom alkoholu, papierosów oraz artykułów zabronionych przez lekarza
- Dawania 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

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

18.10.2010
9621805
ORZĘDNIK
Odziału Chirurgicznego w Gryficach.....
(data i podpis ordynatora oddziału)
specjalista chirurg

DYREKTOR
SPZZOZ w Gryficach
.....
(data i podpis dyrektora SPZZOZ w Gryficach)