 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/05/2013
	PRZYGOTOWANIA I PRZEKAZANIA WYPISU PACJENTA Z ODDZIAŁU	Stron 4 Strona 1
WYDANIE: 1	DATA: LIPIEC 2013	

SZPITAL POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.

PROCEDURA

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO
EGZEMPLARZ NADZOROWANY Nr

Egzemplarz
wydano


Nazwa komórki

Opracował :	Sprawdził:	Zatwierdził:
<i>Pielegniarka Naczelna</i> <i>Liliana Płotek</i>	<i>Dyrektor ds. Medycznych</i> <i>Lech Wiszniowski</i>	<i>Prezes Zarządu</i> <i>Beata Ładyszkowska</i>
Podpis: PIELEGNIARKA NACZELNA Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. <i>mgr Liliana Płotek</i>	Podpis: p.o. DYREKTOR ds. medycznych <i>lek. Lech Wiszniowski</i>	Podpis: PREZES ZARZĄDU <i>Beata Ładyszkowska</i>
Data: <i>24.06.2015</i>	Data: <i>24.06.2015</i>	Data: <i>24.06.2015</i>

Wszelkie prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część niniejszego dokumentu nie może być zwielokrotniana jakąkolwiek techniką

bez zgody Prezesa Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/05/2013	
	PRZYGOTOWANIA I PRZEKAZANIA WYPISU PACJENTA Z ODDZIAŁU	Stron:	5
		Strona:	2
WYDANIE: 1	DATA: LIPIEC 2013		

1. CEL

Celem procedury jest zagwarantowanie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentkom w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

2. ZAKRES STOSOWANIA

Niniejszą procedurą Prezes Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. ustala jednolite zasady postępowania, przygotowania i przekazywania wypisu pacjenta z oddziałów szpitalnych.

3. MIEJSCE STOSOWANIA

Procedura obowiązuje ordynatorów / koordynatorów Oddziałów w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. wraz z podległym personelem.

4. DOKUMENTY ZWIĄZANE

Aktualna Ustawa o działalności leczniczej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Instrukcja sporządzania, kontrola i obieg dokumentów medycznych.

5. OZNACZENIA I DEFINICJE

Zgodne ze Schematem Organizacyjnym.

6. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

6.1. Ordynator/koordynator oddziału – jest odpowiedzialny za:

- ustalenie i wyznaczenie terminów wypisów po konsultacji z lekarzem prowadzącym,
- ustalenie z lekarzem prowadzącym dalszego postępowania z pacjentem po wypisaniu z oddziału szpitala,
- nadzorowanie sposobu postępowania przez personel oddziału przy wypisie,
- informacje zawarte w Karcie informacyjnej leczenia szpitalnego z opisem choroby i przebiegiem leczenia w oddziale oraz wskazania dalszego postępowania.

6.2. Lekarze oddziału – są odpowiedzialni za:

- ustalenie terminu wypisu z ordynatorem/koordynatorem oddziału,
- poinformowanie pacjenta o dalszym postępowaniu po wypisie ze szpitala,
- terminowe uzupełnienie dokumentacji medycznej,
- wypisanie ewentualnych recept i skierowań.

6.3. Lekarze dyżurni – odpowiadają za:

- bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej.

6.4. Pielęgniarka/Położna oddziałowa/koordynująca – jest odpowiedzialna za:

- nadzorowanie dokumentacji pielęgniarskiej/położniczej w zakresie przygotowania wypisu (wskazówki pielęgniarskie),

2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/05/2013	
	PRZYGOTOWANIA I PRZEKAZANIA WYPISU PACJENTA Z ODDZIAŁU	Stron:	5
		Strona:	3
WYDANIE: 1	DATA: LIPIEC 2013		

- dopilnowanie, aby wydano pacjentowi rzeczy i przedmioty oddane do depozytu,
- zorganizowanie transportu pacjenta do domu w sytuacji kiedy wymaga tego stan pacjenta.

7. OPIS POSTĘPOWANIA

7.1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. następuje, gdy:

- stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu,
- brak wskazań do dalszego leczenia (bez wyrażania woli ze strony pacjenta),
- na żądanie osoby przebywającej w szpitalu, jej przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego,
- osoba przebywająca w szpitalu w sposób rażąco narusza regulaminy porządkowe szpitala, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia, albo życia i zdrowia innych osób.

7.2. O przewidzianym terminie wyjścia pacjenta z oddziału decyduje ordynator/koordynator po uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym, o czym informuje ustnie pacjenta (opiekuna faktycznego, opiekuna ustawowego) na wizycie porannej w dzień przed wypisem,

7.2.1 W dniu wypisu pacjent otrzymuje kartę informacyjną leczenia szpitalnego.

7.2.2 Karta informacyjna leczenia szpitalnego, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:

- nazwę szpitala i oddziału,
- oznaczenie pacjenta, a w przypadku dziecka do 1 roku życia - także numer PESEL matki dziecka, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie,
- datę dokonania wpisu,
- informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby (rozpoznanie) oraz procesu diagnostycznego, leczniczego (wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych, zastosowane leczenie), wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, pielęgnacji, żywienia i trybu życia, propozycje dalszej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej lub rehabilitacyjnej m.in. terminy wizyt kontrolnych, zmian opatrunków; zalecane leki lub inne produkty lecznicze,
- inne informacje wynikające z przepisów odrębnych.


7.2.3 Jeżeli konieczne jest przyjmowanie w domu leków zastosowanych w szpitalu, pacjent otrzyma receptę z zapisanym farmaceutykiem w ilości wystarczającej maksymalnie do wizyty u lekarza rodzinnego bądź w poradni specjalistycznej. W razie konieczności dłuższego przyjmowania leków, to lekarz rodzinny powinien przepisać kolejne recepty zanim wyczerpią się zapasy ze szpitala.

7.2.4 Po wypisie ze szpitala zalecana jest wizyta u lekarza rodzinnego. Jeżeli po wypisie pacjenta do domu, konieczne są kolejne wizyty w poradni przyszpitalnej, personel

Wszelkie prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część niniejszego dokumentu nie może być zwielokrotniana jakkolwiek

techniką bez zgody Prezesa Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/05/2013	
	PRZYGOTOWANIA I PRZEKAZANIA WYPISU PACJENTA Z ODDZIAŁU	Stron:	5
		Strona:	4
WYDANIE: 1	DATA: LIPIEC 2013		

oddziału rejestruje pacjenta i wpisuje datę kolejnej wizyty w Karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

- 7.2.5 Zaświadczenie o niezdolności do pracy wypisuje pracownik oddziału wyznaczony przez koordynatora, upoważniony do wglądu w dokumentację medyczną. Wcześniej należy uzyskać od pacjenta aktualną legitymację ubezpieczeniową oraz NIP zakładu pracy.
- 7.2.6 Wypisy wydawane są w sekretariatach poszczególnych Oddziałów. Odbiór karty informacyjnej pacjent pisemnie potwierdza w dokumentacji medycznej (Historii Choroby)
- 7.2.7 Z powodu dużej rotacji chorych na oddziale i konieczności przygotowania łóżka dla kolejnego pacjenta, zwolnienie łóżka powinno nastąpić w dniu wypisu w godzinach dopołudniowych.
- 7.2.8 Osoby, które wymagają transportu, odwożone są do domu lub innego wskazanego miejsca pobytu karetką transportową.
- 7.2.9 Pielęgniarka oddziałowa lub wyznaczona przez nią inna osoba, po uzyskaniu informacji, że pacjent wymaga transportu karetką, ten transport organizuje.
- 7.3 Jeśli przedstawiciel ustawy pacjenta zażąda wypisania ze szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga bezwzględnego leczenia z uwagi na zagrożenie życia pacjenta, Dyrektor ds. medycznych lub ordynator/koordynator oddziału, na wniosek lekarza prowadzącego zawiadamia odpowiednie organy: prokuraturę, sąd opiekuńczy, chyba, że przepisy szczegółowe stanowią inaczej.
- 7.4 Jeżeli przedstawiciel ustawy lub opiekun osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji, nie odbierze podopiecznego ze szpitala po wyznaczeniu terminu do odbioru pacjenta, szpital zawiadamia organ właściwej gminy.
- 7.5 Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w szpitalu, począwszy od terminu określonego przez ordynatora/koordynatora oddziału, bez względu na posiadane uprawnienia do bezpłatnych świadczeń.
- 7.6 Pacjent ma możliwość wypisania się ze szpitala na własne żądanie, jest wówczas informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia,
- 7.6.1. Wypis na własne żądanie:
- osoba taka składa pisemne oświadczenie o wypisaniu się ze szpitala na własne żądanie,
 - w przypadku odmowy złożenia takiego oświadczenia, lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej,
 - w sytuacji, gdy pacjent wypisze się na własne żądanie i w ciągu 14 dni wróci do szpitala z tym samym rozpoznaniem, będzie on zobowiązany do poniesienia kosztów ponownej hospitalizacji według stawek, jak za leczenie prywatne.
- 7.7. Przed opuszczeniem oddziału przez pacjenta należy poprosić go o:
- sprawdzenie, czy w sali nie zostały rzeczy osobiste,
 - odebranie wypisu,

2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/05/2013	
	PRZYGOTOWANIA I PRZEKAZANIA WYPISU PACJENTA Z ODDZIAŁU	Stron:	5
		Strona:	5
WYDANIE: 1	DATA: LIPIEC 2013		

- odebranie wszystkich pozostałych dokumentów: recept i skierowania na wizytę kontrolną od lekarza prowadzącego oraz wskazówek dotyczących dawkowania leków i stosowania odpowiedniej diety,
- odebranie rzeczy zdeponowanych w magazynie chorych.

7.8. Udostępnianie dokumentacji po wypisie:

- a) Szpital udostępnia kopię dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t).
- b) Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
- c) Uzupełniony "Wniosek o udostępnienie dokumentacji" należy złożyć w Sekretariacie szpitala.
- d) W przypadku pytań i wątpliwości należy kontaktować się z Dyrektorem ds. medycznych

8. FORMA DOKUMENTOWANIA

Dokumentacja wewnętrzna indywidualna i zbiorcza pacjenta.


9. MIEJSCE I OKRES ARCHIWIZOWANIA

Dokumentacja indywidualna pacjenta 20 lat w archiwum szpitala.

10. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 – Potwierdzenie zapoznania z procedurą.

J

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/03/2013	
	postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	4
		Strona:	1
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		


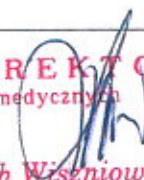
SZPITAL POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.


PROCEDURA

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO

EGZEMPLARZ NADZOROWANY Nr

Egzemplarz wydano.....

Opracował :	Sprawdził:	Zatwierdził:
Pielęgniarka Naczelna Mgr Lilianna Płotek	Dyrektor ds. medycznych Lek. Med. Lech Wiszniowski	Prezes Zarządu Beata Ładyszkowska
Podpis:  ELEGIANIARKA NACZELNA Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. mgr Lilianna Płotek	Podpis:  D Y R E K T O R ds. medycznych lek. Lech Wiszniowski	Podpis:  P R E Z E S Z A R Z Ą D U Beata Ładyszkowska
Data: 8.07.2014	Data: 8.07.2014	Data: 08.07.2014

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/03/2013	
	postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	4
		Strona:	2
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		

- I. CEL PROCEDURY :** Zapewnienie pacjentowi ciągłości opieki i leczenia.
- II. PRZEDMIOT PROCEDURY :** Prawidłowe postępowanie personelu medycznego w przypadku
- 1) przenoszenia pacjenta Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. Z o.o między oddziałami.
 - 2) przeniesienia pacjenta ze Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o do innej placówki udzielającej świadczenia zdrowotne
 - 3) przewóz pacjenta na konsultacje
- III. DOTYCZY :** Lekarzy , pielęgniarek, położnych Działu Utrzymania Ruchu, Zespołu Karetki Transportowej
- IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ :**
- Lekarz z oddziału/poradni odpowiada za :
 - uzgodnienie miejsca na oddziale na który pacjent ma być przeniesiony
 - uzgodnienie z poradnią specjalistyczną w której pacjent ma być konsultowany daty i godziny konsultacji
 - uzupełnienie dokumentacji / wpisy w Historii Choroby i karcie zleceń oraz wypisanie skierowań i zleceń/
 - Pielęgniarka, położna z oddziału/poradni odpowiada za:
 - dopilnowanie terminu konsultacji
 - dopilnowanie kompletności dokumentacji
 - za zorganizowanie transportu pacjenta
 - pomoc w transporcie pacjenta i dbanie o bezpieczeństwo pacjenta
 - Pielęgniarka POZ NS odpowiada za:
 - przyjęcie zgłoszenia transportu i jego zorganizowanie.
 - prowadzenie dokumentacji związanej z przyjęciem zgłoszenia transportu oraz z zadysponowaniem zespołu
 - Zespół Karetki Transportowej odpowiada za:
 - bezpieczny transport i przekazanie pacjenta zgodnie z obowiązującymi zasadami
 - prowadzenie dokumentacji związanej z wykonywaniem transportów


V .KRYTERIUM WYNIKU :

Bezpieczne i sprawne przekazanie pacjenta na inny oddział, do innej placówki udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz na konsultacje specjalistyczne.

VI. OPIS POSTĘPOWANIA :

Jeżeli istnieje konieczność przeniesienia pacjenta do innego oddział lub do innego szpitala celem dalszego leczenia lub konsultacji specjalistycznej, czynność ta jest uzgadniana osobiście lub telefonicznie między ordynatorem oddziału (lekarzem dyżurnym), na którym przebywa pacjent, a ordynatorem (lekarzem dyżurnym)

α
2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/03/2013	
	postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	4
		Strona:	3
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		

oddziału szpitala do którego pacjent ma być skierowany, lub z rejestracją poradni specjalistycznej.

1. W przypadku przeniesienia pacjenta z jednego oddziału na inny oddział w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o , po uzgodnieniu z ordynatorem :

- lekarz prowadzący w Historii Choroby pod epikryzą sporządza notatkę (stan pacjenta oraz przyczyna przeniesienia) i przekazuje dokumentację pacjenta na oddział na który pacjent został przeniesiony.
- pielęgniarki / położne, po dopełnieniu wszystkich formalności (bezpieczeństwo pacjenta, dokumentacja medyczna) transportują pacjenta na wskazany oddział na wózku siedzącym bądź leżącym w zależności od stanu pacjenta (Zasady przenoszenia pacjenta wg zał. Nr.1 i Nr 2)
- personel oddziału z którego przeniesiono pacjenta, zobowiązany jest poinformować osobę zadeklarowaną przez pacjenta w Historii Choroby do udzielania informacji, o przeniesieniu pacjenta i przyczynie tego przeniesienia


2. W przypadku przeniesienia pacjenta do innego szpitala lekarz prowadzący sporządza odpowiednią informację w historii choroby o przekazaniu pacjenta do innej jednostki oraz informuje rodzinę pacjenta o przeniesieniu w celu zapewnienia ciągłości opieki.

- lekarz wypisuje skierowanie do innego szpitala
- sporządza wypis ze szpitala, który zawiera adnotacje o przekazaniu pacjenta do innej jednostki oraz nazwisko lekarza, z którym uzgodniono przyjęcie.
- zlecenie na transport do innego szpitala jest uzgadniane z pielęgniarką POZ NS która przyjmuje zgłoszenie transportu
- w przypadkach transportów zleczanych na dużą odległość lub poza obszar naszego kraju, transport należy uzgodnić z Dyrektorem ds. Medycznych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o .
- zespół karetki transportowej, która realizowała transport odbiera pacjenta z oddziału na wózku siedzącym bądź noszach na kółkach, w zależności od stanu pacjenta (Zasady przenoszenia pacjenta wg zał. Nr.1 i Nr 2)
- nad pacjentem w czasie podróży opiekę sprawuje lekarz lub ratownik w zależności od wskazań lekarskich wpisanych w zleceniu na transport.
- po przybyciu na miejsce pacjent w obecności lekarza jest przekazywany do oddziału w innym szpitalu, zgodnie ze skierowaniem, za pisemnym potwierdzeniem przekazania pacjenta.

3. W przypadku kiedy do kontynuacji leczenia konieczna jest konsultacja pacjenta w poradni specjalistycznej lub innym oddziale specjalistycznym, ordynator lub lekarz prowadzący uzgadnia osobiście lub telefonicznie termin konsultacji.

- lekarz prowadzący w Historii Choroby sporządza notatkę o stanie pacjenta oraz wskazaniach do konsultacji

d
2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/03/2013	
	postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	4
		Strona:	4
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		

- lekarz wypisuje skierowanie na konsultację oraz zlecenie na transport pacjenta.
- termin transportu następnie zgłaszany jest pielęgniarce POZ NS, która organizuje zespół karetki transportowej
- pielęgniarki / położne z oddziału przygotowują pacjenta do transportu i przekazują wraz z dokumentacją (skierowanie na konsultacje, Historia Choroby, zlecenie na transport) zespołowi karetki transportowej.
- zespół karetki transportowej, która realizowała transport odbiera pacjenta z oddziału na wózku siedzącym bądź noszach na kółkach, w zależności od stanu pacjenta (Zasady przenoszenia pacjenta wg zał. Nr 1 i Nr 2).
- po konsultacjach zespół karetki transportowej odbiera pacjenta wraz z dokumentacją (Historia Choroby) oraz wynikiem konsultacji. Następnie pacjent zostaje przewieziony z powrotem do szpitala i przekazany na macierzysty oddział.
- nad pacjentem w czasie podróży opiekę sprawuje lekarz lub ratownik w zależności od wskazań lekarskich wpisanych w zleceniu na transport.

4. Przekazanie pacjenta pod opiekę Zespołu transportowego podczas wyjazdu do innego szpitala, czy na konsultację, udokumentowane jest w Karcie przekazania pacjenta poprzez postawienie pieczętki i podpisu zarówno osoby przekazującej, jak i przejmującej opiekę – zał. nr 3 do procedury,

5. W przypadku pacjentów operowanych na bloku operacyjnym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.:

- Pielęgniarka oddziału ma obowiązek wypełnić formularz „Przekazania pacjenta na blok” (zał. nr 5) i wraz z pozostałą obowiązującą dokumentacją przekazać pielęgniarce obejmującej opiekę nad pacjentem podczas operacji. Pielęgniarka przejmująca opiekę nad pacjentem w bloku, potwierdza ten fakt przez podpisanie formularza „Przekazania pacjenta na/z bloku”
- Po zakończeniu zabiegu Pacjent przekazywany jest wraz z wyprowadzoną dokumentacją pielęgniarce z macierzystego oddziału, Sali wybudzeń, bądź OAiIT, która również potwierdza przejście opieki nad pacjentem podpisem złożonym na formularzu zał. nr 5.

VII. ZAŁĄCZNIKI :


Załącznik Nr 1 Przeniesienie i ułożenie chorego na wózku leżącym.

Załącznik Nr 2 Podnoszenie i przenoszenie chorego z łóżka na wózek siedzący.

Załącznik Nr 3 Karta przekazania pacjenta

Załącznik Nr 4 Potwierdzenie znajomości procedury.

Załącznik Nr 5 Karta przekazania pacjenta na blok operacyjny/z bloku operacyjnego.

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	ZAŁĄCZNIKI NR 1	Nr PM/03/2013	
	Procedura postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	2
		Strona:	1
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		

Przemieszczenie i ułożenie chorego na wózku leżącym.

Jest to przemieszczenie chorego z łóżka na wózek leżący lub odwrotnie z wykorzystaniem siły rąk, materiałów ślizgowych lub sprzętu mechanicznego (np. podnośnik). Zabieg wymaga zaplanowanego działania przy jak najmniejszym dyskomforcie chorego.

Cel - przewiezienie chorego na:

- blok operacyjny lub po wykonaniu zabiegu operacyjnego,
- do i po badaniu diagnostycznym,
na inny oddział.

Przygotowanie chorego:

- a) przytomnego - uzyskanie zgody na zmianę pozycji i poinformowanie chorego o:
 - celu i przebiegu zabiegu,
 - konieczności wykonania badania w pracowni diagnostycznej;
 - konieczności wykonania zabiegu operacyjnego,
 - możliwości współpracy i sygnalizowania dyskomfortu;
- b) nieprzytomnego - poinformowanie o rodzaju wykonywanych czynności.

Przygotowanie sprzętu:

- wózek leżący,
- urządzenia ślizgowe (cienkie, płaskie deski do przesuwania, deski do przesuwania na rolkach, podkłady ślizgowe wykonane z materiału dającego niewielki opór z uchwytami),
- prześcieradło.

Przebieg wykonania:


Przemieszczanie chorego na prześcieradło :

- ocena stanu chorego z uwzględnieniem działań możliwych do wykonania przez chorego;
- przygotowanie sprzętu (wózek leżący z regulacją poziomu i blokadą kółek);
- usunięcie sprzętów w sąsiedztwie łóżka;
- przemieszczanie chorego na wózek przy zachowaniu bezpiecznej postawy pielęgniarek (plecy wyprostowane, głowa ustawiona prosto, podbródek cofnięty, kolana ugięte, stopy rozstawione, a palce stóp skierowane w stronę chorego);
- złożenie wierzchniego przykrycia
- odwrócenie i podtrzymanie chorego na lewej stronie łóżka
- rozłożenie prześcieradła wzdłuż chorego
- podtrzymanie i opuszczanie chorego na rozłożone prześcieradło przesuwanie chorego na prawy brzeg łóżka w trzech etapach - głowa i ramiona, tułów, pośladki,
- zabezpieczenie chorego na prawym brzegu łóżka
- ustawienie wózka leżącego przy łóżku po stronie prawej na tym samym poziomie i zablokowanie kółek
- przesunięcie chorego na wózek po podaniu polecenia
- przewiezienie chorego do badania w asyście pielęgniarek lub ratowników
- umycie rąk.

Przemieszczanie chorego na podkładzie ślizgowym przez dwie pielęgniarki:


- ocena stanu chorego z uwzględnieniem działań możliwych do wykonania przez chorego;
- przygotowanie sprzętu (wózek leżący z regulacją poziomu i blokadą kółek);
- usunięcie sprzętów w sąsiedztwie łóżka;
- ustawienie pielęgniarki A po prawej stronie łóżka i pielęgniarki B po lewej stronie łóżka,
- przemieszczanie chorego przy zachowaniu bezpiecznej postawy pielęgniarek (patrz instrukcja przenoszenia na wózek w sześć pielęgniarek),

d
2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	ZAŁĄCZNIKI NR 1	Nr PM/03/2013	
	Procedura postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	2
		Strona:	2
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		

- złożenie wierzchniego przykrycia przez obie pielęgniarki;
- odwrócenie chorego na lewą stronę przez obie pielęgniarki i podtrzymanie przez pielęgniarkę B;
- podsuniecie podkładu ślizgowego pod chorego przez pielęgniarkę A;
- podtrzymanie i opuszczanie chorego na rozłożony podkład - przez pielęgniarkę A i B;
- przesunięcie chorego na prawy brzeg łóżka - przez obie pielęgniarki w trzech etapach - głowa i ramiona, tułów, pośladki;
- zabezpieczenie chorego na prawym brzegu łóżka - przez pielęgniarkę B;
- ustawienie wózka leżącego po prawej stronie łóżka na tym samym poziomie i zablokowanie kółek - przez pielęgniarkę A;
- uchwycenie podkładu poślizgowego na wysokości pośladków i klatki piersiowej przez obie pielęgniarki;
- przesunięcie chorego na wózek przez obie pielęgniarki po podaniu komendy;
- przewiezienie chorego do badania w asyście dwóch pielęgniarek,;
- umycie rąk.

d
d

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	ZAŁĄCZNIKI NR 2	Nr PM/03/2013	
	Procedura postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	1
		Strona:	1
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		

Podnoszenie i przenoszenie chorego z łóżka na wózek inwalidzki.

Jest to podtrzymanie, podnoszenie, opuszczanie chorego przy użyciu siły rąk pielęgniarek lub z wykorzystaniem sprzętu mechanicznego celem przeniesienia chorego z łóżka na wózek inwalidzki lub odwrotnie. Wymaga zaplanowanego działania przy jak najmniejszym dyskomforcie pacjenta, najczęściej wykonuje się u chorych po urazach ortopedycznych z niedowładem kończyn dolnych.

Chorego w pozycji siedzącej przewozi się w celu:

- wykonania czynności higieniczno-pielęgniacyjnych,
- wykonania badania diagnostycznego, konsultacji,
- umożliwienia kontaktów społecznych,
- zapobiegania tworzeniu się odleżyn.


Przygotowanie chorego:

- poinformowanie chorego o celu, przebiegu zabiegu oraz ustalenie oczekiwań chorego;
- zachęcenie do współpracy przy przenoszeniu z łóżka na wózek inwalidzki i zgłaszania dyskomfortu na wózku;
- sprawdzenie samopoczucia chorego.

Przebieg wykonania:

- ocena stanu chorego z uwzględnieniem działań możliwych do wykonania przez chorego; usunięcie sprzętów zbędnych przy łóżku;
- przygotowanie sprzętu - wózek inwalidzki zablokowany z rozłożonym kocem;
- złożenie wierzchniego przykrycia;
- przeniesienie i ułożenie chorego na wózku inwalidzkim przy zachowaniu bezpiecznej postawy pielęgniarek
- uniesienie górnej połowy łóżka choremu
- włożenie prawej ręki pielęgniarki pod kończyny dolne (uda) chorego, lewą podtrzymuje plecy chorego;
- dokonanie obrotu w prawą stronę i opuszczenie kończyn dolnych poza łóżko przez pielęgniarkę
- podtrzymanie chorego pod pachy i dłonie oraz plecy (można polecić choremu, aby uchwycił się kciuków i grzbietów dłoni pielęgniarek) - przez obie pielęgniarki;
- podtrzymanie palców stóp chorego stopami pielęgniarek (zabezpieczenie przed poślizgnięciem się chorego);
- uniesienie chorego z łóżka (poproszenie chorego, jeśli będzie mógł, o wyprostowanie kolan) - przez pielęgniarkę
- wykonanie z chorym obrotu o 90°
- podsuniecie choremu wózka inwalidzkiego
- ułożenie chorego na wózku inwalidzkim
- ułożenie stóp chorego na oparciach wózka pod stopy
- okrycie chorego kocem
- przewiezienie chorego do badania lub na spacer;
- umycie rąk.

2 2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	ZAŁĄCZNIKI NR 3	Nr PM/03/2013	
	Procedura postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.	Stron:	3
		Strona:	1
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014		

PIELEGNIARSKA KARTA PRZEKAZANIA PACJENTA

ODDZIAŁ PRZEKAZUJĄCY.....

1. Imię i Nazwisko pacjenta..... PESEL.....
2. Data przekazania..... godzina.....
3. Rozpoznanie.....
4. Doba po zabiegu operacyjnym
5. Parametry życiowe: RR..... tętno..... temperatura..... oddech.....
6. Kategoryzacja: I II III
7. Stan ogólny pacjenta: dobry / średnio ciężki / ciężki
Uwagi:.....
8. Stan świadomości: przytomny z kontaktem logicznym
przytomny z utrudnionym kontaktem
nieprzytomny
9. Oddech:
własny wydolny
własny utrudniony
tlenoterapia: tak / nie
tracheostomia / intubacjarozmiar rurkidata założenia
wydzielina: śluzowa, pienista, ropna, krwista, inna.....
10. Skóra:czysta,
zmiany:.....
.....
odleżyny (stopień, wymiary, miejsce, opatrunek).....
.....
głowa: czysta / zmiany:.....
jama ustna: czysta / zmiany:.....
11. Układ moczowy: diureza samoistna, diureza wymuszona, cewnik (Foleya):
rozmiardata założenia.....
Uwagi:.....
12. Żywnienie:
doustnie: samodzielnie, wymaga pomocy przy jedzeniu, trudności w połykaniu
dojelitowe: przez sondę/gastrostomię/.....rozmiar.....data założenia.....
pozajelitowe
- dieta.....
Uwagi.....
13. Stolec: prawidłowy / zaparcia / biegunka.....
Stomia.....
Data ostatniego wypróżnienia.....
14. Dreny: jakie / lokalizacja.....
15. Opatrunki: jakie / lokalizacja.....
.....

2
2



Szpital Powiatu
Bytowskiego Sp. z o.o.

ZAŁĄCZNIKI NR 3

Nr PM/03/2013

Procedura postępowania w przypadku przeniesienia
pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki
udzielającej świadczenia zdrowotne.
Przewóz na konsultacje.

Stron:	3
Strona:	2

WYDANIE: 3

DATA: LIPIEC 2014

16. Unieruchomienia: jakie / od kiedy

17. Dostęp naczyniowy: jaki / miejsce / data założenia.....

18. Zlecenia lekarskie wykonane w dniu przeniesienia / godzina podania.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

19. Zalecenia pielęgniarskie.....

.....
.....
.....
.....
.....

20. Rzeczy osobiste pacjenta.....

21. Posługa duszpasterska.....


Uwagi:.....

.....
.....
.....

22. Imię, nazwisko i podpis pielęgniarki przekazującej.....

23. Imię, nazwisko i podpis pielęgniarki przyjmującej.....

Handwritten blue ink marks, possibly initials or a signature.

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	ZAŁĄCZNIKI NR 4		Nr PM/03/2013	
	Procedura postępowania w przypadku przeniesienia pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki udzielającej świadczenia zdrowotne. Przewóz na konsultacje.		Stron:	3
			Strona:	3
WYDANIE: 3	DATA: LIPIEC 2014			

KARTA PIEŁĘGNIARSKA PRZEKAZANIA DZIECKA /NOWORODKA

IMIĘ I NAZWISKO.....

DATA UR. / PESEL

ADRES.....

PRZEBYWAŁ W ODDZ. ODDO

ROZPOZNANIE.....

PARAMETRY ŻYCIOWE :

RR.....SATURACJA..... TEMPERATURA..... TĘTNO.....

ZAŁOŻONO WENFLON DATA..... MIEJSCE ZAŁOŻENIA.....

ZLECENIA LEKARSKIE WYKONANE W DNIU PRZENIESIENIA.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DIETA ZLECONA ODPOWIEDNIO DO WIEKU I JEDNOSTKI CHOROBOWEJ

.....

UWAGI.....

.....

.....

IMIĘ I NAZWISKO , PODPIS
 PIEŁĘGNIARKI PRZEKAZUJĄCEJ

IMIĘ I NAZWISKO , PODPIS
 PIEŁĘGNIARKI PRZYJMUJĄCEJ

Handwritten signature



KARTA PRZEKAZANIA PACJENTA DO BLOKU OPERACYJNEGO

Imię i nazwisko

PESEL

Nr historii choroby

Oddział Data

Rodzaj zabiegu operacyjnego

Wywiad przed zabiegiem	z pacjentem	Z personelem oddziału
Premedykacja	TAK	NIE
Alergie	TAK	NIE
Identyfikacja	TAK	NIE
Pacjent na czczo	TAK	NIE

Ocena stanu pacjenta przed zabiegiem

Parametry życiowe	RR / mmHg	AS:	SpO2
Oddech	<input type="checkbox"/> Zastępczy	<input type="checkbox"/> Wspomagany	<input type="checkbox"/> Własny
	<input type="checkbox"/> Rurka intubacyjna	<input type="checkbox"/> Rurka tracheotomijna	<input type="checkbox"/> Inne
Powłoki skórne	<input type="checkbox"/> Zaróżowione <input type="checkbox"/> Blade	<input type="checkbox"/> Zasinione <input type="checkbox"/> Suche	<input type="checkbox"/> Wilgotne
Stan świadomości	<input type="checkbox"/> Przytomny	<input type="checkbox"/> Przytomny wybudzony	<input type="checkbox"/> Przytomny podsypiający
	<input type="checkbox"/> Przytomny splełany	<input type="checkbox"/> Nieprzytomny	<input type="checkbox"/> Inne
Kontakt słowno-logiczny	<input type="checkbox"/> Zachowany	<input type="checkbox"/> Zaburzony	<input type="checkbox"/> Brak

Podłączone płyny i preparaty krwi

PWE:	5% Glukoza	Inne
0,9% NaCl	FFP:	
Soł. Ringeri	KKCz:	

Dreny, sonda, cewnik moczowy, cewnik zewnątrzoponowy

Dren	Bierny	Ilość
Nie	Tak	Czynny
Sonda	Żołądkowa	Bierna
Nie	Tak	Czynna
	Jelitowa	
Cewnik zewnątrzoponowy	Wlew leku:	
Nie	Tak	Przeptyw
Cewnik moczowy	Tak	Nie

godz. przekazania pacjenta do bloku

.....
(podpis pielęgniarki z oddziału)

.....
(podpis pielęgniarki anestezjologicznej)

2



KARTA PRZEKAZANIA PACJENTA Z BLOKU OPERACYJNEGO

Imię i nazwisko PESEL

Parametry początkowe	RR / mmHg	AS	SpO2
----------------------	-----------------------	----------	------------

Rodzaj znieczulenia

Ogólne	ZOP	POP	Blokada nerwu..... <small>(jakiego)</small>	Odcinki dożylnie	Miejscowe
--------	-----	-----	--	------------------	-----------

Podane leki

Nazwa leku	dawka	Nazwa leku	dawka

Przetoczone płyny i preparaty krwi

PWE	5% Glukoza	Inne
0,9% NaCl	FFP:	
Tetraspan 6%	KKCz:	
Sol.Ringeri		

Podłączone infuzje leków i płyny

Nazwa leku	Stężenie		Przeptyw
	mg/	ml	ml/h
	mg/	ml	ml/h
	mg/	ml	ml/h

Dreny, sonda, cewnik moczowy, cewnik zewnątrzoponowy

Dren	TAK	NIE	Bierny	Ilość		
			Czynny	Ilość		
Sonda	TAK	NIE	Żołądkowa	Bierna	Czynna	Jelitowa
Cewnik zewnątrzoponowy	TAK	NIE	Wlew leku, przepływ			
Cewnik moczowy			Tak	Nie		

Parametry końcowe	RR / mmHg	AS	SpO2
Oddech	<input type="checkbox"/> Własny	<input type="checkbox"/> Wspomagany	<input type="checkbox"/> Zastępczy
	<input type="checkbox"/> Rurka intubacyjna	<input type="checkbox"/> Rurka tracheotomijna	<input type="checkbox"/> Inne
Powłoki skórne	<input type="checkbox"/> Zaróżowione <input type="checkbox"/> Białe	<input type="checkbox"/> Zasinione	<input type="checkbox"/> Wilgotne <input type="checkbox"/> Suche
Poziom świadomości	<input type="checkbox"/> Przytomny	<input type="checkbox"/> Przytomny wybudzony	<input type="checkbox"/> Przytomny podsypiający
	<input type="checkbox"/> Przytomny splotany	<input type="checkbox"/> Nieprzytomny	<input type="checkbox"/> Inne
Kontakt słowny	Zachowany	Zaburzony	Brak
UWAGI			

podpis pielęgniarki anestezjologicznej	podpis pielęgniarki odbierającej	data i godzina przekazania pacjenta
--	----------------------------------	-------------------------------------

2



Szpital Powiatu
Bytowskiego Sp. z o.o.

ZAŁĄCZNIKI NR 4

Nr PM/03/2013

Procedura postępowania w przypadku przeniesienia
pacjenta między oddziałami lub do innej jednostki
udzielającej świadczenia zdrowotne.
Przewóz na konsultacje.

Stron: **1**

Strona: **1**


WYDANIE: 3

DATA: LIPIEC 2014

POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z PROCEDURĄ

L.p.	Imię i Nazwisko	Podpis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

22

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/08/2015	
	INFORMOWANIA PACJENTA O STANIE ZDROWIA	Stron:	4
		Strona:	1
WYDANIE: 1	DATA: 2015-02-17		

SZPITAL POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.

PROCEDURA

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO


EGZEMPLARZ NADZOROWANY Nr

Egzemplarz wydano

Nazwa komórki

Opracował :	Sprawdził:	Zatwierdził:
Jolanta Woźniak Pełnomocnik ds. SZJ	Agnieszka Jędrzejewska Radca Prawny	Beata Ładyszowska Prezes Zarządu
Podpis: PEŁNOMOCNIK ds. Systemu Zarządzania Jakością  Jolanta Woźniak	Podpis: RADCA PRAWNY  Agnieszka Jędrzejewska	Podpis: PREZES ZARZĄDU  Beata Ładyszowska
Data: 2015.02.17	Data: 23.02.2015r.	Data: 21.02.2015r.


J

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/08/2015	
	INFORMOWANIA PACJENTA O STANIE ZDROWIA	Stron:	4
Strona:		2	
WYDANIE: 1	DATA: 2015-02-17		

1. **CEL** – ustalenie zasad udzielania pacjentom Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. (zwanej dalej „SPB”) zrozumiałych informacji o ich stanie zdrowia i planowanym postępowaniu medycznym.
2. **ZAKRES STOSOWANIA**– postanowienia procedury obowiązują lekarzy, pielęgniarki i położne udzielające świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. , bez względu na formę zatrudnienia, zwanych dalej łącznie „personelem medycznym”.
3. **MIEJSCE STOSOWANIA**– Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. udzielające świadczeń zdrowotnych.
4. **DOKUMENTY ZWIĄZANE**
 - 4.1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
 - 4.2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
 - 4.3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
 - 4.4. Obowiązujące w Spółce procedury i instrukcje.
5. **OZNACZENIA I DEFINICJE**
 - 5.1. Opiekun prawny – osoba wyznaczona przez Sąd opiekuńczy do sprawowania opieki nad osobą małoletnią lub osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie albo osoba ustanowiona jako opiekun prawny przez rodzica (z zachowaniem formy aktu notarialnego), gdy nie jest on w stanie sprawować władzy rodzicielskiej nad dzieckiem.
 - 5.2. Opiekun faktyczny – osoba sprawująca bez obowiązku prawnego stałą i faktyczną opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia lub stan psychiczny opieki takiej wymaga.
 - 5.3. Osoba bliska – małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub wskazana przez pacjenta.
 - 5.4. Przedstawiciel ustawowy – każdy z rodziców dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską.
6. **ODPOWIEDZIALNOŚĆ**
 - 6.1. Koordynatorzy – za bieżący nadzór nad realizacją zapisów wynikających z procedury, organizację pracy w swoich komórkach.
 - 6.2. Lekarze – za przestrzeganie i stosowanie się do zapisów procedury, udzielanie informacji w zakresie leczniczo – diagnostycznym
 - 6.3. Pielęgniarki /Położne oddziałowe – za bieżący nadzór nad realizacją procedury.
 - 6.4. Pielęgniarki /Położne – za przestrzeganie zapisów i stosowanie się do zapisów wynikających z procedury oraz udzielanie stosowanych informacji w zakresie pielęgnacyjno – opiekuńczym.
7. **OPIS POSTĘPOWANIA**
 - 7.1. Każdy pacjent, w tym również małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania informacji


 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.



 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/08/2015	
	INFORMOWANIA PACJENTA O STANIE ZDROWIA	Stron:	4
Strona:		3	
WYDANIE: 1	DATA: 2015-02-17		

7.1.1. Od lekarza o:

- stanie zdrowia,
- rozpoznaniu,
- proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych,
- możliwych następstwach zastosowania lub zaniechania metod diagnostycznych i leczniczych,
- wynikach leczenia,
- rokowaniu.

7.1.2. Od pielęgniarki/położnej o:

- pielęgnacji,
- zabiegach pielęgniarstwie.

7.2. Udzielanie informacji telefonicznej o pobycie pacjenta w SPB:

7.2.1. Personelowi medycznemu nie wolno udzielać osobom trzecim informacji telefonicznej o pobycie w SPB i stanie zdrowia pacjenta.

7.2.2. Personelowi medycznemu wolno udzielić osobom trzecim telefonicznej informacji o pobycie pacjenta w SPB, jedynie za uprzednią zgodą pacjenta lub na jego wyraźne życzenie.

7.2.3. W wyjątkowych sytuacjach, np. gdy pacjent zostanie przywieziony do SPB w stanie nagłym, personelowi medycznemu wolno udzielić krótkiej telefonicznej informacji osobie bliskiej, przedstawicielowi ustawowemu opiekunowi prawnemu lub faktycznemu dotyczącej obecności pacjenta w SPB. Fakt ten powinien być odnotowany w raporcie lekarskim/pielęgniarskim.

7.3. Zakres udzielanych informacji o stanie zdrowia pacjenta:

7.3.1. Personel medyczny w trakcie przyjmowania pacjenta w Izbie Przyjęć SPB, jest zobowiązany do udzielenia pacjentowi informacji o jego prawach i obowiązkach oraz uzyskania od pacjenta danych osoby/osób (osoba wskazana może należeć do rodziny lub nie), którą upoważnia do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, jak również do uzyskania dokumentacji medycznej (zał. nr 1 do procedury).

7.3.2. W przypadku przyjmowanych pacjentów bez kontaktu, nieprzytomnych, zamoczonych, itp., należy po odzyskaniu przytomności, poprosić pacjenta o wskazanie osób upoważnionych do uzyskania informacji o stanie zdrowia i dostępu do dokumentacji medycznej.

7.3.3. Udzielenie informacji osobom niewskazanym przez pacjenta jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.

7.3.4. Przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia, na takich samych zasadach jak pacjent.

7.3.5. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego albo niemożności porozumienia się z nim, informacji o stanie zdrowia powinno udzielić się opiekunowi faktycznemu.


7.4. Powiadomienie osoby upoważnionej o nagłym pogorszeniu stanu zdrowia:

7.4.1. W przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lekarz prowadzący/ dyżurny ma obowiązek niezwłocznie powiadomić osobę wskazaną przez pacjenta, przedstawiciela

Pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel ma prawo do wyrobienia zgody na udzielenie informacji telefonicznej o pkt 7.1. innym osobom.

[Signature]

[Signature]

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	Załącznik nr 1		Nr PM/08/2015	
	INFORMOWANIA PACJENTA O STANIE ZDROWIA		Stron:	1
			Strona:	1
WYDANIE: 1	DATA: 2015-02-17			


UPOWAŻNIENIE

1. Upoważniam / nie upoważniam panią/pana
 Adres zamieszkania..... nr tel.
 do otrzymywania informacji o stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.
2. Upoważniam / nie upoważniam panią / pana
 Adres zamieszkania nr tel.
 do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

.....

Data i podpis pacjenta

[Handwritten signature]

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA		Nr PM/01/2013
	POSTĘPOWANIA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.		Stron: 4
WYDANIE: 2	DATA: LIPIEC 2013		

SZPITAL POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o


PROCEDURA

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO
EGZEMPLARZ NADZOROWANY Nr1.....

Egzemplarz wydano.....*Peltonowicz ds. SZJ*.....
Nazwa komórki

Opracował :	Sprawdził:	Zatwierdził:
Pielęgniarka Naczelna Mgr Lilianna Płotek	Dyrektor ds. medycznych Lek. Med. Lech Wiszniowski	Prezes Zarządu Beata Ładyszkowska
Podpis: <i>LI LIANNA PŁOTEK</i> <small>... Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.</small> mgr <i>Lilianna Płotek</i>	Podpis: <i>LECH WISZNIOWSKI</i> D Y R E K T O R ds. medycznych lek. <i>Lech Wiszniowski</i>	Podpis: <i>BEATA ŁADYSZKOWSKA</i> P R E Z E S Z A R ZĄ D U Beata Ładyszkowska
Data: <i>24.06.2013</i>	Data: <i>24.06.2013</i>	Data: <i>24.06.2013</i>

2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr <u>PM/01/2013</u>	
	POSTĘPOWANIA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.	Stron:	4
Strona:		2	
WYDANIE: 2	DATA: LIPIEC 2013		

I. CEL PROCEDURY

Celem procedury jest ujednoczenie sposobu postępowania personelu szpitala w razie śmierci pacjenta, oraz zakres czynności należących do obowiązków szpitala związanych z przygotowaniem zwłok osoby zmarłej do wydania osobom uprawnionym do ich pochowania.

II. MIEJSCE STOSOWANIA

Procedura jest stosowana w Izbie Przyjęć oraz wszystkich oddziałach Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

III. DOKUMENTY ZWIĄZANE

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu
- Procedura powiadamiania rodziny lub wskazanej przez pacjenta osoby w przypadku pogorszenia zdrowia lub w przypadku śmierci pacjenta

IV. ODPOWIEDZIALNOŚĆ

- lekarz leczący/dyżurny - za stwierdzenie zgonu
- pielęgniarka - za zgłoszenie zgonu, przygotowanie i oznaczenie zwłok oraz organizację transportu do wyznaczonego pomieszczenia w szpitalu.
- pracownik Prosektorium - za transport zwłok z pomieszczenia w szpitalu do Prosektorium i za utrzymanie właściwego stanu sanitarno – higienicznego w prosektorium i pomieszczeniu post mortem

V. OPIS POSTĘPOWANIA :

Postępowanie personelu po stwierdzeniu zgonu :

- W razie śmierci pacjenta w oddziale szpitalnym lub izbie przyjęć, pielęgniarka odcinkowa bezzwłocznie powiadamia o tym lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
- Lekarz któremu został zgłoszony zgon, dokonuje natychmiast :
 - ogłędzin zmarłego
 - stwierdza zgon i jego przyczynę
 - odnotowuje w historii choroby dzień i godzinę zgonu
 - wystawia kartę zgonu / w przypadkach o których mowa w art. 24 ustawy z dn.30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej, stwierdzenie zgonu następuje po przeprowadzeniu sekcji zwłok. /
- Pielęgniarka odnotowuje dzień i godzinę śmierci pacjenta :
 - w raporcie pielęgniarskim
 - w dokumentacji procesu pielęgnowania / karta obserwacji i pielęgnacji pacjenta/
- lekarz stwierdzający zgon lub wyznaczona przez niego pielęgniarka, niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu pacjenta powiadamia osobę lub instytucję, wskazaną w dokumentacji pacjenta, o śmierci pacjenta.
- Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza :
 - pielęgniarki wykonują toaletę pośmiertną (usuwa wszystkie cewniki , rurę intubacyjną)

2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/01/2013	
	POSTĘPOWANIA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o	Stron:	4
		Strona:	3
WYDANIE: 2	DATA: LIPIEC 2013		

- pielęgniarki zakładają na przegubie dłoni albo stopy identyfikator, na którym wpisuje imię i nazwisko osoby zmarłej, numer PESEL (lub serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość) oraz datę i godzinę zgonu.

-tak przygotowane zwłoki personel oddziału umieszcza w szczelnie zamykanym worku do przewożenia zwłok, na który przylepia kartkę z nazwą oddziału oraz datą i godziną zgonu.

-pielęgniarki wypełniają kartę skierowania zwłok do prosektorium (**po Kartę zgłasza się pracownik prosektorium po przetransportowaniu zwłok z pomieszczenia w szpitalu do prosektorium**).

- pielęgniarki organizują wywiezienie zwłok do pomieszczenia przeznaczonego na ich przechowanie na terenie szpitala, gdzie zwłoki przebywają nie krócej niż 2 godziny (lekarz ponownie stwierdza zgon) i skąd są przewożone do prosektorium

- Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do prosektorium i na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
- Pielęgniarka oddziałowa lub pielęgniarka odcinkowa sporządza protokolarnie spis rzeczy, pieniędzy i przedmiotów wartościowych zmarłego i przekazuje do depozytu oddziału a ubrania do magazynu.
- W razie śmierci chorego w izbie przyjęć czynności związane ze zgonem wykonuje pielęgniarka izby przyjęć.
- Przedmioty pozostałe po zmarłym, wydaje się za pokwitowaniem prawnym spadkobiercom zmarłego. (odbior przedmiotów kwituje się czytelnym podpisem w zeszycie depozytów)
- Jeżeli w ciągu trzech miesięcy od daty zgonu nie zgłosi się prawny spadkobierca, szpital oddaje rzeczy zmarłego do depozytu właściwego sądu.
- Rzeczy pozostałe po zmarłym, którego zwłoki oddano do dyspozycji prokuratora, wydawane są policji na podstawie nakazu odbioru. Nie mogą być wydane przed dokonaniem sekcji bądź przed otrzymaniem zawiadomienia o zwolnieniu z sekcji.
- W razie zgonu chorego, którego tożsamość nie została ustalona lub zgonu, co do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku lub uszkodzeń urazowych, zatrucia, uszkodzenia mechanicznego itp. Lekarz dyżurny szpitala bezzwłocznie powiadamia prokuratora i policję.
- Zwłoki osoby zmarłej w szpitalu przechowuje się nieodpłatnie w chłodni nie dłużej niż 48 godz. Dłuższe przechowywanie zwłok nie wynikające z przyczyn leżących po stronie szpitala, jest odpłatne.
- Pracownik prosektorium jest obowiązany nieodpłatnie zwłoki osoby zmarłej w szpitalu umyć, ubrać i wydać osobie uprawnionej do ich pochowania, w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej

Zasady organizacji wywozu zwłok z oddziału do pomieszczenia przeznaczonego na przechowywanie zwłok w szpitalu oraz do Prosektorium

- za transport zwłok z oddziału, do pomieszczenia wyznaczonego na ich przechowywanie, odpowiada personel oddziału na którym nastąpił zgon. Jeżeli personel danego oddziału nie jest w stanie zabezpieczyć transportu w ramach własnego personelu, zwraca się o pomoc do personelu z sąsiedniego oddziału, powyższa zasada obowiązuje również na dyżurze nocnym i dni wolę od pracy
- za transport zwłok z pomieszczenia wyznaczonego na ich przechowywanie w szpitalu do prosektorium oraz za utrzymanie tajemnicy zawodowej dotyczącej zachowania anonimowości w czasie transportu zwłok z post-mortem do prosektorium, odpowiada pracownik prosektorium, który ma obowiązek uczestniczyć w transporcie jeżeli jest on wykonywany przez osoby, które nie są pracownikami szpitala.
- pracownika prosektorium o potrzebie przetransportowania zwłok informuje personel oddziału na którym nastąpił zgon

Wszelkie prawa autorskie zastrzeżone. Żadna część niniejszego dokumentu nie może być wielokrotnie jakakolwiek techniką bez zgody Prezesa Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

2

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	PROCEDURA	Nr PM/01/2013		
	POSTĘPOWANIA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o	Stron:	4	
		Strona:	4	
WYDANIE: 2	DATA: LIPIEC 2013			

- w nagłych przypadkach / w godzinach popołudniowych i dni wolne od pracy/ zwłoki z post –mortem do prosektorium przenoszą wyznaczeni pracownicy
- osoby wyznaczone do wyniesienia zwłok, obowiązują przestrzeganie podstawowych zasad reżimu sanitarnego (mycie i dezynfekcja rąk, stosowanie rękawic i fartuchów ochronnych) oraz utrzymanie tajemnicy zawodowej dotyczącej zachowania anonimowości transportowanych zwłok.
- w czasie dyżuru nocnego (w godzinach wieczornych i nocnych) transport zwłok z pomieszczenia przeznaczonego na ich przechowywania w szpitalu do prosektorium nie jest wskazany.
- transport zwłok powinien być przeprowadzony w sposób nie zwracający uwagi chorych.
- w czasie transportu obowiązuje pełna powaga i postawa godności .
- **za stan sanitarno - higieniczny (sprzątnięcie, dezynfekcję, kwarcowanie i zaopatrzenie w wyznaczone prześcieradła) odpowiada pracownik prosektorium .**

VI. FORMA DOKUMENTOWANIA


- Książka przeprowadzonych sekcji
- Książka przyjęć zwłok do prosektorium
- Książka wydania zwłok
- Karty skierowania zwłok do prosektorium z oddziałów szpitalnych
- Karty skierowania zwłok do prosektorium przez zakłady pogrzebowe

VII. MIEJSCE I OKRES ARCHIWIZOWANIA

- Zapisy w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej przechowywane są w archiwum szpitalnym


VIII. ZAŁĄCZNIKI

- Załącznik Nr 1 Potwierdzenie zaznajomienia z procedurą.
- Załącznik Nr.2 Karta skierowania zwłok do prosektorium

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	ZAŁĄCZNIKI	Nr PM/01/2013	
	PROCEDURA POSTĘPOWANIA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.	Stron:	2
		Strona:	1
WYDANIE: 2	DATA: LIPIEC 2013		

ZAŁĄCZNIK NR 1

POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z PROCEDURĄ		
L.p.	Imię i Nazwisko	Podpis
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

 Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.	ZAŁĄCZNIKI	Nr PM/01/2013	
	PROCEDURA POSTĘPOWANIA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.	Stron:	2
		Strona:	2
WYDANIE: 2	DATA: LIPIEC 2013		

ZAŁĄCZNIK NR 2

Zgodnie z ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dn.31.10.2006r(DzUst. Nr.203 Poz.1503) w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu ,wprowadza się karty skierowania zwłok do chłodni.

Wzór karty skierowania zwłok do chłodni z oddziałów szpitalnych

Karta skierowania zwłok do chłodni

.....
 /Imię i Nazwisko osoby zmarłej/

 /Nr.PESEL lub seria i nr.dowodu tożsamości /
 Data i godzina zgonu
 Oddział.....

 /Data i godzina przyjęcia zwłok do chłodni/

 /podpis pielęgniarki/ /podpis lekarza/

Wzór karty skierowania zwłok do chłodni przez zakłady pogrzebowe

Karta skierowania zwłok do chłodni

.....
 /Imię i Nazwisko osoby zmarłej/

 /Nr.PESEL lub seria i nr.dowodu tożsamości /
 Data i godzina zgonu
 Adres.....

 /Data i godzina przyjęcia zwłok do chłodni/

 /podpis rodziny/ /podpis zakładu pogrzebowego

REGULAMIN UDZIELANIA W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO SP. Z O.O. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WSPÓŁFINANSOWANYCH

§ 1

1. Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. udziela świadczeń zdrowotnych, których częściowy koszt ponosi świadczeniobiorca, z zastrzeżeniem ust. 2..
2. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., umieszczonego w:
 - a) pieczy zastępczej - ponosi starosta;
 - b) instytucjonalnej pieczy zastępczej - ponosi odpowiednio placówka opiekuńczo-wychowawcza, regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna albo interwencyjny ośrodek preadopcyjny.
3. Do świadczeń objętych częściową odpłatnością należą:
 - a) świadczenia określone w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj.: świadczenia związane z wyżywieniem i zakwaterowaniem dla osób przebywających w zakładzie opiekuńczo leczniczym udzielającym świadczeń całodobowych,
 - b) świadczenia ponadstandardowe, tj.: wykraczające poza wymienione i scharakteryzowane w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Dopuszcza się odpłatne udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 3 ,o ile nie będzie to naruszać przepisów regulujących funkcjonowanie list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
5. Podstawą udzielenia świadczenia jest pisemna zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na świadczenia zdrowotne określone w ust. 1 wyrażona w formie pisemnego oświadczenia- dokumentu wewnętrznego Szpitala. Brak powyższej zgody skutkuje nie, możliwością udzielenia świadczenia zdrowotnego. Wzór oświadczenia pacjenta – zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na zabieg medyczny, stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
6. Przed przystąpieniem do udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent obowiązany jest do przekazania Szpitalowi wszelkiej posiadanej dokumentacji medycznej związanej z udzielanym świadczeniem, w szczególności: wyniki badań, zdjęcia, opisy, rozpoznania.
7. Pacjent lub jego pełnomocnik wyraża jednocześnie pisemną zgodę na wykonanie określonego świadczenia zdrowotnego oraz wszelkich innych procedur medycznych, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie realizacji świadczenia diagnostycznego lub terapeutycznego, podpisując formularz zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na zabieg medyczny wymieniony w ust. 5 niniejszego paragrafu.

§ 2

1. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia jest informowany o jego cenie.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - a) umowy Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. z pracodawcą pacjenta – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w tej umowie, a pacjent - pracownik korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany jego kosztami,
 - b) umowy Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. z Partnerem Medycznym tj. osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, osobą prawną lub jednostką organizacyjną, której przepisy szczególne przyznają osobowość prawną, albo towarzystwem ubezpieczeń – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w tej umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany jego kosztami,
 - c) indywidualnego rozliczenia z pacjentem.
3. W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie, o których mowa w ust. 2 lit. c, pacjent ma możliwość uregulowania należności za udzielenie świadczenia zdrowotnego przed rozpoczęciem lub po zakończeniu jego udzielania.
4. Zapłaty za odpłatne świadczenia zdrowotne uiszczana jest wpłatą gotówkową za pokwitowaniem w kasach zlokalizowanych w siedzibie Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. i podlega rejestracji przy użyciu kasy fiskalnej.
5. Na wyraźny wniosek pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
6. W przypadku niewystawienia faktury VAT, przychód ewidencjonowany jest w rejestrze sprzedaży nieudokumentowanej.
7. Organizacja procesu udzielania świadczenia zdrowotnego odpłatnego jest tożsama z organizacją wszystkich pozostałych świadczeń opisanych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.
8. Zmiana sposobu postępowania medycznego wynikająca z istotnych wskazań medycznych nie stanowi podstawy do zwrotu opłaty wniesionej przez pacjenta.

§ 3

Wysokość opłat, o których mowa w §1 ust. 1 uregulowana jest w cenniku obowiązującym w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., który stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu organizacyjnego Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

§4

1. W zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital pacjentom przysługują uprawnienia wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w

szczegółności z ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku – o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159 ze zmianami).

2. Pacjenci zobowiązani są do przestrzegania warunków zawartych w niniejszym Regulaminie i zarządzeniach Kierownika Szpitala, regulowania należności za świadczenia zdrowotne odpłatne.

Pieczęć pracowni/oddziału

miejsceowość data.....

**Oświadczenie o zgodzie na udzielenie współfinansowanego świadczenia zdrowotnego /
diagnostycznego ***

[W wypadku pacjenta niepełnoletniego lub ubezwłasnowolnionego albo niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody, oświadczenie zgody składa jego pełnomocnik ustawowy (oświadczenie opiekuna faktycznego może być złożone, gdy chodzi o badanie pacjenta nie przedstawiające podwyższonego ryzyka). W wypadku niepełnoletniego, który ukończył 16 r.ż., lub ubezwłasnowolnionego, ale zdolnego do wyrażenia swego stosunku do leczenia, oświadczenie składają oba podmioty.]

Dane pacjenta:

Imię.....

Nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego, gdy został ustanowiony:

Imię

Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że mając możliwość zadawania pytań i po udzieleniu mi wyczerpującej informacji

w dniu..... przez lekarza leczącego/wykonywającego
badanie...../zabieg

(dane lekarza/oddziału).....

(poniżej należy wpisać tak lub nie)

- o stanie mego stanu zdrowia i rozpoznaniu (lub podejrzeniu rodzaju zaburzeń).....
- o możliwościach leczenia i rokowaniu.....
- o wskazanej dla mnie metodzie leczenia/badania, jej celu, przewidywanym efekcie.....
- o możliwościach działania ubocznego, niepożądanego zastosowanej metody.....
- o skutkach zaniechania leczenia.....
- o możliwości potrzeby zmiany leczenia.....
- oraz odpowiedzi lekarza na moje pytania
- rozpoznanie/podejrzenie (wpisać szczegółowo)

**Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam/-em, przyjąłem/-jąłem do wiadomości i wyrażam zgodę na wybraną dla
mnie: (wymienić jaką).....jako metodę leczenia/badania.**

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

Podpis lekarza odbierającego oświadczenie.....

REGULAMIN ODPLATNEGO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W SZPITALU POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.

§ 1

1. Opłaty mogą być pobierane przez Szpital Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. od pacjentów w następujących przypadkach:
 - a) za świadczenia zdrowotne:
 - w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi nieuprawnionemu do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - w przypadku udzielania świadczenia pacjentowi, który zgłosił się w trybie przyjęcia odpłatnego, tj.: świadomie i dobrowolnie korzysta ze świadczeń poza systemem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
 - w przypadku rezygnacji przez pacjenta ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych według listy oczekujących,
 - nieobjęcia świadczeń planem rzeczowo – finansowym, stanowiącym załącznik do umowy z NFZ,
 - w przypadku udzielenia świadczenia pacjentowi, który korzysta ze świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych;
 - b) za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie,
 - c) za wydanie odpisu, wypisu lub kopii dokumentacji medycznej, potwierdzonej przez lekarza, dla potrzeb ubezpieczeniowych, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie
 - d) za wydanie orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia pacjenta, dla potrzeb innych niż proces leczenia i diagnozowania choroby,
 - e) za wydanie orzeczenia lekarskiego z przeprowadzonego badania kierowców, kandydatów dla kierowców lub pracowników, zgodnie z odpowiednimi przepisami w tym zakresie i zawartymi umowami o współpracy.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, nie dyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na ustaloną kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz warunków uzyskania takiego świadczenia.
5. Podstawą udzielenia świadczenia jest pisemna zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na świadczenia zdrowotne określone w ust. 1 wyrażona w formie pisemnego oświadczenia- dokumentu wewnętrznego Szpitala. Brak powyższej zgody

skutkuje nie, możliwością udzielenia świadczenia zdrowotnego. Wzór oświadczenia pacjenta – zgoda pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta na zabieg medyczny, stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.

6. Przed przystąpieniem do udzielania świadczenia zdrowotnego pacjent obowiązany jest do przekazania Szpitalowi wszelkiej posiadanej dokumentacji medycznej związanej z udzielanym świadczeniem, w szczególności: wyniki badań, zdjęcia, opisy, rozpoznania.
7. Pacjent lub jego pełnomocnik wyraża jednocześnie pisemną zgodę na wykonanie określonego świadczenia zdrowotnego oraz wszelkich innych procedur medycznych, które mogą być konieczne do wykonania w trakcie realizacji świadczenia diagnostycznego lub terapeutycznego, podpisując umowę zgodnie ze wzorem, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu.

§ 2

1. W przypadku świadczenia zdrowotnego odpłatnego pacjent przed rozpoczęciem udzielania tego świadczenia jest informowany o jego cenie.
2. Świadczenia zdrowotne odpłatne są realizowane na podstawie:
 - a) umowy Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. z pracodawcą pacjenta – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach ustalonych w tej umowie, a pacjent - pracownik korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany jego kosztami,
 - b) umowy Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. z Partnerem Medycznym tj. osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, osobą prawną lub jednostką organizacyjną, której przepisy szczególne przyznają osobowość prawną, albo towarzystwem ubezpieczeń – w tym przypadku rozliczenie następuje w okresach miesięcznych, ustalonych w tej umowie, a pacjent korzystający ze świadczenia zdrowotnego nie jest obciążany jego kosztami,
 - c) indywidualnego rozliczenia z pacjentem.
3. W przypadku świadczeń odpłatnych finansowanych indywidualnie, o których mowa w ust. 2 lit. c, pacjent ma możliwość uregulowania należności za udzielenie świadczenia zdrowotnego przed rozpoczęciem lub po zakończeniu jego udzielania.
4. Zapłaty za odpłatne świadczenia zdrowotne uiszczana jest wpłatą gotówkową za pokwitowaniem w kasach zlokalizowanych w siedzibie Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. i podlega rejestracji przy użyciu kasy fiskalnej.
5. Na wyraźny wniosek pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
6. W przypadku niewystawienia faktury VAT, przychód ewidencjonowany jest w rejestrze sprzedaży nieudokumentowanej.
7. Organizacja procesu udzielania świadczenia zdrowotnego odpłatnego jest tożsama z organizacją wszystkich pozostałych świadczeń opisanych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

8. Zmiana sposobu postępowania medycznego wynikająca z istotnych wskazań medycznych nie stanowi podstawy do zwrotu opłaty wniesionej przez pacjenta.

§ 3

Wysokość opłat, o których mowa w §1 ust. 1 uregulowana jest w cenniku obowiązującym w Szpitalu Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., który stanowi załącznik nr 7 do Regulaminu organizacyjnego Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

§4

1. W zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Szpital pacjentom przysługują uprawnienia wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności z ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku – o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r., poz. 159 ze zmianami).
2. Pacjenci zobowiązani są do przestrzegania warunków zawartych w niniejszym Regulaminie i zarządzeniach Kierownika Szpitala, regulowania należności za świadczenia zdrowotne odpłatne.

Pieczęć pracowni/oddziału

miejsowość data.....

Oświadczenie o zgodzie na udzielenie odpłatnego świadczenia zdrowotnego / diagnostycznego *

[W wypadku pacjenta niepełnoletniego lub ubezwłasnowolnionego albo niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody, oświadczenie zgody składa jego pełnomocnik ustawowy (oświadczenie opiekuna faktycznego może być złożone, gdy ma być udzielone świadczenie nie przedstawiające podwyższonego ryzyka dla pacjenta). W wypadku niepełnoletniego, który ukończył 16 r.ż., lub ubezwłasnowolnionego, ale zdolnego do wyrażenia swego stosunku do leczenia, oświadczenie składają oba podmioty.]

Dane pacjenta:

Imię.....

Nazwisko

PESEL.....

Adres zamieszkania

Dane przedstawiciela ustawowego, gdy został ustanowiony:

Imię

Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon przedstawiciela ustawowego.....

Oświadczam, że mając możliwość zadawania pytań i po udzieleniu mi wyczerpującej informacji

w dniu..... przez lekarza leczącego/wykonującego badanie...../zabieg

(dane lekarza/oddziału).....

(poniżej należy wpisać tak lub nie)

- o stanie mego stanu zdrowia i rozpoznaniu (lub podejrzeniu rodzaju zaburzeń).....
- o możliwościach leczenia i rokowaniu.....
- o wskazanej dla mnie metodzie leczenia/badania, jej celu, przewidywanym efekcie.....
- o możliwościach działania ubocznego, niepożądanego zastosowanej metody.....
- o skutkach zaniechania leczenia.....
- o możliwości potrzeby zmiany leczenia.....
- oraz odpowiedzi lekarza na moje pytania
- rozpoznanie/podejrzenie (wpisać szczegółowo)

Wyjaśnienia lekarza zrozumiałam/-em, przyjąłem/-jąłem do wiadomości i wyrażam zgodę na wybraną dla mnie: (wymienić jaką).....jako metodę leczenia/badania.

Podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego.....

Podpis lekarza odbierającego oświadczenie.....

WZÓR

UMOWA nr//
o udzielenie odpłatnego świadczenia zdrowotnego przez pracownię endoskopii
Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o.

zawarta w Bytowie w dniu
pomiędzy Szpitalem Powiatu Bytowskiego Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Bytowie, ul. Lęborska 13, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000330649, kapitał zakładowy 19 457 600,00 zł, NIP 8421733833, REGON 220799636, reprezentowaną przez:

Panią.....- działającą
na podstawie pełnomocnictwa nr z dnia.....udzielonego przez Zarząd Spółki,
zwaną w dalszej części umowy „Spółką”.
a

Panią/Panem

.....
Zamieszkałym - Adres:

PESEL:

Adres do korespondencji:.....
e-mail..... Tel.
Zwaną/ym w dalszej części umowy „Pacjentem”

§ 1

1. Przedmiotem Umowy jest odpłatne udzielenie przez Spółkę na rzecz Pacjenta świadczenia zdrowotnego w postaci badania / zabiegu* endoskopowego w prowadzonej przez Spółkę pracowni endoskopii polegający na wykonaniu badania/ zabiegu* w obrębie górnego/dolnego* odcinka przewodu pokarmowego z użyciem gastrofiberoskopu / duodenoskopu / kolonoskopu*, wraz z badaniem patomorfologicznym wykonanym z pobranego materiału w celu ustalenia pełnego rozpoznania i wyniku badania, zwanego dalej świadczeniem zdrowotnym.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego przez Spółkę nastąpi pod warunkiem uzyskania przez Pacjenta pozytywnej kwalifikacji do realizacji badania / zabiegu*, dokonanej w dniu udzielenia świadczenia od lekarza, z którym Spółka zawarła umowę dotyczącą udzielania świadczeń zdrowotnych.

§ 2

1. Umowa zostaje zawarta na czas oznaczony od dnia..... do dnia.....
2. Strony mogą przedłużyć czas trwania umowy o kolejny okres.

§ 3

1. Pacjent zobowiązany jest przybyć do pracowni endoskopii Spółki w na własny koszt, w wyznaczonym terminie.

2. Termin udzielenia świadczenia zdrowotnego ustala pełnomocnik Spółki i podaje do wiadomości Pacjentowi w chwili rejestracji na zabieg/badanie.
3. Pacjent do pracowni endoskopii w wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia zdrowotnego zobowiązany jest zabrać ze sobą

§ 4

Pacjent zobowiązuje się i oświadcza, że:

- a) zobowiązuje się uiścić we wskazanym przez Spółkę terminie opłatę za udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz za niezbędne badanie patomorfologiczne wykonane z pobranego materiału, wskazaną w § 6 ust. 1 i 2 lit. f,
- b) przyjmuje do wiadomości, że koszty świadczenia zdrowotnego nie podlegają refundacji ze środków publicznych (NFZ).
- c) przestrzegać będzie postanowień Regulaminu organizacyjnego Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. oraz przepisów porządkowych obowiązujących w Spółce.

§ 5

Spółka zobowiązuje się i oświadcza, że:

- a) zobowiązuje się do przestrzegania Praw pacjenta,
- b) umożliwi Pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi podczas udzielania świadczenia zdrowotnego w pracowni endoskopii Spółki,
- c) podczas udzielania świadczenia zdrowotnego w pracowni endoskopii Spółki będzie prowadzić indywidualną dokumentację medyczną Pacjenta,
- d) nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy, przedmioty oraz środki płatnicze Pacjenta pozostawione poza gabinetem diagnostyczno-zabiegowym endoskopii,
- e) przestrzega zasad bezpieczeństwa Pacjentów oraz wymogów sanitarno-epidemiologicznych,
- f) posiada wymagane uprawnienia i wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla udzielenia świadczenia zdrowotnego.

§ 6

1. Pacjent zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Spółki opłaty należnej za udzielenie świadczenia zdrowotnego w wysokości (słownie) zgodnej z aktualnym cennikiem obowiązującym w Spółce, a która obejmuje koszt:
 - a) konsultacji i nadzoru lekarza wykonującego badanie / zabieg w pracowni endoskopii,
 - b) opieki pielęgniarskiej asystującej do badania/zabiegu,
 - c) leków i wyrobów medycznych niezbędnych do realizacji usługi badania/ zabiegu.
2. Opłata wskazana w ust. 1 nie obejmuje:
 - a) dodatkowych zabiegów,
 - b) konsultacji lekarzy specjalistów,
 - c) dodatkowych badań laboratoryjnych, za wyjątkiem sytuacji nagłych (zagrożenia życia),
 - d) badań diagnostycznych rtg, usg, TK,
 - e) badania patomorfologicznego wykonane z pobranego materiału w celu ustalenia pełnego rozpoznania i wyniku badania,
 - f) transportu sanitarnego do miejsca zamieszkania lub innego podmiotu leczniczego.
3. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji Pacjent zostaje skierowany do wybranego podmiotu leczniczego.

§ 7

1. Pacjent zobowiązuje się uiścić opłatę wskazaną w § 6 ust. 1 w formie gotówkowej w jednej z kas Spółki.

2. Opłatę stanowiącą 100% wynagrodzenia przysługującego Spółce z tytułu udzielenia świadczenia zdrowotnego Pacjent zobowiązany jest uiścić gotówką w terminie do dnia odbioru wyników wykonanego badania/zabiegu. Wydanie Pacjentowi wyniku przez Spółkę jest uzależnione od okazania dowodu wpłaty w postaci wydruku (paragonu) z kasy fiskalnej.

§ 8

1. W przypadku, kiedy wywiązanie się z obowiązków określonych w umowie przez Spółkę nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od Spółki lub z powodu siły wyższej, Pacjent powinien zostać o tym powiadomiony bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 Strony umowy powinny uzgodnić nowy termin udzielenia świadczenia zdrowotnego.
3. O rezygnacji ze świadczenia zdrowotnego Pacjent powinien niezwłocznie powiadomić Spółkę przed wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia zdrowotnego, telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:
 - numer telefonu -
 - numer fax -
 - adres e-mail:

§ 9

1. Spółka może odstąpić od Umowy przed upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli Pacjent naruszać będzie postanowienia Regulaminu organizacyjnego Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. lub przepisy porządkowe obowiązujące w Spółce.
2. Pacjent może rozwiązać Umowę przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta w każdym czasie.
3. Oświadczenie każdej ze stron o rozwiązaniu Umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.

§ 10

Integralną część umowy stanowi załącznik: Nr 1 Skierowanie na badanie/zabieg* z adnotacją lekarza o braku przeciwwskazań do wykonania zleconego badania/ zabiegu* i podanym terminem udzielenia świadczenia zdrowotnego.

§ 11

1. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia poddadzą spór pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego rzeczowo właściwego dla siedziby Spółki.
2. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnego aneksu pod rygorem nieważności.
- 3 Umowa została sporządzona w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

PACJENT

SPÓŁKA

2

Załącznik do Zarządzenia nr 95/2014 z dn. 16.12.2014 Prezesa Zarządu Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o

CENNIK ŚWIADCZEŃ SZPITALA POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o.
obowiązujący od dnia 01.01.2015 r.

I. CENNIK BADAŃ LABORATORYJNYCH

A. HEMATOLOGIA I KOAGULOLOGIA

Lp.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Morfologia krwi 22 – parametrowa	10,00 zł	1 dzień
2	Rozmaz krwi (preparat barwiony)	10,00 zł	1 dzień
3	Retikulocyty	7,00 zł	1 dzień
4	OB.	5,00 zł	1 dzień
5	APTT	10,00 zł	1 dzień
6	Wskaźnik protrombinowy +INR	8,00 zł	1 dzień
7	Fibrynogen	8,00 zł	1 dzień
8	D-dimery	26,00 zł	1 dzień

B. ANALITYKA OGÓLNA

Lp.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Badanie ogólne moczu z osadem	7,00 zł	1 dzień
2	Białko w moczu ilościowo	6,00 zł	1 dzień
3	Glukoza w moczu ilościowo	6,00 zł	1 dzień
4	Kał – krew utajona	15,00 zł	1 dzień
5	Płyn z jam ciała	32,00 zł	1 dzień
6	Płyn mózgowo – rdzeniowy badanie ogólne	22,00 zł	1 dzień
7	Mikroalbumina w moczu	12,00 zł	1 dzień
8	Wymaz w kierunku owsików (próba plasterkowa)	10,00 zł	1 dzień
9	Walera-Rosego (odczyn)	20,00 zł	1 dzień
10	Giardia lamblia	21,00 zł	1 dzień
11	USR	10,00 zł	1 dzień
12	Kał – pasożyty	18,00 zł	1 dzień

C. BIOCHEMIA

Lp.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Bilirubina całkowita	6,00 zł	1 dzień
2	Bilirubina bezpośrednia	6,00 zł	1 dzień
3	GGTP	6,00 zł	1 dzień
4	Fosfataza zasadowa	6,00 zł	1 dzień
5	Transaminaza asparaginowa ASPAT	6,00 zł	1 dzień
6	Transaminaza alaninowa ALAT	6,00 zł	1 dzień
7	CPK (kinaza fosfokreatynowa całk.)	6,00 zł	1 dzień
8	Troponina T hs (ilościowo z osocza)	30,00 zł	1 dzień
9	LDH (Dehydrogenaza mleczanowa)	9,00 zł	1 dzień
10	Amylaza surow./mocz	11,00 zł	1 dzień
11	Kwas moczowy surow./mocz	6,00 zł	1 dzień
12	Mocznik surow./mocz	6,00 zł	1 dzień
13	Kreatynina surow./mocz	6,00 zł	1 dzień
14	Klirens kreatyniny z dobowej zbiórki moczu	12,00 zł	1 dzień
15	Glukoza	5,00 zł	1 dzień
16	Cholesterol całkowity	6,00 zł	1 dzień
17	Cholesterol HDL	9,00 zł	1 dzień
18	Cholesterol LDL	2,00 zł	1 dzień
19	Trójglicerydy	6,00 zł	1 dzień
20	Lipidogram	22,00 zł	1 dzień
21	Jonogram (K+Na+Cl)	9,00 zł	1 dzień
22	Sód surow./mocz	5,00 zł	1 dzień
23	Potas surow./mocz	5,00 zł	1 dzień
24	Chlorki surow./mocz	10,00 zł	1 dzień
25	Wapń surow./mocz	5,00 zł	1 dzień
26	Fosfor surow./mocz	5,00 zł	1 dzień
27	Magnez surow./mocz	8,00 zł	1 dzień
28	Lit	30,00 zł	1-2 tygodnie
29	Żelazo	6,00 zł	1 dzień
30	TIBC	6,00 zł	1 dzień
31	Białko całkowite	6,00 zł	1 dzień
32	Albuminy	6,00 zł	1 dzień
33	Proteinogram	40,00 zł	1-2 tygodnie
34	Kwas foliowy	40,00 zł	1-2 tygodnie
35	Ferrytyna	35,00 zł	1 dzień
36	Transferyna	31,00 zł	1-2 tygodnie
37	Witamina B ₁₂	50,00 zł	1 dzień
38	Hemoglobina glikowana Hb A _{1c}	23,00 zł	1-3 dni
39	Insulina	36,00 zł	1-2 tygodnie
40	Równowaga kwasowo-zasadowa RKZ	15,00 zł	1 dzień
41	Prokalcytonina (PCT)	70,00 zł	1 dzień

D. SEROLOGIA GRUP KRWI

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Grupa krwi z przeciwciałami (met. kolumnowa)	36,00 zł	1 dzień
2	Poszukiwanie p/c odpornościowych (met.kolumnowa)	25,00 zł	1 dzień
3	Bezpośredni test antyglobulinowy BTA (met.kolumnowa)	28,00 zł	1 dzień
4	Próba zgodności - jedna jednostka	41,00 zł	1 dzień
5	Próba zgodności - dwie jednostki	53,00 zł	1 dzień
6	Próba zgodności - trzy jednostki	66,00 zł	1 dzień
7	Karta grupy krwi (Krewkarta)	25,00 zł	1 dzień

E. DIAGNOSTYKA CHOROÓB TARCZYCY

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	TSH	26,00 zł	1 dzień
2	FT ₃	22,00 zł	1 dzień
3	FT ₄	22,00 zł	1 dzień
4	Tyreoglobulina	40,00 zł	1-2 tygodnie
5	Anty TPO	45,00 zł	1-2 tygodnie
6	Anty TG	45,00 zł	1-2 tygodnie

F. DIAGNOSTYKA FUNKCJI ROZRODCZYCH

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	DHEA-S (siarczan dehydroepiandrosteronu)	45,00 zł	1-2 tygodnie
2	FSH	40,00 zł	1-2 tygodnie
3	LH	35,00 zł	1-2 tygodnie
4	Prolaktyna	40,00 zł	1 dzień
5	Estradiol	40,00 zł	1-2 tygodnie
6	Progesteron	40,00 zł	1-2 tygodnie
7	Testosteron	40,00 zł	1-2 tygodnie
8	Beta - HCG	32,00 zł	1 dzień

G. DIAGNOSTYKA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	PSA	28,00 zł	1 dzień
2	AFP	40,00 zł	1-2 tygodnie
3	Ca 125	35,00 zł	1 dzień
4	Ca 15,3	38,00 zł	1-2 tygodnie
5	Ca 19,9	40,00 zł	1-2 tygodnie
6	CEA	35,00 zł	1 dzień

H. INNE HORMONY I METABOLITY

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Kortyzol	40,00 zł	1-2 tygodnie
2	Parathormon	40,00 zł	1-2 tygodnie
3	P/ciała p/jądrowe ANA - screening	50,00 zł	1-2 tygodnie
4	P/ciała p/cytoplaźmie leukocytów -ANCA	70,00 zł	1-2 tygodnie

I. TOKSYKOLOGIA I FARMAKOKINETYKA

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Narkotyki w moczu (panel 6 param.)	38,00 zł	1 dzień

J. DIAGNOSTYKA CHOROÓB INFEKCYJNYCH

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	ASO ilościowo	12,00 zł	1 dzień
2	CRP ilościowo	12,00 zł	1 dzień
3	Latex RF ilościowo	12,00 zł	1 dzień
4	HBs- Ag	15,00 zł	1 dzień
5	HBs-przeciwciała	25,00 zł	1 dzień
6	Toxoplazmoza IgG	25,00 zł	1 dzień
7	Toxoplazmoza IgM	30,00 zł	1 dzień
8	Borelioza IgG	50,00 zł	1-2 tygodnie
9	Borelioza IgM	50,00 zł	1-2 tygodnie
10	Mycoplasma IgG	50,00 zł	1-2 tygodnie
11	Mycoplasma IgM	50,00 zł	1-2 tygodnie
12	Mycoplasma IgA	55,00 zł	1-2 tygodnie
13	Chlamydia IgG	52,00 zł	1-2 tygodnie
14	Chlamydia IgM	52,00 zł	1-2 tygodnie
15	HCV - przeciwciała	35,00 zł	1 dzień
16	HIV1 / HIV2 przeciwciała	28,00 zł	1 dzień
17	Różyczka p/c IgG	40,00 zł	1-2 tygodnie
18	Różyczka p/c IgM	60,00 zł	1-2 tygodnie
19	CMV IgG	30,00 zł	1 dzień
20	CMV IgM	48,00 zł	1 dzień
21	Mononukleozą	16,00 zł	1 dzień

2

K. MIKROBIOLOGIA

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Posiew moczu – ilościowy (szpital)	15,00 zł	1-3 dni
2	Posiew moczu ambulatoryjny	30,00 zł	1-3 dni
3	Posiew wymazu (nos, gardło, oko, drogi rodne , odbył - kał, i inne) szpital	23,00 zł	2-3 dni
4	Posiew wymazu (nos, gardło, oko, drogi rodne , odbył - kał, i inne) ambulatoryjny	40,00 zł	2-3 dni
5	Posiew płwociny, wydzieliny z drzewa oskrzelowego, wymazu z rany, końcówki wkłucia centralnego (szpital)	27,00 zł	2-5 dni
6	Posiew płwociny, wydzieliny z drzewa oskrzelowego, wymazu z rany, ambulatoryjny	50,00 zł	2-5 dni
7	Posiew kału w kierunku SS	40,00 zł	2-3 dni
8	Posiew wymazu w kierunku paciorkowców β-hemolizujących	13,00 zł	2 dni
9	Posiew tlenowy krwi	45,00 zł	1-5 dni
10	Posiew beztlenowy krwi	45,00 zł	1-5 dni
11	Identyfikacja drobnoustroju	10,00 zł	1-2 dni
12	Identyfikacja drobnoustroju z antybiogramem	25,00 zł	1-2 dni
13	Biocenoza pochwy – preparat	7,00 zł	1-3 dni
14	Test jałowości procesu sterylizacji (dwa sporostesty)	40,00 zł	2 dni
15	Posiew sanitarny	12,00 zł	2-7 dni
16	Badanie mykologiczne (posiew w kierunku grzybów)	30,00 zł	3 tygodnie
17	Badanie kału w kierunku toksyny A i B Clostridium difficile	45,00 zł	1 dzień
18	Adenovirus	25,00 zł	1 dzień
19	Rotavirus	25,00 zł	1 dzień
20	Antybiogram met. MIC – jeden antybiotyk	10,00 zł	2-3 dni

N. IMMUNODIAGNOSTYKA

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Immunoglobulina A	28,00 zł	1-2 tygodnie
2	Immunoglobulina G	28,00 zł	1-2 tygodnie
3	Immunoglobulina M	28,00 zł	1-2 tygodnie
4	IgE całkowite	40,00 zł	1 dzień

O. INNE

L.p.	PARAMETR	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Odpis wyniku badania	5,00 zł	1 dzień
2	Kontrola pracy glukometru	10,00 zł	1 dzień
3	Odseparowanie surowicy od krwinek	2,00 zł	1 dzień

II. CENNIK BADAŃ RADIOLOGICZNYCH.

LP	NAZWA BADANIA	CENA	CZAS OCZEKIWANIA
1	Zdjęcie klatki piersiowej boczne	35,00 zł	1 dzień
2	Zdjęcie klatki piersiowej PA,	35,00 zł	1 dzień
3	Zdjęcie klatki piersiowej z barytem L (jedna projekcja)	40,00 zł	1 dzień
4	Zdjęcie żeber PA, skośne	35,00 zł	1 dzień
5	Zdjęcie dłoni AP	35,00 zł	1 dzień
6	Zdjęcie klp { szczyty}	35,00 zł	1 dzień
7	Zdjęcie mostka	35,00 zł	1 dzień
8	Zdjęcie czaszki { 2 projekcje }	40,00 zł	1 dzień
9	Zdjęcie czaszki { 5 projekcji }	66,00 zł	1 dzień
10	Zdjęcie twarzo-czaszki, potylicy, podstawy	35,00 zł	1 dzień
11	Zdjęcie siodełka tureckiego, oczodoły	35,00 zł	1 dzień
12	Zdjęcie zatok	35,00 zł	1 dzień
13	Zdjęcie zuchwy PA, skośne	35,00 zł	1 dzień
14	Zdjęcie stawów skronowo-zuchwowych	40,00 zł	1 dzień
15	Zdjęcie łuków jarzmowych	35,00 zł	1 dzień
16	Zdjęcie kości nosowej	35,00 zł	1 dzień
17	Zdjęcie kanału nerwu wzrokowego	35,00 zł	1 dzień
18	Zdjęcie uszu { 2 zdjęcia }	40,00 zł	1 dzień
19	Zdjęcie zęba	18,00 zł	1 dzień
20	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego	40,00 zł	1 dzień
21	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego {skosy}	40,00 zł	1 dzień
22	Zdjęcie kręgosłupa piersiowego	47,00 zł	1 dzień
23	Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego	47,00 zł	1 dzień
24	Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego {skosy}	47,00 zł	1 dzień
25	Zdjęcie kości krzyżowej {2 zdjęcia}	40,00 zł	1 dzień
26	Zdjęcie celowane L S { 1 –zdjęcie }	35,00 zł	1 dzień
27	Zdjęcie kręgu szczytowo-obrotowego	35,00 zł	1 dzień
28	Zdjęcie kręgu AP-skolicza	35,00 zł	1 dzień
29	Zdjęcie stawów krzyżowo- biodrowych	35,00 zł	1 dzień
30	Zdjęcie miednicy malej	35,00 zł	1 dzień
31	Zdjęcie stawów biodrowych, miednicy	35,00 zł	1 dzień
32	Zdjęcie stawu biodrowego {AP, osiowe }	35,00 zł	1 dzień
33	Zdjęcie kości łonowej AP	35,00 zł	1 dzień

34	Zdjęcie obojczyka, łopatki, stawu barkowego, mostkowo-obojczykowego	35,00 zł	1 dzień
35	Zdjęcie stawu kolanowego	40,00 zł	1 dzień
36	Zdjęcie stawu łokciowego	40,00 zł	1 dzień
37	Zdjęcie stawu skokowego celowane na więzozrost (1 projekcja)	35,00 zł	1 dzień
38	Zdjęcie stawu skokowego (2 projekcje)	40,00 zł	1 dzień
39	Zdjęcie kości piętowej (1 projekcja)	35,00 zł	1 dzień
40	Zdjęcie nadgarstka, dłoni	40,00 zł	1 dzień
41	Zdjęcie podudzia, uda	40,00 zł	1 dzień
42	Zdjęcie uda (2 projekcje)	40,00 zł	1 dzień
43	Zdjęcie dłoni (wiek kostny)	35,00 zł	1 dzień
44	Zdjęcie ramienia	35,00 zł	1 dzień
45	Zdjęcie przedramienia	40,00 zł	1 dzień
46	Zdjęcie stopy	40,00 zł	1 dzień
47	Zdjęcie rzepki (jedna projekcja)	35,00 zł	1 dzień
48	Zdjęcie palca	40,00 zł	1 dzień
49	Zdjęcie klatki piersiowej, biodra (przy łóżku)	35,00 zł	1 dzień
50	Zdjęcie przedramienia, uda, podudzia (przy łóżku)	47,00 zł	1 dzień
51	Badanie przetyku, zołądka XII-cy	117,00 zł	1 dzień
52	Badanie jelita cienkiego	129,00 zł	1 dzień
53	Badanie jelita grubego	164,00 zł	1 dzień
54	Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	35,00 zł	1 dzień
55	Urografia konwencjonalna	199,00 zł	1 dzień
56	Cholangiografia pooperacyjna	140,00 zł	1 dzień
57	Fistulografia, HSG	140,00 zł	1 dzień
58	Cystografia (CUM)	140,00 zł	1 dzień
59	Jedna projekcja (badania, które zawiera 2 zdjęcia)	35,00 zł	1 dzień
60	Wydruk zdjęcia RTG na folii	18,00 zł	1 dzień
61	Kopia badania, wyniku.	5,00 zł	1 dzień

III. CENNIK BADAŃ ULTRASONOGRAFICZNYCH

LP	NAZWA BADANIA	CENA
A. USG		
1.	badanie jamy brzusznej	60,00 zł
2.	badanie jamy brzusznej dla POZ	45,00 zł
3.	badanie tarczycy	60,00 zł
4.	badanie sutków	60,00 zł
5.	badanie jąder	60,00 zł
7.	badanie przezciężciążkowe	70,00 zł
8.	badanie narządów rodnych	60,00 zł
9.	badanie narządów rodnych + sonda dopochwowa	70,00 zł
10.	badanie inne: np: ślinianki, szyja, węzły chłonne	60,00 zł
B. USG Doppler		
1.	badanie naczyniowe kończyny dolnej	105,00 zł
2.	badanie aorty i tętnic kończyn dolnych	230,00 zł
3.	badanie aorty i tętnic kończyny dolnej	120,00 zł
5.	badanie naczyniowe kończyny górnej	105,00 zł
6.	badanie naczyniowe kończyn	180,00 zł
7.	badanie tętnic szyjnych	90,00 zł
8.	badanie naczyń nerkowych	90,00 zł
9.	badanie tarczycy	90,00 zł

IV. CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYKI KARDIOLOGICZNEJ

LP	NAZWA BADANIA	CENA
1.	EKG bez opisu	15,00 zł
2.	EKG z opisem	25,00 zł
3.	Próba wysiłkowa	80,00 zł
4.	Badanie Holter - RR z opisem	54,00 zł
5.	Badanie Holter - EKG z opisem	80,00 zł
6.	Echokardiografia	100,00 zł

V. CENNIK BADAŃ ENDOSKOPOWYCH

LP	NAZWA BADANIA	CENA
1.	Gastroskopia diagnostyczna	130,00 zł
1.1.	Gastroskopia diagnostyczna + test Helicobakter	150,00 zł
1.2.	Gastroskopia diagnostyczna z pobraniem materiału do badania hist-pat + test Helicobakter ¹	200,00 zł
2.	Rektoskopia	60,00 zł
2.1.	Rektoskopia z pobraniem materiału do badania hist-pat	80,00 zł
3.	Kolonoskopia	290,00 zł
3.1.	Kolonoskopia z pobraniem materiału do badania hist-pat	380,00 zł
4.	Zakładanie przetoki odżywczej typu PEG	570,00 zł

¹ nie zawiera ceny badania histopatologicznego

VI. CENA BADANIA HISTOPATOLOGICZNEGO

LP	NAZWA BADANIA	CENA
1.	BADANIE HISTOPATOLOGICZNE	40,00 zł

2

VII. CENNIK BADAŃ CYTOLOGICZNYCH

LP	NAZWA BADANIA	CENA
1.	BADANIE CYTOLOGICZNE	20,00 zł

VIII. CENNIK PORAD SPECJALISTYCZNYCH

LP	NAZWA PORADNI SPECJALISTYCZNEJ	CENA
1.	Porada lekarska w Poradni Chirurgicznej – za każdą wizytę /bez diagnostyki/	70,00 zł
2.	Wizyta kontrolne w Poradni Chirurgicznej w ramach tego samego skierowania /bez diagnostyki/	45,00 zł
3.	Poradnia chirurgiczna – zabieg w znieczuleniu miejscowym	100,00 zł
4.	Poradnia chirurgiczna – ver hist-pat	45,00 zł
5.	Porada lekarska w Poradni Cukrzycowej	70,00 zł
6.	Porada lekarska w Poradni „K”	70,00 zł
7.	Porada lekarska w Poradni Pediatricznej	70,00 zł
8.	Porada lekarska w Poradni Internistycznej	70,00 zł
9.	Porada lekarska w Poradni Rehabilitacyjnej	70,00 zł

IX. CENNIK ZABIEGÓW WYKONYWANYCH W IZBIE PRZYJĘĆ I AMBULATORIUM CHIRURGICZNYM

LP	NAZWA ZABIEGU	CENA
1.	Inhalacja	8,00 zł
2.	Założenie cewnika do pęcherza	24,00 zł
3.	Iniekcja domięśniowa	10,00 zł
4.	Iniekcja podskórna	12,00 zł
5.	Iniekcja dożylna doraźna	18,00 zł
6.	Próba uczuleniowa	7,00 zł
7.	Anatoksyna p/tężcowa	7,00 zł
8.	Kroplówka (wenflon, aparat, Mieszanka 2:1 lub inny płyn)	24,00 zł
9.	Pomiar ciśnienia tętniczego	5,00 zł
10.	Badanie poziomu cukru glukometrem	5,00 zł

X. CENNIK ZABIEGÓW WYKONYWANYCH W PORADNI CHIRURGICZNEJ I URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ

LP	NAZWA ZABIEGU	CENA
1.	Nakłucie z podaniem leku do stawu: kolanowego, barkowego, biodrowego	50,00 zł
2.	Nakłucie – punkcja lecznicza stawu: kolanowego, biodrowego, barkowego	50,00 zł
3.	Nawiercenie płytki paznokciowej	20,00 zł
4.	Zdjęcie paznokcia	50,00 zł
5.	Nacięcie ropnia / krwiaka	50,00 zł
6.	Założenie szyny Kramera na staw skokowy i kolanowy	30,00 zł
7.	Założenie szyny Kramera na przedramię	30,00 zł
8.	Założenie szyny szwedzkiej	20,00 zł
9.	Założenie gipsu – opaska gipsowa 10cm z podkładem	35,00 zł
10.	Założenie gipsu – opaska gipsowa 15cm z podkładem	40,00 zł
11.	Zdjęcie gipsu	30,00 zł
12.	Założenie szwów z użyciem 1 szwu AMFIL	50,00 zł
13.	Zdjęcie szwów	25,00 zł
14.	Okład z ałtacetu / rywanolu	12,00 zł
15.	Założenie opatrunku	25,00 zł

XI. CENNIK ZABIEGÓW WYKONYWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII

LP	NAZWA ZABIEGU	CENA
1.	Wszycie podskórne leku - DISULFIRAM	200,00 zł

XII. CENNIK USŁUG ŚWIADCZONYCH W ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM

LP	NAZWA ZABIEGU	CENA
1.	Dobowa opłata za wyżywienie i zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym	60,00 zł

XIII. CENNIK USŁUG ŚWIADCZONYCH W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

LP	NAZWA USŁUGI	CENA
1.	Oddział dziecięcy:	
1.1.	Cena za dobę pobytu opiekuna w oddziale, w tym: pobyt - osobodzień /bez łóżka/	22,00 zł 9,00 zł
2.	Oddział położniczo-ginekologiczny:	
2.1.	uczestnictwo osoby towarzyszącej w porodzie rodzinnym*	56,00 zł
2.2.	dobę pobytu osoby towarzyszącej w pokoju rodzinnym*	70,00 zł
3.	Hospitalizacja pacjenta nieubezpieczonego wyceniana jest zgodnie z Katalogiem świadczeń, stanowiącym załącznik do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w danym rodzaju świadczeń, publikowanym na stronie POW NFZ.	

* cena ustalona na podstawie kosztów rzeczywistych w przeliczeniu na 1 osobodzień pobytu w Oddziale położniczo-ginekologicznym w zakresie do 1 złotego

XIV. CENNIK USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ SZKOŁĘ RODZENIA

LP	NAZWA USŁUGI	CENA
1.	Opłata za 1 godzinę uczestnictwa w zajęciach - ciężarna	10,00 zł
2.	Opłata za 1 godzinę uczestnictwa w zajęciach - osoba towarzysząca	5,00 zł

2

XV. CENNIK POMOCY DORAŻNEJ I TRANSPORTU SANITARNEGO

LP	NAZWA USŁUGI	CENA
1.	Transport z kierowcą w granicach miasta	30,00 zł
2.	Transport z kierowcą i ratownikiem w granicach miasta	40,00 zł
3.	Transport z kierowcą poza granice miasta	2,50 zł za każdy przejechany km, nie mniej niż 30,00
4.	Transport z kierowcą i ratownikiem poza granice miasta	3,50 zł za każdy przejechany km, nie mniej niż 40,00
5.	Transport „R” z pełnym zespołem wyjazdowym	5,00 zł za każdy przejechany km nie mniej niż 100
6.	Zabezpieczenie imprez masowych, zawodów sportowych, ćwiczeń – podstawowy zespół ratownictwa medycznego (bez lekarza)	170,00 zł/godz
7.	Zabezpieczenie imprez masowych zawodów sportowych, ćwiczeń - specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego [z lekarzem]	270,00 zł/godz
8.	W indywidualnych przypadkach za zgodą Prezesa Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. transport sanitarny może zostać wykonany po kosztach rzeczywistych. Cena pojedynczego transportu będzie ustalana indywidualnie, w zależności od długości przewozu oraz składu zespołu wyjazdowego.	

XVI. CENNIK USŁUG ŚWIADCZONYCH PRZEZ STERYLIZATORNIĘ

LP	NAZWA USŁUGI	CENA
1.	Pakiet duży	12,00 zł
2.	Pakiet średni	8,00 zł
3.	Pakiet mały	4,00 zł
4.	Rękaw duży	9,00 zł
5.	Rękaw średni	6,00 zł
6.	Rękaw mały	3,00 zł

XVII. CENNIK USŁUG POGRZEBOWYCH W PROSEKTORIUM

LP	NAZWA USŁUGI	CENA
1.	Toaleta pośmiertna, ubranie zwłok, włożenie do trumny itp.	200,00 zł
2.	Przechowywanie zwłok w prosektorium za dobę	80,00 zł
3.	Przyjęcie zwłok do prosektorium – zgon domowy	100,00 zł

Opłaty za powyższe usługi pobierane są w przypadku zwłok przyjętych spoza szpitala oraz w przypadku zgonu szpitalnego po upływie 72-godz. od zgonu.

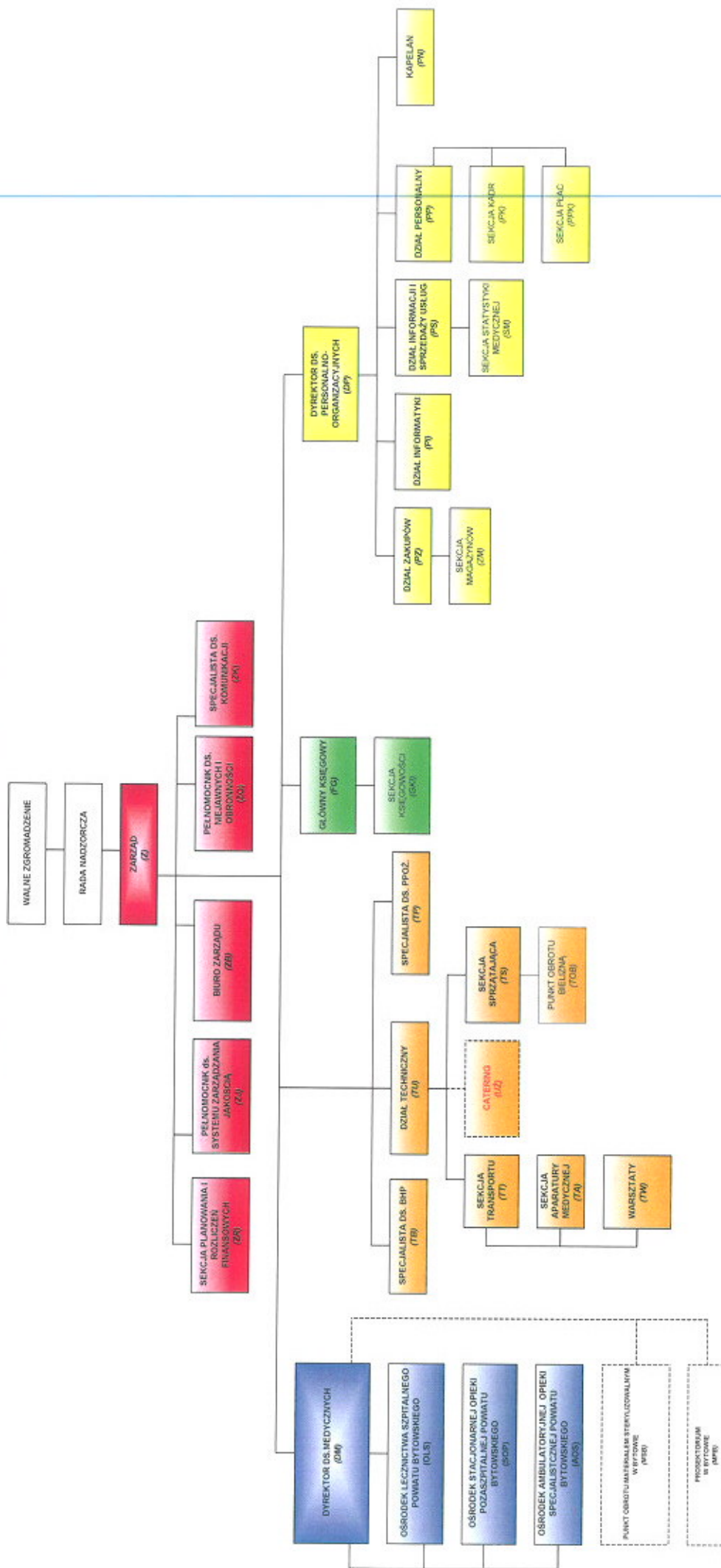
XVIII. CENNIK POZOSTAŁYCH USŁUG REALIZOWANYCH PRZEZ SZPITAL

LP	RODZAJ USŁUGI	CENA
1.	Kserokopia dokumentacji medycznej na życzenie pacjenta, instytucji ubezpieczeniowych, itp.	0,57zł/ 1 str.
2.	Kserokopia dokumentacji przetargowej na życzenie kontrahenta	0,57zł/ 1 str.
3.	Cena za wypożyczenie butli z tlenem	40,00 zł
4.	Kaucja za wypożyczenie butli /opłata pobierana każdorazowo/	100,00 zł
5.	Opłata za przechowywanie szczepionek- cena za dobę	5,00 zł
6.	Opłata za wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia na potrzeby inne niż kontynuacja leczenia	25,00 zł

! BĘDĄ POWIĘKSZONE O OBOWIĄZUJĄCY PODATEK VAT.

2

SZPITAL POWIATU BYTOWSKIEGO Sp. z o.o. - SCHEMAT STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ CZĘŚCI "SZAREJ"



Handwritten signature or mark.

