

**KRAJOWY KONSULTANT
W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO**

WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455, fax 533-77-01

e-mail:piskorz@wssd.olsztyn.pl

Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego w sprawie: sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatrycznych z dnia 04.06.2012 r.

Na podstawie: art. 9 ust.1 i art. 10 ust 1 pkt. 6 Ustawy z dnia 6.11.2008r. o konsultantach w ochronie zdrowia oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. nr 252, poz. 1697), przedstawiam poniżej opinię w sprawie sposobu dokumentowania świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki w oddziałach i szpitalach pediatrycznych.

1. Pielęgniarki realizujące świadczenia zdrowotne w oddziałach i szpitalach pediatrycznych mają obowiązek dokumentowania świadczeń w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, dokumentacji zbiorczej wewnętrznej oraz dodatkowo mogą prowadzić dokumentację indywidualną zewnętrzną.
2. Wszystkie świadczenia zdrowotne wynikające z opieki bezpośredniej nad pacjentem powinny być dokumentowane w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej. W ramach opieki bezpośredniej pielęgniarki:
 - dokonują oceny stanu fizycznego, psychicznego i społecznego na podstawie analizy badania przedmiotowego i podmiotowego oraz analizy dokumentacji (uwzględniając m.in. dane dotyczące porodu, dotychczasowego rozwoju dziecka, nawyków, reakcji na hospitalizację i.t.p.);
 - określają diagnozy pielęgniarskie lub problemy pielęgnacyjne;
 - ustalają plan opieki oraz realizują świadczenia zgodnie z planem;
 - realizują zlecenia lekarskie wg karty zleceń, w których dokumentują ich wykonanie;
 - monitorują parametry wg potrzeb i dokumentują w kartach obserwacji;
 - dokonują oceny stanu pacjenta pod koniec każdego dyżuru, analizują i oceniają osiągnięte efekty pielęgnowania.

Dokumentowania powyższych zadań, należy dokonywać w historii choroby i dokumentach dodatkowych t. j. karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karty obserwacji, karty gorączkowe, karty zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia (jeśli było realizowane znieczulenie).

W księdze raportów pielęgniarskich, o której mowa w § 31 Rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, pielęgniarki powinny dokumentować:

- kolejność wpisów oznaczając ich numerację
- datę sporządzenia raportu oraz identyfikację pielęgniarki dokonującej wpisu
- informacje statystyczne t.j. liczba pacjentów przyjętych, wypisanych, hospitalizowanych, zmarłych;
- informacje dotyczące zdarzeń i ich okoliczności związanych z działalnością oddziału (§ 31 ust.3 Rozporządzenia określa jako „treść raportu”), czyli np. ewentualne zdarzenia niepożądane, losowe z udziałem pacjentów czy też powikłania wynikające z hospitalizacji wymagane w szpitalu do rejestracji np. liczba pacjentów gorączkujących (wówczas należy imię i nazwisko pacjenta), zdarzenia związane z tzw. opieką pośrednią np. użyczenia lub uszkodzenia aparatury medycznej, użyczenia leku na potrzeby innego oddziału itp.

Księga raportów pielęgniarskich nie powinna zawierać informacji dotyczących opieki bezpośredniej nad pacjentem, gdyż znajdują się one w dokumentacji indywidualnej pacjenta, a czas poświęcony przez pielęgniarkę na dokumentowanie świadczeń nie powinien być dublowany. Ze względu na różne okresy przechowywania dokumentacji indywidualnej i dokumentacji zbiorczej w archiwum szpitalnym, należy dołożyć wszelkich starań, aby indywidualna dokumentacja medyczna zawierała opis wszystkich zdarzeń zdrowotnych i interwencji medycznych, które miały miejsce w czasie pobytu pacjenta w szpitalu.

3. Księga zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, o której mowa w § 32 w/cytowanego Rozporządzenia powinna znajdować się w gabinetach zabiegowych, w których wykonywane są zabiegi na rzecz pacjentów z innych oddziałów lub ambulatoryjnych np. gabinet endoskopowy, gabinet opatrunkowy, sale zabiegowe i.t.p.

Zlecenia lekarskie dotyczące pacjentów hospitalizowanych w oddziałach nie powinny być przepisywane z kart zleceń do ksiąg zabiegowych ze względu na ryzyko pomyłki i niepotrzebnie marnotrawiony czas, a realizowane w oparciu o odpowiednio dostosowane druki kart zleceń, które będą załącznikiem do historii choroby i będą stanowiły indywidualną dokumentację wewnętrzną.

5. Nieodzownym elementem dokumentowania świadczeń jest autoryzacja czyli data

