

## **Rozdział I**

### **POSTANOWIENIA OGÓLNE**

#### **§ 1**

1. Regulamin Organizacyjny Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie określa:
  - 1) nazwę podmiotu;
  - 2) cele i zadania podmiotu;
  - 3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu;
  - 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek;
  - 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
  - 9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
  - 10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
  - 11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny;
  - 12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
  - 13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi.
2. Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:

"Szpital" - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie;

"Dyrektor" - Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie;

"Rada Społeczna" - Rada Społeczna Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.

#### **§ 2**

Misją Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie i promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo badawczych.

#### **§ 3**

1. Podstawowym celem Szpitala jest wykonywanie działalności leczniczej w rodzajach:
  - stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: szpitalne;
  - ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Szpital wykonuje również działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.
3. Szpital uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenia tych osób.

4. Szpital może uczestniczyć w badaniach klinicznych produktów leczniczych na podstawie umów zawartych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
5. Szpital może podejmować współpracę z krajowymi i zagranicznymi instytucjami ochrony zdrowia, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych oraz organizacjami międzynarodowymi realizującymi zadania należące do zakresu działalności Szpitala.
6. Szpital może być członkiem instytucji i organizacji, o których mowa w ust. 5.
7. Szpital realizuje zadania z zakresu obronności wynikające z odrębnych przepisów prawa.

#### **§ 4**

Świadczenia zdrowotne udzielane są w siedzibie Szpitala:

- przy ul. Staszica 16,
- przy ul. Staszica 11,
- przy ul. Staszica 14A,
- przy ul. Radziwiłłowskiej 13,
- przy ul. Chmielnej 1,
- przy ul. Głuskiej 1,
- przy ul. Langiewicza 6A.

#### **§ 5**

Szpital może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie określonym w Statucie.

#### **§ 6**

Zakładami leczniczymi podmiotu leczniczego są:

1. Lecznictwo Szpitalne SPSK Nr 1 w Lublinie wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
2. Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna SPSK Nr 1 w Lublinie wykonująca działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

#### **§ 7**

W ramach zakładu leczniczego Lecznictwo Szpitalne SPSK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1) Oddziały Szpitalne:

- a) Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego
- b) Oddział Traumatologii
- c) Oddział Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
- d) Oddział Chirurgii Onkologicznej

- e) Oddział Onkologii Klinicznej i Chemioterapii
- f) Oddział Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii
- g) Oddział Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
- h) Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży
- i) Oddział Noworodków
- j) Oddział Dermatologii i Wenerologii
- k) Oddział Dermatologii Dziecięcej
- l) Oddział Okulistyki z Pododdziałem A, B, C
- m) Oddział Okulistyki Dziecięcej
- n) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- o) Oddział Ogólnopsychiatryczny
- p) Oddział Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży
- r) Oddział Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania
- s) Oddział Sądowo-Psychiatryczny
- t) Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- u) Oddział Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii
- v) Oddział Dzienny Chemioterapii
- w) Oddział Chorób Zakaźnych
- x) Oddział Radioterapii
- y) Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych
- z) Oddział Dzienny Psychiatryczny
- aa) Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny
- bb) Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Młodzieży

## 2) Zakłady i Pracownie:

- a) Zakład Radiologii Lekarskiej
- b) Zakład Medycyny Rodzinnej
- c) Pracownia USG Chirurgii Naczyniowej
- d) Pracownia Badań USG w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
- e) Pracownia Angiografii Narządu Wzroku
- f) Pracownia Radiologii Zabiegowej
- g) Samodzielna Pracownia Diagnostyki Obrazowej
- h) Zakład Diagnostyki i Terapii Endoskopowej
- i) Zakład Radiologii Zabiegowej i Diagnostyki Obrazowej
- j) Pracownia Badań Neurofizjologicznych
- k) Pracownia USG w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego
- l) Pracownia Badań Czynnościowych Przełyku
- m) Pracownia Teleradioterapii i Radioterapii Śródoperacyjnej
- n) Pracownia Mammografii
- o) Pracownia Aferez i Manipulacji Komórkowych
- p) Zakład Radioterapii

- q) Pracownia Fizyki Medycznej
- r) Pracownia Cytogenetyczna
- s) Pracownia Cytometrii Przepływowej
- t) Pracownia USG i Badań Prenatalnych
- u) Laboratorium Molekularne
- v) Pracownia Audioradiografii
- w) Pracownia Urodynamiczna
- x) Pracownia Kolposkopowa
- y) Pracownia Immunologii
- z) Pracownia Badań USG w Oddziale Chorób Zakaźnych
- aa) Pracownia Badań Molekularnych
- bb) Pracownia Tomografii Komputerowej
- cc) Pracownia USG w Zakładzie Radiologii Lekarskiej
- dd) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej
- ee) Pracownia Radiografii Cyfrowej
- ff) Pracownia Pantomografii Cyfrowej

3) Izby Przyjęć:

- a) Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza
- b) Izba Przyjęć Okulistyki
- c) Izba Przyjęć Psychiatrii
- d) Izba Przyjęć Kliniki Chorób Zakaźnych
- e) Izba Przyjęć Szpitala
- f) Izba Przyjęć Ogólna przy ul. Staszica 16

4) Dział Diagnostyki Laboratoryjnej

- a) Laboratorium Diagnostyki Analitycznej
- b) Laboratorium Diagnostyki Molekularnej
- c) Punkt pobrań materiałów do badań przy ul. Staszica 14A
- d) Punkt pobrań materiałów do badań przy ul. Langiewicza 6A

5) Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej

- a) Pracownia Diagnostyki Mikrobiologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową

6) Dział Sterylizacji

7) Pracownia Patomorfologii

8) Bank Krwi

- a) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej



- 9) Bank Tkanek Oka
- 10) Bloki Operacyjne:
  - a) Blok Operacyjny 1
  - b) Blok Operacyjny 2
  - c) Blok Operacyjny 3
  - d) Blok Operacyjny 4
  - e) Blok Operacyjny 5
  - f) Blok Operacyjny 8 (Pionu Ginekologiczno-Położniczego)
- 11) Bank Komórek Krwiotwórczych
- 12) Apteka Szpitalna
  - a) Pracownia Płynów do Żywienia Pozajelitowego
  - b) Pracownia Cytostatyków
- 13) Zespół Opieki Środowiskowej
- 14) Bank Mleka Kobięcego

## § 8

W ramach zakładu leczniczego Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna SPSK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

- 1. Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna:
  - a) Poradnia Endokrynologiczna
  - b) Poradnia Kardiologiczna
  - c) Poradnia Chirurgiczna
  - d) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgicznej
  - e) Poradnia Chirurgii Urazowej
  - f) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgicznej Urazowej
  - g) Poradnia Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
  - h) Poradnia Ginekologiczna z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej
  - i) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Ginekologicznej z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej
  - j) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
  - k) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Ginekologiczno-Położniczej
  - l) Poradnia Okulistyczna Ogólna
  - m) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Okulistycznej Ogólnej
  - n) Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
  - o) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
  - p) Poradnia Psychiatryczna
  - q) Poradnia Hematoonkologii

- r) Poradnia Transplantacji Szpiku
- s) Poradnia Chorób Zakaźnych
- t) Poradnia Diagnostyczno-Lecznicza
- u) Poradnia Noworodkowa
- v) Poradnia Preamnestetyczna
- w) Poradnia Dermatologiczna
- x) Poradnia Hepatologiczna
- y) Poradnia Genetyczna
- z) Poradnia Chorób Wewnętrznych

## § 9

W ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ SPSK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Poradnia Diabetologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
2. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
3. Poradnia Chirurgii Ogólnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
4. Poradnia Dermatologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
5. Poradnia Okulistyczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
6. Poradnia Otolaryngologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
7. Poradnia Neurologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
8. Poradnia Położniczo-Ginekologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
9. Poradnia Chorób Płuc i Gruzlicy (przy ulicy Langiewicza 6A)
10. Poradnia Zdrowia Psychicznego (przy ulicy Langiewicza 6A)
11. Poradnia Stomatologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
12. Poradnia Medycyny Pracy (przy ulicy Langiewicza 6A)
13. Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
14. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
15. Pracownia USG (przy ulicy Langiewicza 6A)
16. Pracownia EKG (przy ulicy Langiewicza 6A)
17. Pracownia Audiometryczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
18. Pracownia Fizjoterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
19. Pracownia Kinezyterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
20. Pracownia Fizykoterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
21. Pracownia Hydroterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
22. Pracownia Krioterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
23. Pracownia Masażu Leczniczego (przy ulicy Langiewicza 6A)
24. Gabinet Pielęgniarki POZ (przy ulicy Langiewicza 6A)
25. Gabinet Położnej POZ (przy ulicy Langiewicza 6A)
26. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (przy ulicy Langiewicza 6A)
27. Punkt Szczepień (przy ulicy Langiewicza 6A)
28. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Okulistyki (przy ulicy Langiewicza 6A)
29. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Otolaryngologii (przy ulicy Langiewicza 6A)

## § 10

W ramach Przyklinicznej Przychodni Onkologicznej SPSK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Poradnia Onkologiczna
2. Poradnia Radioterapii
3. Poradnia Chirurgii Onkologicznej
4. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Onkologicznej
5. Poradnia Leczenia Bólu
6. Poradnia Żywieniowa

## § 11

W Szpitalu działają następujące Zespoły i Komitety:

1. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
2. Zespół ds. Analizy zgonów
3. Zespół ds. Leczenia Bólu
4. Zespół ds. Monitorowania Jakości Podejmowanych Czynności Reanimacyjnych
5. Zakładowy Zespół ds. Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (Zespół ds. HACCP)
6. Zespół ds. Promocji Zdrowia
7. Zespół Etyczny
8. Zespół ds. Badań Klinicznych
9. Zespół Żywieniowy
10. Zespół ds. rozpatrywania skarg i wniosków
11. Zespół ds. Odleżyn
12. Komitet Terapeutyczny
13. Komitet ds. Zapewnienia Jakości Usług Medycznych
14. Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych
15. Komitet Transfuzjologiczny
16. Komisja analizująca skuteczność leczenia
17. Komisja ds. Nadzoru Nad Jakością Szkolenia Specjalizacyjnego
18. Komisja ds. orzekania o trwałym nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu
19. Rada Kliniczna
20. Komisja ds. analizy zdarzeń niepożądanych jakie wystąpiły u pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w SPSK Nr 1 w Lublinie
21. Zespół ds. Standaryzowania Opieki Pielęgniarskiej

## § 12

Na bazie Oddziałów Klinik Uniwersytetu Medycznego w Lublinie tj. Kliniki Okulistyki Ogólnej, Kliniki Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklistego oraz Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry z Bankiem Tkanek Oka wraz z podległymi im poradniami funkcjonuje PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA NARZĄDU WZROKU.

### § 13

Na bazie Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Onkologii Klinicznej i Chemioterapii, Oddziału Radioterapii i Oddziału Dziennego Radioterapii funkcjonuje: PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA NOWOTWORÓW.

### § 14

Na bazie Szpitalnego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii funkcjonuje: PONADREGIONALNY OŚRODEK POZAUSTROJOWEGO LECZENIA NIEWYDOLNOŚCI WIELONARZĄDOWEJ.

### § 15

Na bazie oddziałów Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie funkcjonuje PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA OSTRYCH BIAŁACZEK.

### § 16

Na bazie Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Zakładu Radiologii Zabiegowej SPSK Nr 1, Poradni Chirurgii Naczyniowej i Angiologii SPSK Nr 1 w Lublinie PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA CHOROÓB NACZYŃ.

### § 17

CENTRUM DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ funkcjonuje na bazie:

- „Pracowni Cytogenetycznej” w Oddziale Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii
- „Pracowni Cytometrii Przepływowej” w Oddziale Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii
- „Laboratorium Diagnostyki Analitycznej” w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej
- „Laboratorium Diagnostyki Molekularnej” w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej
- „Pracowni USG i Badań Prenatalnych” w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży
- „Laboratorium Molekularnego” w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży
- „Pracowni Audioradiografii” w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży
- „Pracowni Badań USG w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii”
- „Pracowni Urodynamicznej” w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
- „Pracowni Kolposkopowej” w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
- „Pracowni Immunologii” w Oddziale Chorób Zakaźnych
- „Pracowni Badań USG w Oddziale Chorób Zakaźnych”
- „Pracowni Badań Molekularnych” w Oddziale Chorób Zakaźnych
- „Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej” w Banku Krwi
- „Pracowni Patomorfologii”
- „Pracowni Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową” w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej

## § 18

Na bazie Oddziałów, Oddziałów Dziennych, Zespołu Opieki Środowiskowej I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji i II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Poradni Psychiatrycznej funkcjonuje UNIWERSYTECKIE CENTRUM PSYCHIATRII I PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ.

## § 19

Na bazie Zakładu Radioterapii, Kliniki Chirurgii Onkologicznej, Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku i Centrum Diagnostyki Klinicznej funkcjonuje UNIWERSYTECKIE CENTRUM ONKOLOGII.

## § 20

Szczegółowe zasady funkcjonowania Komitetów i Zespołów regulują Zarządzenia Dyrektora Szpitala określające zasady ich pracy, skład osobowy i zadania.

## § 21

### ZESPÓŁ KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- Opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- Prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji zadań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Szpitala i Przewodniczącemu Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
- Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

### ZESPÓŁ DS. ANALIZY ZGONÓW

Do zadań Zespołu ds. analizy zgonów należy w szczególności:

- Analiza zgonów w poszczególnych Klinikach,
- Analiza zgonów okołozabiegowych w poszczególnych Klinikach,
- Ocena wyników sekcji zwłok i ich porównanie z rozpoznaniem klinicznym,
- Realizacja innych działań przewidzianych przepisami prawa.

### ZESPÓŁ DS. LECZENIA BÓLU

Do zadań Zespołu ds. Leczenia bólu należy:

- Opracowanie i uaktualnianie ogólnoszpitalnej procedury postępowania w przypadku monitorowania i leczenia bólu ostrego w Klinikach,
- Wdrażanie wśród personelu Szpitala aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania bólu w zakresie monitorowania i leczenia bólu poprzez prowadzenie szkoleń,

- Nadzorowanie dostępności leków i sprzętu stosowanych w leczeniu bólu ostrego w Klinikach,
- Uczestniczenie w szkoleniach dotyczących monitorowania i leczenia bólu.

#### ZESPÓŁ DS. MONITOROWANIA JAKOŚCI PODEJMOWANYCH CZYNNOŚCI REANIMACYJNYCH

Do zadań Zespołu ds. monitorowania jakości należy w szczególności:

- opracowanie i uaktualnianie ogólnoszpitalnej procedury postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia,
- wdrażanie wśród personelu Szpitala aktualnych wytycznych Polskiej Rady Resuscytacyjnej w zakresie czynności resuscytacyjnych poprzez prowadzenie wewnątrzszpitalnych szkoleń minimum raz w roku kalendarzowym,
- nadzorowanie dostępności leków i sprzętu stosowanych w stanach zagrożenie życia w Klinikach/Zakładach /Poradniach,
- udział w dokonywaniu wyboru aparatury i leków do prowadzenia czynności resuscytacyjnych,
- prowadzenie analizy skuteczności i częstości przeprowadzonych reanimacji w poszczególnych Klinikach/Zakładach/Poradniach oraz przedstawienie jej wyników personelowi medycznemu raz na pół roku,
- uczestniczenie w szkoleniach dotyczących prowadzenia czynności reanimacyjnych.

#### ZAKŁADOWY ZESPÓŁ DS. SYSTEMU ANALIZY ZAGROŻEŃ I KRYTYCZNYCH PUNKTÓW KONTROLI (ZESPÓŁ ds. HACCP)

Do zadań Zespołu ds. Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli należy:

- opracowanie i wdrożenie systemu HACCP oraz nadzór nad jego dokumentowaniem,
- organizowanie szkoleń i przekazywanie załodze informacji i poleceń związanych z procesem wdrażania systemu HACCP,
- wykonywanie prac zgodnie z harmonogramem prac Zakładowego Zespołu ds. wdrażania systemu HACCP,
- organizacja i nadzór w zakresie przeprowadzania audytów wewnętrznych w zakładzie.

#### ZESPÓŁ DS. PROMOCJI ZDROWIA

Do zadań Zespołu ds. Promocji Zdrowia należy:

- opracowywanie planu pracy zespołu w zakresie Promocji Zdrowia,
- propagowanie wśród pracowników, pacjentów i ich rodzin idei edukacji i promocji zdrowia,
- edukacja zdrowotna personelu, pacjentów i ich rodzin,
- szkolenie personelu w zakresie zasad, metod i technik edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,
- ocena stopnia wdrażania i prowadzenia w oddziałach standardu „Przygotowanie pacjenta z cukrzycą do samoopieki i samopielęgnacji”,
- opracowanie i dystrybucja materiałów z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dla pacjentów i personelu Szpitala.

## ZESPÓŁ ETYCZNY

Do zadań Zespołu Etycznego należy:

- Zdefiniowanie problemów etycznych, mogących wystąpić w Szpitalu w zakresie m.in.: zagadnień początku i końca życia, transplantologii, praw pacjentów „szczególnej troski” tj. dzieci, pacjentów psychiatrycznych, pacjentów nieprzytomnych, pacjentów w stanach terminalnych,
- Pomoc w rozwiązywaniu dylematów natury etycznej pracownikom Szpitala, pacjentom, rodzinie pacjenta,
- Szkolenie personelu z zakresu etyki, bioetyki, odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego,
- Współpraca z innymi Komitetami i Zespołami działającymi na terenie Szpitala.

## ZESPÓŁ DS. BADAŃ KLINICZNYCH

Do zadań Zespołu ds. Badań Klinicznych należy:

- prowadzenie rejestru napływających wniosków o podpisanie umowy dotyczącej prowadzenia badania klinicznego,
- weryfikacja formalna wniosków pod względem kompletności oraz zawartości dokumentacji,
- dokonanie oceny merytorycznej wniosku, w tym projektu umowy o badanie kliniczne w aspekcie danych wynikających z protokołu badania,
- prowadzenie nadzoru i kontroli zawartych umów,
- opracowywanie i nowelizowanie regulaminu prowadzenia badań klinicznych oraz wszelkich aktów i załączników dotyczących badań klinicznych.

## ZESPÓŁ ŻYWIENIOWY

Do zadań Zespołu Żywniowego należy:

- opracowanie organizacyjnych zasad żywienia poza- i dojelitowego,
- opracowanie metod zlecania żywienia poza- i dojelitowego oraz formy przekazywania zleceń do Apteki szpitalnej,
- udział w dokonywaniu wyboru preparatów i aparatury służącej do żywienia poza- i dojelitowego (np. możliwość uczestniczenia w pracach komisji przetargowych),
- opracowanie pisemnych procedur leczenia żywieniowego w tym zasad stosowania żywienia pozajelitowego i dojelitowego oraz zasad zapobiegania, wczesnego rozpoznawania i leczenia powikłań,
- opracowanie, dostosowanie i nadzorowanie dokumentowania żywienia poza- i dojelitowego z uwzględnieniem wymogów NFZ,
- uczestniczenie w szkoleniach dotyczących żywienia poza- i dojelitowego Przeprowadzanie szkoleń w zakresie żywienia poza- i dojelitowego,
- monitorowanie wyników i powikłań dojelitowej terapii żywieniowej i dożylniej terapii żywieniowej,
- opracowanie zasad współdziałania poszczególnych oddziałów i Apteki Szpitalnej,
- okresowa ocena wyników i kosztów leczenia żywieniowego.

## ZESPÓŁ DS. ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW

Do zadań Zespołu ds. Rozpatrywania Skarg i Wniosków należy:

- przyjmowanie skarg i wniosków przez Zespół, po ich uprzedniej dekretacji przez kierownictwo Szpitala, ich kwalifikacja oraz ewidencjonowanie w odpowiednich rejestrach,

- przekazywanie skarg i wniosków do merytorycznego załatwienia właściwym komórkom organizacyjnym,
- przygotowywanie odpowiedzi na skargi,
- nadzór nad prawidłowym i terminowym załatwianiem skarg i wniosków,
- udzielanie pisemnych informacji o stanie załatwienia sprawy,
- sporządzanie rocznej analizy przyjmowania i załatwiania skarg, wniosków.

#### ZESPÓŁ DS. ODLEŻYN

Do zadań Zespołu ds. Odleżyn należy:

- koordynowanie procesu pielęgnacji i leczenia chorych z odleżynami hospitalizowanych w oddziałach SPSK Nr 1 w Lublinie. Doradztwo przy wyborze właściwego sposobu pielęgnowania i leczenia ran odleżynowych,
- aktualizowanie i weryfikowanie procedury zapobiegania i leczenia odleżyn obowiązującej w SPSK Nr 1 w Lublinie,
- monitorowanie stopnia zagrożenia odleżynami oraz występowanie zmian odleżynowych u pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych oddziałach SPSK Nr 1 w Lublinie,
- prowadzenie działalności dydaktycznej poprzez organizowanie szkoleń ogólnoszpitalnych dla personelu medycznego z zakresu profilaktyki p/odleżynowej i leczenia odleżyn,
- prowadzenie edukacji pacjentów i ich rodzin w zakresie profilaktyki i pielęgnacji ran odleżynowych,
- opracowanie i aktualizowanie dokumentacji medycznej prowadzonej u pacjentów zagrożonych odleżynami i z odleżynami.

#### ZESPÓŁ DS. STANDARYZOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Do zadań Zespołu ds. Standaryzowania Opieki Pielęgniarskiej w SPSK1 w Lublinie należy:

- zdiagnozowanie jakości opieki pielęgniarskiej i ustandaryzowanie rozwiązań między innymi w zakresie organizacji, bezpieczeństwa i praw pacjenta,
- udzielanie kadrze zarządzającej szpitala informacji i wskazówek w sprawie zapewnienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne,
- ustalenie harmonogramu prac związanych z przygotowaniem pielęgniarek i położnych do uzyskania przez szpital certyfikatu akredytacyjnego,
- inicjowanie zmian, wdrażanie i nadzór nad funkcjonowaniem procedur w szpitalu,
- opracowywanie, doradzanie i opiniowanie w sprawie dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki i położne w poszczególnych oddziałach i poradniach szpitala, biorąc pod uwagę obowiązujące w tym zakresie akty prawne, standardy akredytacyjne oraz procedury wewnętrzne,
- opiniowanie i doradzanie w zakresie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i położniczą w oparciu o przeprowadzone w szpitalu analizy,
- współpraca z Naczelną Pielęgniarką, Zespołem Zarządzania Jakością w Szpitalu i Pielęgniarkami Oddziałowymi,
- sporządzanie i przekazywanie Naczelnej Pielęgniarce, Pielęgniarkom Oddziałowym SPSK-1 raportów, ewentualnych wskazówek i uwag (ostatni tydzień miesiąca),
- wizytowanie wybranej jednostki organizacyjnej szpitala nie rzadziej niż 1 raz w miesiącu w celu zdiagnozowania jakości opieki pielęgniarskiej/położniczej pod względem właściwej organizacji zapewnienia bezpieczeństwa i przestrzegania praw pacjenta.



## KOMITET TERAPEUTYCZNY

Do zadań Komitetu Terapeutycznego z Zespołem ds. antybiotykoterapii należy w szczególności:

- praca nad Receptariuszem Szpitalnym:
  1. opracowanie Receptariusza Szpitalnego wraz ze Szpitalną Listą Leków,
  2. okresowa (2 razy w roku) aktualizacja Receptariusza na podstawie wniosków Kierowników Klinik, rekomendacji polskich towarzystw naukowych oraz danych uzyskiwanych z Apteki Szpitalnej o bieżących zmianach cenowych i jakościowych w asortymencie lekowym (usuwanie leków zbliżonych we wskazaniach i charakterystyce na Szpitalnej Liście Leków, usuwanie leków nieskutecznych),
  3. nadzór nad stosowaniem receptariusza w oddziałach Szpitala i ograniczenie nadużywania leków.
- dokonywanie analizy miesięcznego zużycia leków przez poszczególne Kliniki,
- monitorowanie terapii na oddziałach Szpitala:
  - opracowanie zaleceń dotyczących procedur diagnostyczno-terapeutycznych,
  - analiza przypadków i możliwości wystąpienia nietolerancji leków,
  - rozwiązywanie problemów związanych z farmakoterapią pacjentów,
- zadania Zespołu ds. antybiotykoterapii:
  - kierowanie polityką antybiotykową w oparciu o krajowe i miejscowe zalecenia oraz dane o wrażliwości drobnoustrojów,
  - opracowywanie i aktualizacja szpitalnej listy antybiotyków - określanie zasad zlecania antybiotyków w celu ograniczenie liczby antybiotyków do niezbędnych, zapewniających właściwą i skuteczną terapię,
  - weryfikacja zleceń lekarskich dotyczących leków z grupy II i III,
  - wdrażanie programów szkoleniowych,
  - doradztwo przy wyborze właściwego antybiotyku,
  - przeprowadzanie audytu antybiotykoterapii na oddziałach: analiza przydatności indywidualnie zlecanych antybiotyków oraz ocena leczenia przeciwbakteryjnego w Szpitalu z uwzględnieniem wyników uzyskiwanych w Laboratorium Diagnostyki Mikrobiologicznej,
  - przekazywanie raportów do Przewodniczącego Komitetu Terapeutycznego,
  - stała współpraca z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
- prowadzenie działalności szkoleniowej.

## KOMITET DS. ZAPEWNIENIA JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

Do zadań Komitetu ds. Zapewnienia Jakości Usług Medycznych należy w szczególności:

- udzielanie kierownictwu szpitala rad i informacji w sprawach zapewnienia jakości oraz promowanie idei jakości wśród wszystkich pracowników,
- inicjowanie i systematyczne wyszukiwanie „słabych punktów” z punktu widzenia jakości (np. na podstawie rutynowej statystyki, meldunków współpracowników itp.) oraz powodowanie ich usunięcia,
- koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości,
- formułowanie wniosków, dotyczących promocji jakości na podstawie przeprowadzonych badań i ocen,

- proponowanie, przygotowanie, wdrożenie i nadzór nad funkcjonowaniem procedur mających na celu poprawę jakości świadczonych usług, bezpieczeństwa informacji, bezpieczeństwa pracy, zmniejszanie negatywnego oddziaływania SPSK Nr 1 na środowisko naturalne,
- weryfikacja i aktualizacja procedur i standardów obowiązujących w Szpitalu – dostosowywanie do aktualnie obowiązujących wymogów prawnych,
- analizowanie sprawozdań o stanie wszystkich obiektów i urządzeń szpitala (np. budynków, aparatury laboratoryjnej, rentgenowskiej itp.) oraz warunków higienicznych, a następnie inicjowanie podejmowania niezbędnych działań,
- powodowanie podejmowania specjalnych przedsięwzięć w sprawach zapewnienia jakości, w poszczególnych oddziałach specjalistycznych (od np. analizy problemowej, ustawiania wewnętrznych standardów do kompleksowej oceny rozwiązań),
- kształcenie i motywowanie pracowników w celu wspierania idei zapewniania jakości,
- monitorowanie jakości za pomocą kryteriów i standardów oraz gromadzenie odpowiednich informacji. Analiza zdarzeń związanych z hospitalizacją – reoperacje, readmisje oraz zdarzeń niepożądanych dotyczących pobytu pacjenta,
- podejmowanie działań w przypadkach ocen negatywnych, otrzymanych od ankietowanych pacjentów, lektury listów i zażaleń lub od Rzecznika Praw Pacjenta,
- określenie priorytetów przy rozwiązywaniu problemów opieki nad pacjentem, zwłaszcza wówczas, gdy zakres odpowiedzialności wykracza poza jedną grupę zawodową, jeden oddział specjalistyczny czy jednostkę funkcjonalną,
- doskonalenie metod informowania grona pracowników,
- wkraczanie w przypadkach potrzeby rozwiązań problemów, wymagających pilnego podjęcia środków dla zapewnienia jakości,
- inicjowanie badań ankietowych dla zbadania stopnia satysfakcji pacjentów i pracowników,
- zapobieganie zbędnym, lub szkodzącym zapewnieniu jakości, działaniom,
- realizacja innych działań przewidzianych przepisami prawa,
- współpraca z innymi Komitetami i Zespołami funkcjonującymi w Szpitalu,
- spotkania Komitetu odbywają się w zależności od potrzeb, nie rzadziej jednak niż 4 razy w roku.
- dokumentacja z działalności Komitetu ds. Zapewniania Jakości Usług Medycznych przechowywana jest u przewodniczącego Komitetu.
- dostosowywanie obowiązującej wewnętrznej dokumentacji medycznej w SPSK Nr 1 do aktualnych wymogów prawnych i standardów akredytacyjnych dla Szpitali w zakresie rodzajów dokumentacji medycznej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania,
- doradzanie i opiniowanie w sprawie dokumentacji medycznej mającej zastosowanie w poszczególnych jednostkach organizacyjnych SPSK Nr 1 uwzględniając aktualnie obowiązujące wymogi prawne i standardy akredytacyjne dla Szpitali,
- kontrolowanie nie rzadziej niż dwa razy w roku zawartości dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkich Klinikach na podstawie losowo wybranej dokumentacji medycznej pod kątem wytycznych i standardów prowadzenia i kompletowania dokumentacji medycznej w SPSK Nr 1,
- sporządzanie i przekazywanie Dyrektorowi, Kierownikom Klinik, Pielęgniarkom Oddziałowym SPSK Nr 1 raportów pokontrolnych zawierających stwierdzone niedociągnięcia i uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej wewnętrznej.

## KOMITET KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu.

## KOMITET TRANSFUZJOLOGICZNY

Zadania Komitetu Transfuzjologicznego:

- rozwiązywanie problemów dotyczących leczenia krwią i jej składnikami,
- rozwiązywanie problemów związanych z gospodarką krwią,
- sprawowanie nadzoru nad leczeniem krwią i jej składnikami, a w szczególności:
  - dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia krwi i jej składników, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy;
  - analiza zużycia krwi i jej składników w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń krwi i jej składników;
  - nadzór nad działaniami związanymi z leczeniem krwią krwi i jej składnikami oraz nad związaną z tym dokumentacją;
  - ocena prawidłowości postępowania podczas przetoczeń wykonanych w Szpitalu, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy;
  - analiza każdego niepożądanego zdarzenia i każdej niepożądanej reakcji związanych z leczeniem krwią krwi i jej składnikami, wraz z oceną postępowania;
  - analiza raportów o niepożądanych zdarzeniach i reakcjach związanych z leczeniem krwią i jej składnikami;
  - opracowywanie wewnętrznych planów kształcenia lekarzy i pielęgniarek lub położnych w dziedzinie leczenia krwią i jej składnikami oraz nadzór nad ich realizacją;
  - udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz w rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia.
- współpraca z jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, w szczególności z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie,
- przekazywanie Dyrektorowi Szpitala oraz Dyrektorowi Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie raportów i okresowych sprawozdań z działalności komitetu nie rzadziej niż raz na rok, najpóźniej do dnia 30 stycznia każdego roku za rok poprzedni.

## KOMISJA ANALIZUJĄCA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Do zadań Komisji analizującej skuteczność leczenia należy:

- analiza powikłań pooperacyjnych,
- analiza wtórnych hospitalizacji, z powodu tej samej jednostki chorobowej,
- analiza wyników sekcji zwłok,
- analiza przyczyn przedłużających się hospitalizacji pacjentów.

#### KOMISJA SPRAWUJĄCA NADZÓR NAD KSZTAŁCENIEM PODYPLOMOWYM LEKARZY

Do zadań Komisji sprawującej nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy należy w szczególności:

- kontrola kształcenia podyplomowego lekarzy, lekarzy stomatologów,
- ocena aktywności lekarzy w czasie odbywania stażu (czynne uczestnictwo w diagnostyce, zabiegach operacyjnych i terapii),
- analiza anonimowej ankiety, wypełnianej przez lekarzy odbywających staż.

#### KOMISJA DS. ORZEKANIA O TRWAŁYM NIEODWRACALNYM USTANIU CZYNNOŚCI MÓZGU

Do zadań Komisji ds. orzekania o trwałym nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu należy:

- orzekanie o trwałym nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu u pacjentów hospitalizowanych w SPSK Nr 1 w Lublinie, w oparciu o przyjęte kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu określonego obwieszczeniem Ministra właściwego ds. zdrowia,
- opracowanie zasad współdziałania poszczególnych klinik z komisją w przekazywaniu informacji o pacjentach, u których jest podejrzenie śmierci pnia mózgu.

#### KOMISJA DS. ANALIZY ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

Komisja ds. analizy zdarzeń niepożądanych dokonuje szczegółowej analizy zdarzeń niepożądanych jakie wystąpiły u pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.

### § 22

1. Rada Kliniczna jest organem opiniotawczo-doradczym Dyrektora Szpitala,
2. Rada Kliniczna składa się z Kierowników Klinik – Kierujących Oddziałem Szpitalnym, osób kierujących komórkami działalności medycznej,
3. Radę Klinikzną powołuje i odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie Dyrektor Szpitala,
4. Sposób zwoływania posiedzeń Rady Klinicznej tryb pracy i podejmowanie uchwał określa regulamin uchwalony przez Radę Klinikzną i zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala,
5. Do zadań Rady Klinicznej należy w szczególności przedstawienie Dyrektorowi Szpitala wniosków i opinii w sprawach:
  - a) koordynacji działań jednostek prowadzących działalność medyczną przy realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego oraz jego usprawnienie,
  - b) kierunków rozwoju świadczeń zdrowotnych i wdrażaniem nowatorskich metod diagnostyczno-leczniczych z uwzględnieniem oferty dydaktycznej Uniwersytetu,
  - c) skupienia-relokacji potencjału jednostek działalności medycznej Szpitala,
  - d) poziomu świadczeń zdrowotnych, o które aplikuje Szpital w procesie kontraktowania z NFZ, z uwzględnieniem potencjału poszczególnych komórek działalności medycznej,
  - e) organizowanie posiedzeń Rady Klinicznej nie rzadziej niż raz na kwartał.

## Rozdział II

### PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

#### § 23

1. Świadczenia zdrowotne stacjonarne i ambulatoryjne w Szpitalu udzielane są pacjentom uprawnionym do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, bezpłatnie na podstawie skierowania lekarza.
2. Świadczenia zdrowotne ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej:
  - 1) ginekologa i położnika;
  - 2) dentysty;
  - 3) wenerologa;
  - 4) onkologa;
  - 5) psychiatry;
  - 6) dla osób chorych na gruźlicę;
  - 7) dla osób zakażonych wirusem HIV;
  - 8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
  - 9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
  - 10) w zakresie leczenia uzależnień:
    - a) dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
    - b) dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia - osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
  - 11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
  - 12) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz dla weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
  - 13) świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.
  - 14) w stanach nagłych;
- udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Nie pobiera się odpłatności bez względu na uprawnienia do świadczeń za świadczenia:
  - 1) badania mające na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych u:
    - kobiet w ciąży, które były narażone na zakażenie HIV, oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV lub krętkiem błędym - badaniom w kierunku tych zakażeń,
    - osób, które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym - badaniom w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzuszego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego,
  - 2) Szczepienia przeciw wściekliznie u osób podejrzanych o zakażenie wirusem wścieklizny.

4. Zasady ponoszenia odpłatności za pacjentów: skazanych, uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego, chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, chorych zakaźnie i zakażonych, cudzoziemców, posiadaczy Karty Polaka, oraz świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego, bez względu na uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, określają odrębne przepisy.
5. Świadczenia związane z:
  - ciążą, porodem i położeniem, lub
  - udzielane dzieciom do ukończenia 18 roku życia,posiadającym obywatelstwo polskie i mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej udzielane są nieodpłatnie.
6. Pacjent ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
7. Świadczenia zdrowotne udzielone uprawnionemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane opłaca ubezpieczony.
8. Osoby nie uprawnione z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych ustawą ponoszą pełną odpłatność za udzielone im przez Szpital świadczenia zdrowotne.
9. Kombatantom oraz innym osobom uprawnionym w Szpitalu udzielane są świadczenia zdrowotne z zachowaniem przysługującego im uprawnienia pierwszeństwa.

## § 24

Pacjenci nieuprawnieni do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i pacjenci uprawnieni do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, którym udzielono świadczeń zdrowotnych bez wymaganego skierowania ponoszą odpłatność za udzielone świadczenia w wysokości określonej w Dziale III, o ile nie zachodzą okoliczności określone w § 23 ust.3.

## § 25

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat:

1. Dla świadczeń udzielanych w trybie planowym oraz świadczeń udzielanych w trybie nagłym z możliwością weryfikacji ubezpieczenia:
  - potwierdzenie na podstawie obowiązujących przepisów, iż pacjent jest osobą nieuprawnioną,
  - poinformowanie o odpłatności za świadczenie zgodnie z cennikiem wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora SPSK Nr 1 w Lublinie dla właściwego rodzaju świadczeń,
  - pobranie odpłatności za udzieleniu świadczenia, wystawienie paragonu fiskalnego a faktura wystawiana na życzenie pacjenta po udzieleniu świadczenia.
2. Dla świadczeń udzielanych w trybie nagłym bez możliwości weryfikacji ubezpieczenia:
  - poinformowanie o możliwej odpłatności za świadczenie, zgodnie z cennikiem do Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora SPSK Nr 1 dla właściwego rodzaju świadczeń,

- wystawienie faktury z pouczeniem o możliwości jej anulowania w razie przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń lub złożenie oświadczenia w ciągu 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielenia świadczenia, a jeżeli leczenie odbywa się w szpitalu w terminie 7 dni od daty jego zakończenia.
- 3. Niezależnie od pkt. 1 i pkt. 2 Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

## § 26

Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres do 72 godzin opłata nie jest pobierana, natomiast za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, pobierana jest opłata zgodnie z cennikiem podmiotu, z którym Szpital ma podpisaną umowę na przechowywanie zwłok.

## § 27

1. Harmonogram pracy zakładu leczniczego Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej SPSK Nr 1 w Lublinie dokonywany jest na podstawie uzgodnienia z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych.
2. Harmonogram pracy zakładu leczniczego Zespołu poradni Specjalistycznych i POZ SPSK Nr 1 w Lublinie dokonywany jest na podstawie uzgodnienia z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych.
3. Kierownicy Klinik dwukrotnie w roku kalendarzowym (kwiecień oraz październik) przekazują do Działu Dokumentacji Chorych harmonogram pracy personelu medycznego w podległych merytorycznie poradniach specjalistycznych.
4. Wszelkie zmiany harmonogramu o charakterze stałym dokonywane w innym okresie wymagają formy pisemnej i powinny być zgłoszone do 7 dni przed wprowadzeniem ich w życie.

## § 28

W zakładzie leczniczym Lecznictwo Szpitalne SPSK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne wykonywane są przez całą dobę.

## § 29

1. W Szpitalu udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne w Szpitalu służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
3. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, stosownie do treści art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

z dnia 6 listopada 2008 roku kierownik jednostki zabezpiecza prowadzenie listy osób oczekujących.

### **§ 30**

Szpital zapewnia hospitalizowanemu:

- świadczenia zdrowotne,
- środki farmaceutyczne i materiały medyczne jeśli są konieczne do wykonania świadczenia,
- pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
- oraz umożliwia pacjentowi realizację prawa do opieki duszpasterskiej.

### **§ 31**

Szpital realizuje prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

### **§ 32**

Szpital umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami.

## **Rozdział III**

### **PROCEDURY POSTĘPOWANIA ZWIĄZANE Z HOSPITALIZACJĄ**

### **§ 33**

Hospitalizacja pacjenta może nastąpić w trybie:

1. Planowym
2. Nagłym

### **§ 34**

Przyjęcia pacjentów w trybie planowym odbywają się w godzinach pracy właściwych Izby Przyjęć funkcjonujących w Szpitalu.

### **§ 35**

Przyjęcia pacjentów w trybie nagłym w Izbie Przyjęć Ogólnej odbywają się przez całą dobę.

### **§ 36**

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

- badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
- przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
- udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
- przeprowadzanie badań położniczych u zgłaszających się kobiet ciężarnych,
- kwalifikowanie kobiet do odbycia porodu,



- kwalifikowanie do leczenia szpitalnego,
- prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

### § 37

1. Oddział jest jedną z podstawowych jednostek organizacyjnych Szpitala o charakterze leczniczo-profilaktycznym.
2. Oddział może dzielić się na pododdziały.
3. Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy w szczególności:
  - zapewnienie opieki stacjonarnej w reprezentowanej specjalności,
  - rozpoznanie, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia,
  - udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach,
  - prowadzenie dokumentacji zgodnie z ustalonymi zasadami,
  - monitorowanie i ciągła poprawa jakości usług medycznych,
  - udzielanie konsultacji specjalistycznych,
  - dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego,
  - realizacja programów rządowych z zakresu leczenia i profilaktyki,
  - działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
  - zawiadamianie poprzez administrację Szpitala wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
  - prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
4. Do sprawnego funkcjonowania oddziałów, w których hospitalizowani są pacjenci całodobowo ustala się zasady postępowania przekazania pacjentów kolejnym zmianom:
  - codziennie w oddziałach Szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy i pielęgniarek, położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych informacji zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
  - lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
  - lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich (autoryzacji pod każdym raportem dokonują **lekarze zdający dyżur i przyjmujący dyżur**),
  - pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach na koniec każdej zmiany,
  - raport pielęgniarki/położnej sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich (autoryzacji pod każdym raportem dokonują **pielęgniarki/położne zdające dyżur i przyjmujące dyżur**).

### § 38

1. W Oddziałach zabiegowych SPSK Nr 1 w Lublinie (bloki operacyjne, pracownie i zakłady zabiegowe) jest wprowadzona i stosowana Okołooperacyjna Karta Kontrolna.
2. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.

3. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej i jej przechowywania regulują powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz wewnętrzne akty prawne, w tym Procedura „Dokumentacja Medyczna w SPSK Nr 1 w Lublinie”.

### § 39

1. Zadaniem Poradni jest świadczenie ambulatoryjnych usług medycznych i diagnostycznych w reprezentowanej specjalności.
2. Do podstawowych zadań Poradni należy w szczególności:
  - zapewnienie opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności,
  - diagnozowanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
  - udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
  - dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego,
  - realizacja programów rządowych z zakresu lecznictwa i profilaktyki,
  - działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia
  - prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

### § 40

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala następuje:
  - 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych;
  - 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
  - 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zawiadamia się Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie o odmowie wypisania i jej przyczynach.
4. Pacjent występujący z żądaniem wypisania jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji.

### § 41

1. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
2. Dyrektor niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w ust. 1, i organizuje transport sanitarny na koszt gminy określonej w tym przepisie. Gminie

przysługuje roszczenie o zwrot kosztów transportu sanitarnego od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny.

3. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 1, na podstawie rachunku wystawionego przez Dyrektora, o którym mowa w ust. 2.
4. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez Dyrektora, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

## **§ 42**

Wystąpienie o uzyskanie zgody sądu opiekuńczego w trybie art. 34 ust 6 ustawy o zawodzie lekarza podpisuje w imieniu Szpitala Lekarz Kierujący Oddziałem, a w przypadku wystąpienia kierowanego poza godzinami normalnej ordynacji Szpitala: od poniedziałku do piątku w godz. 15.05 - 7.35 oraz soboty i niedziele, lekarz sprawujący dyżur w Oddziale.

## **Rozdział IV WSPÓLNE ZADANIA I OBOWIĄZKI KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH**

### **§ 43**

Szpital posiada pion Dyrektora Naczelnego oraz pięć podległych Dyrektorowi Naczelnemu pionów organizacyjnych:

1. Pion Z-cy Dyrektora ds. Medycznych
2. Pion Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju
3. Pion Głównego Księgowego
4. Pion Z-cy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji
5. Pion Naczelnej Pielęgniarki

### **§ 44**

#### **PION DYREKTORA NACZELNEGO**

1. Dział Kadr i Płac
2. Kapelan Szpitalny
3. Pełnomocnik Ochrony
4. Dział Organizacyjno-Prawny
5. Stanowiska Radców Prawnych
6. Audytor Wewnętrzny
7. Inspektor Ochrony Danych
8. Zespół Zarządzania Jakością
9. Inspektor Ochrony Radiologicznej

10. Sekcja BHP
11. Stanowisko ds. P.Poż.
12. Rzecznik Prasowy

## § 45

1. Za funkcjonowanie Oddziału (Kliniki) odpowiada lekarz kierujący oddziałem.
2. Za działalność dydaktyczną i badawczą w oddziale odpowiada Kierownik Kliniki.
3. Za funkcjonowanie Zakładu, Działu, Sekcji odpowiada Kierownik.
4. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych, o których mowa w ust. 1 i 2 ponoszą odpowiedzialność za wykonywanie zadań podległych im komórek organizacyjnych Szpitala, a wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, Statutu Szpitala, ramowego zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności (zakresu czynności), zarządzeń Dyrektora oraz niniejszego Regulaminu.
5. W razie wakatu na stanowisku kierowniczym, podlegli pracownicy podlegają bezpośrednio przełożonemu, służbowo właściwemu dla wakującego stanowiska.
6. Do podstawowych zadań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych należy:
  - a) podejmowanie merytorycznych decyzji w zakresie pracy kierowanej komórki organizacyjnej,
  - b) zapewnienie właściwej organizacji pracy całej komórki oraz systemu kontroli wewnętrznej,
  - c) nadzór nad efektywnym wykorzystaniem czasu pracy, przestrzeganiem porządku i dyscypliny pracy, przepisów bhp, p.poż. oraz tajemnicy służbowej,
  - d) przedstawianie Dyrektorowi danego Pionu wniosków w sprawie przyjmowania, zwalniania, zaszeregowania podległych pracowników,
  - e) ocena wyników pracy podległych pracowników – wnioskowanie o nagrody i kary dla poszczególnych pracowników,
  - f) sporządzanie opinii o pracownikach danej komórki organizacyjnej,
  - g) zapoznanie nowoprzyjętych pracowników z zakresem ich obowiązków oraz sposobem wykonywania pracy na wyznaczonych stanowiskach pracy,
  - h) organizowanie, przygotowywanie i prowadzenie pracy w sposób zabezpieczający przed wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi,
  - i) zapewnienie bezpiecznego i higienicznego stanu pomieszczeń pracy i wyposażenia technicznego,
  - j) organizowanie narad i szkoleń pracowników,
  - k) współpraca z kierownikami innych komórek organizacyjnych,
  - l) informowanie Dyrektora Szpitala o ważniejszych problemach i wynikach pracy podległej komórki organizacyjnej,
  - m) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników obowiązujących przepisów prawnych,
  - n) wyznaczanie swego zastępcy i określanie jego kompetencji na czas swej nieobecności.
7. Dla zapewnienia efektywnej pracy w Szpitalu oraz dla zintegrowania działań pomiędzy Oddziałami, Zakładami, Działami i innymi jednostkami - Dyrektorzy, Kierownicy Klinik oraz Kierownicy Zakładów, Działów organizują oraz biorą udział w zebraniach, w zależności od potrzeb, nie rzadziej jednak niż:
  - Zarząd Szpitala i Kierownicy poszczególnych Zakładów, Działów lub innych jednostek organizacyjnych – w zależności od omawianego tematu – co najmniej raz w tygodniu,

- Kierownicy Klinik – co najmniej raz w miesiącu.
- 8. Dyrektorzy poszczególnych Pionów oraz Kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych zobowiązani są do opracowania i wdrożenia mechanizmów zapewniających sprawną oraz efektywną pracę w Szpitalu.
- 9. Dyrektorzy Pionów oraz Kierownicy komórek organizacyjnych opracowują politykę oraz wyznaczają cele strategiczne dla Szpitala i poszczególnych jednostek organizacyjnych, przy uwzględnieniu środków finansowych będących w posiadaniu Szpitala oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 10. Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych odpowiadają za integrację pracy we własnym zespole, tworzenie wspólnej polityki i planów działania.
- 11. Kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych organizują zebrania z podległym personelem w zależności od potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz w miesiącu. Spotkania te mają na celu przekazywanie ustaleń zapadłych na zebraniach z Dyrekcją oraz omawianie innych spraw merytorycznych dotyczących funkcjonowania danej komórki organizacyjnej.

## **Rozdział V**

### **SYSTEM ZASTĘPSTW**

#### **§ 46**

1. W razie nieobecności Kierownika Komórki organizacyjnej zastępuje go jego stały zastępca, a w razie braku stałego zastępcy – pracownik wyznaczony przez tego Kierownika. Podczas nieobecności Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej zastępstwo pełni wyznaczona przez nią osoba, która podejmie się pełnienia tej funkcji lub osoba wyznaczona przez Naczelną Pielęgniarkę.
2. W razie nieobecności pracownika jego przełożony wyznacza na ten okres zastępstwo innego pracownika lub rozdziela czynności nieobecnego pracownika pomiędzy innych pracowników danej komórki organizacyjnej,
3. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa po otrzymaniu zgłoszenia usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy zobowiązana jest do podjęcia decyzji o zabezpieczeniu obsady pielęgniarskich stanowisk pracy adekwatnie do ilości i stanu pacjentów hospitalizowanych w danym dniu w oddziałach. W tym celu w uzasadnionych przypadkach:
  - decyduje o ewentualnej uzasadnionej zmianie dotychczasowego planu pracy zmianowej zespołu pielęgniarskiego, w tym telefonicznego powiadomienia wybranej pielęgniarki/położnej o potrzebie podjęcia przez nią pracy we wskazanym dniu kalendarzowym,
  - weryfikuje dotychczasowy plan pracy zespołu pielęgniarskiego poprzez wyznaczenie wskazanej pielęgniarki/położnej dodatkowych dyżurów, których czas rozliczeniowy nie przekracza wymiaru 3 miesięcznego okresu rozliczeniowego,
  - w przypadku otrzymania zawiadomienia poza godzinami pracy pielęgniarka/położna oddziałowa kontaktuje się z pracownikami telefonicznie (posiada aktualną listę telefonów pracowników).
4. Kierownik Kliniki po otrzymaniu zgłoszenia usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy zobowiązany jest do podjęcia decyzji o zabezpieczeniu dyżuru w danym dniu w Klinice.

## **Rozdział VI**

### **OBOWIĄZKI, UPRAWNIENIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACOWNIKÓW**

#### **§ 47**

1. Każdy pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie, przestrzegać dyscypliny pracy oraz stosować się do poleceń swoich przełożonych dotyczących pracy.
2. Do podstawowych obowiązków pracownika należy w szczególności:
  - a) przestrzeganie ustalonego w Szpitalu czasu pracy i wykorzystanie go w sposób jak najbardziej efektywny,
  - b) dążenie do uzyskania w pracy jak najlepszych wyników i przejawianie w tym celu odpowiedniej inicjatywy,
  - c) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Szpitalu porządku,
  - d) przestrzeganie przepisów i zasad bhp oraz p.poż.,
  - e) dbanie o dobro Szpitala, chronienie jego mienia i używanie go zgodnie z przeznaczeniem,
  - f) przestrzeganie tajemnicy służbowej,
  - g) udział w szkoleniach organizowanych przez Szpital,
  - h) poddawanie się okresowym badaniom lekarskim;
  - i) dbanie o należyty stan sprzętu i aparatury medycznej oraz o porządek i ład w miejscu pracy;
  - j) niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o wypadku przy pracy albo o zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego;
  - k) niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa.

#### **§ 48**

1. Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień każdego pracownika określa jego ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności (zakres czynności) ustalony przez bezpośredniego przełożonego i zaakceptowany przez Dyrektora Pionu.
2. Każdy pracownik winien posiadać zakres czynności w aktach osobowych.

## **Rozdział VII**

### **WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA PACJENTÓW I CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA**

#### **§ 49**

Szpital współdziała z innymi Podmiotami na warunkach określonych w zawartych z nimi umowach.

#### **§ 50**

1. Szpital zapewnia konsultacje innych lekarzy w zakresie specjalności nie występujących w SPSK Nr 1 w Lublinie.
2. Tryb przeprowadzania w/w konsultacji oraz zasady wynagradzania lekarzy konsultantów za wykonane czynności, określają odrębne umowy oraz Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora.

## **§ 51**

1. O udzieleniu konsultacji przez pracowników Szpitala innym jednostkom decyduje Kierownik Oddziału – Kliniki, zgłaszając powyższą okoliczność Dyrektorowi ds. Medycznych.
2. Zasady i tryb udzielania konsultacji przez lekarzy SPSK Nr 1 regulują odrębne umowy.

## **§ 52**

1. Transport pacjentów przenoszonych do innych szpitali organizuje i opłaca Szpital wysyłający.
2. Szpital udostępnia dokumentację medyczną jednostce, której został przekazany pacjent.
3. Pacjenci wypisani ze Szpitala otrzymują:
  - kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie,
  - wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania,
  - wskazówki dalszego postępowania.
4. Szpital w czasie przekazania do innej jednostki pacjenta zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom.
5. Przekazanie pacjenta potwierdza jednostka przyjmująca.

## **Rozdział VIII**

### **UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

## **§ 53**

Dokumentacja medyczna w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie udostępniana jest przez Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej na podstawie złożonego wniosku, po uzyskaniu pisemnej zgody Dyrektora Szpitala.

## **§ 54**

Do udostępniania dokumentacji medycznej upoważnieni są wyznaczeni pracownicy Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej.

## **§ 55**

Zasady postępowania z dokumentacją medyczną w SPSK Nr 1 w Lublinie określają powszechnie obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty prawne, w tym „Procedura archiwizacji i udostępnia dokumentacji medycznej w SPSK Nr 1 w Lublinie.

## **§ 56**

Opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej:

Zgodnie ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie za udostępnianie dokumentacji medycznej pobiera opłatę, maksymalną w wysokości określonej w art. 28 ust. 4 ustawy.

Wysokość opłat ogłasza Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia Wewnętrznego.

## **Rozdział IX PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA**

### **§ 57**

1. Prawa pacjenta w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie określa Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1.
2. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 udostępnia pacjentom Kartę Praw Pacjenta. Personel Szpitala sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do udzielania informacji w tym zakresie.

### **§ 58**

Pacjenci zobowiązani są do zapoznania i przestrzegania regulaminu wewnętrznego Klinik/Zakładu o których mowa w § 61 oraz wszelkich zaleceń i wskazówek lekarzy i pielęgniarek w danej Klinice/Zakładzie.

## **Rozdział X OBOWIĄZEK SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA**

### **§ 59**

W przypadku stwierdzenia zgonu pacjenta – Szpital zobowiązuje się do podjęcia następujących czynności:

1. Zawiadomienie osób najbliższych pacjenta.
2. Wypełnienie Karty Zgonu i przekazanie jej do Działu Dokumentacji Chorych.
3. Toaleta pośmiertna tj. umycie, ubranie i wydanie osobie uprawnionej do pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
4. Spisanie i zabezpieczenie wszystkich przedmiotów i dokumentów należących do zmarłego.
5. Umieszczenie identyfikatorów na ciele osoby zmarłej i wypełnienie karty skierowania zwłok do chłodni.

### **§ 60**

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji, chyba że ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy za wyjątkiem przypadków określonych w art. 31 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej :
  1. określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
  2. gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
  3. określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.



2. W Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie decyzję o wykonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok pacjentów wydaje Dyrektor Szpitala lub osoba działająca z jego upoważnienia.
3. Osobą upoważnioną w dni robocze w godzinach 7:30 – 15:05 jest Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, a w przypadku nieobecności Z-cy Dyrektora ds. Medycznych lekarz dyżurny Izby Przyjęć Ogólnej.
4. W przypadku potrzeby wykonania sekcji zwłok u zmarłego pacjenta lub dziecka martwo urodzonego obowiązuje postępowanie określone w Zarządzeniu 69/2018 Dyrektora SPSK Nr 1 w Lublinie w sprawie określenia trybu postępowania w zakresie dokonania sekcji zwłok pacjentów w SPSK Nr 1 w Lublinie.

## Dział II

### ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

#### § 61

Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych w podziale na działające na ich bazie Kliniki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie określają Załączniki do niniejszego Regulaminu:

- Załącznik Nr 2 - Regulamin Wewnętrzny II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego
- Załącznik Nr 2a - Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego
- Załącznik Nr 3 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Traumatologii i Medycyny Ratunkowej
- Załącznik Nr 3a - Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Kliniki Traumatologii i Medycyny Ratunkowej
- Załącznik Nr 4 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
- Załącznik Nr 4a - Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
- Załącznik Nr 5 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chirurgii Onkologicznej
- Załącznik Nr 5a - Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Kliniki Chirurgii Onkologicznej
- Załącznik Nr 6 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chorób Wewnętrznych
- Załącznik Nr 7 - Regulamin Wewnętrzny I Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
- Załącznik Nr 7a - Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego
- Załącznik Nr 8 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży
- Załącznik Nr 9 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej
- Załącznik Nr 10 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Okulistyki Ogólnej
- Załącznik Nr 11 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Siatkówki i Ciała Szklстого
- Załącznik Nr 12 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry
- Załącznik Nr 13 - Regulamin Wewnętrzny II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Załącznik Nr 14 - Regulamin Wewnętrzny I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji

- Załącznik Nr 15 - Regulamin Wewnętrzny II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
- Załącznik Nr 16 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- Załącznik Nr 17 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku
- Załącznik Nr 18 - Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chorób Zakaźnych
- Załącznik Nr 19 - Regulamin Wewnętrzny Izby Przyjęć Ogólnej
- Załącznik Nr 20 - Regulamin Wewnętrzny Zakładu Radiologii Zabiegowej i Diagnostyki Obrazowej
- Załącznik Nr 21 - Regulamin Wewnętrzny Zakładu Radiologii Lekarskiej
- Załącznik Nr 22 - Regulamin Wewnętrzny Zakładu Medycyny Rodzinnej
- Załącznik Nr 23 - Regulamin Wewnętrzny Zakładu Diagnostyki i Terapii Endoskopowej
- Załącznik Nr 24 - Regulamin Wewnętrzny Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej
- Załącznik Nr 25 - Regulamin Wewnętrzny Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ
- Załącznik Nr 26 - Regulamin Wewnętrzny Zakładu Radioterapii
- Załącznik Nr 27 - Regulamin Korzystania z pokoi noclegowych dla pacjentów

**Dział III**  
**WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**§ 62**

Wysokość opłat pobieranych od pacjentów przez Szpital za świadczenia zdrowotne, które zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane są z częściową albo całkowitą odpłatnością określają Załączniki do niniejszego Regulaminu:

- Załącznik Nr 28 - Cennik na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia szpitalnego
- Załącznik Nr 29 - Cennik na świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
- Załącznik Nr 30 - Cennik usług stomatologicznych w zakresie gwarantowanych świadczeń wykonywanych w Poradni Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- Załącznik Nr 31 - Cennik usług stomatologicznych w zakresie innym niż gwarantowane świadczenia wykonywanych w Poradni Chirurgii Szcękowo-Twarzowej
- Załącznik Nr 32 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Laboratorium Diagnostyki Laboratoryjnej SPSK Nr 1 w Lublinie<sup>1</sup>
- Załącznik Nr 33 - Cennik badań diagnostycznych w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej SPSK Nr 1 w Lublinie
- Załącznik Nr 34 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Diagnostyki Mikrobiologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową SPSK Nr 1
- Załącznik Nr 35 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w II Zakładzie Radiologii Lekarskiej SPSK Nr 1 w Lublinie
- Załącznik Nr 36 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii SPSK Nr 1
- Załącznik Nr 37 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Patomorfologii SPSK Nr 1
- Załącznik Nr 38 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Angiologii SPSK Nr 1
- Załącznik Nr 39 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziałach Kliniki Dermatologii,

---

<sup>1</sup> zmieniono na podstawie Uchwały Nr 16/2020 Rady Społecznej z dnia 8 grudnia 2020r.  
Regulamin Organizacyjny  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

## Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej SPSK Nr 1 w Lublinie

- Załącznik Nr 40 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki i Terapii Endoskopowej SPSK Nr 1
- Załącznik Nr 41 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziałach Kliniki Psychiatrii SPSK Nr 1
- Załącznik Nr 42 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii SPSK Nr 1 w Lublinie
- Załącznik Nr 43 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziałach Okulistycznych SPSK Nr 1
- Załącznik Nr 44 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Banku Krwi SPSK Nr 1 w Lublinie
- Załącznik Nr 45 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Laboratorium Diagnostyki Molekularnej
- Załącznik Nr 46 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- Załącznik Nr 47 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
- Załącznik Nr 48 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Samodzielnej Pracowni Diagnostyki Obrazowej
- Załącznik Nr 49 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Radiologii Zabiegowej
- Załącznik Nr 50 - Zasady odpłatności za transport sanitarny
- Załącznik Nr 51 - Cennik na konsultacje specjalistyczne i zabiegi operacyjne wykonywane przez lekarzy-pracowników SPSK Nr 1 w Lublinie na rzecz innych podmiotów leczniczych oraz trybu ich przeprowadzania
- Załącznik Nr 52 - Wysokość odpłatności za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji
- Załącznik Nr 53 - Realizacja prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej
- Załącznik Nr 54 - Cennik na usługi sterylizacyjne świadczone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie

- Załącznik Nr 55 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 56 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Audiometrycznej przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 57 - Cennik zabiegów wykonywanych w Pracowni Fizjoterapii przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 58 - Cennik świadczeń w ramach profilaktycznych badań lekarskich (wstępnych, okresowych, kontrolnych) przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 59 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni USG przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 60 - Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni EKG przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 61 - Cennik Iniekcji wykonywanych w Gabinecie Diagnostyczno-Zabiegowym przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 62 - Cennik usług stomatologicznych dla osób nie uprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych wykonywanych w Poradni Stomatologicznej przy ul. Langiewicza 6a
- Załącznik Nr 63 - Cennik Badań Diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chorób Zakaźnych SPSK Nr 1 w Lublinie
- Załącznik Nr 64 - Cennik Badań Diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK Nr 1 w Lublinie
- Załącznik Nr 65 - Cennik usług wykonywanych w Banku Komórek Krwiotwórczych
- Załącznik Nr 66 - Cennik Badań Diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży

### **§ 63**

2. Wysokość opłat pobieranych za świadczenia zdrowotne na podstawie umów zawartych przez Szpital z innymi podmiotami ustala się zgodnie z cennikiem ogłoszonym w § 62.
3. W uzasadnionych przypadkach wysokość opłat może być ustalona w innej wysokości określonej w umowie.

### **§ 64**

Odpłatność za świadczenie usług konsultacji od innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą określają zawarte umowy.

**Dział IV**  
**ZADANIA I ORGANIZACJA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH**

**§ 65**

**DYREKTOR NACZELNY**

1. Dyrektor Naczelny kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
4. Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy:
  - 1) Zastępców Dyrektora,
  - 2) Naczelnej Pielęgniarki,
  - 3) Głównego Księgowego,
  - 4) kierowników komórek organizacyjnych.
5. Podczas nieobecności Dyrektora, Szpitalem kieruje Zastępca ds. Medycznych lub inna upoważniona przez Dyrektora osoba.
6. Dyrektor wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
  - 1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
  - 2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,
  - 3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
  - 4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
  - 5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami,
  - 6) bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych.
7. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
  - 1) zarządzenia - akty kierownictwa wewnętrznego,
  - 2) procedury, standardy, przewodniki opisujące przebieg i etapy postępowania w określonych procesach.
8. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
  - 1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika zakładu,
  - 2) kierownictwa i nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych,
  - 3) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
  - 4) współdziałania z podmiotem tworzącym, Ministerstwem Zdrowia, Wojewodą, Marszałkiem Województwa, LOW NFZ, Rektorem UM w Lublinie,
  - 5) ustalanie Regulaminu Organizacyjnego,
  - 6) zakupu sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem przepisów prawa.
9. Dyrektor może upoważnić Zastępcę do czynności wymienionych w pkt 8 na czas swojej nieobecności.

## § 66

Dyrektora Naczelnego w zarządzaniu Szpitalem w ramach swoich pionów wspierają Zastępcy Dyrektora.

## § 67

### Z-CA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu i zastępuje Dyrektora w razie jego nieobecności.

Do podstawowych zadań Dyrektora ds. Medycznych należy:

1. Sprawowanie nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń medycznych w Szpitalu.
2. Stworzenie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy.
3. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarzy.
4. Współpraca z Naczelną Pielęgniarką w zakresie doskonalenia zawodowego personelu medycznego.
5. Dokonywanie okresowej kontroli całości Szpitala, zwracając szczególną uwagę na stan sanitarno-higieniczny oddziałów i pomieszczeń pracowniczych.
6. Rozpatrywanie uwag i skarg pacjentów.
7. Wykonywanie innych czynności zleconych mu przez Dyrektora Szpitala, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym zakresem.

Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora ds. Medycznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 68

### Z-CA DYREKTORA DS. FINANSÓW I ROZWOJU

Do podstawowych zadań Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju należy:

1. Koordynacja i nadzór merytoryczny nad pracą podległych komórek organizacyjnych tj. Działu Zaopatrzenia, Działu Projektów i Badań Klinicznych, Działu Kontrolingu i Analiz, Działu Zamówień Publicznych, Działu Informatycznego, Archiwum Zakładowego.
2. Dbłość o prawidłową realizację celów strategicznych Szpitala.
3. Opracowywanie strategii działań Szpitala oraz koordynowanie jej realizacji, jak również przygotowywanie sprawozdań i informacji w tym zakresie.
4. Koordynowanie całokształtu spraw finansowych Szpitala w zakresie rachunkowości finansowej i zarządczej.
5. Opracowywanie i administrowanie budżetem Szpitala, sporządzanie opracowań z zakresu kosztów działalności.
6. Stała analiza kształtowania się okresowych wskaźników ekonomicznych w zakresie realizacji planu rzeczowo-finansowego, realizacji kontraktów na wykonywanie świadczeń medycznych, norm finansowych i ich wzajemnej korelacji.



7. Akceptacja planu kontroli wewnętrznej, opracowywanie zarządzeń pokontrolnych w oparciu o protokoły kontroli zewnętrznych i wewnętrznych w zakresie działalności podległych komórek organizacyjnych.
8. Nadzór nad sporządzaniem planów i realizacją zaopatrzenia oraz logistyki w Szpitalu.
9. Analiza celowości i efektywności wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na zakupy w Szpitalu.
10. Nadzór nad wdrożeniem i monitorowanie realizacji zadań w zakresie rozwoju Szpitala w obszarach innowacyjności i technologii.
11. Nadzór nad efektywnym zarządzaniem procesem systemów informatycznych.
12. Nadzór nad właściwym wykorzystaniem środków finansowych przeznaczonych na realizację zakupów i usług w podległych komórkach organizacyjnych.
13. Odpowiedzialność za przebieg kontroli zewnętrznych.
14. Realizacja zadań w zakresie kontroli zarządczej, jako Przewodniczący Zespołu ds. Kontroli Zarządczej, pełnienie funkcji Pełnomocnika ds. zwalczania korupcji.
15. Nadzór nad aktualizacją strony internetowej Szpitala.

Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 69

### GŁÓWNY KSIĘGOWY

Do zadań Głównego Księgowego należy:

1. Koordynacja oraz nadzór merytoryczny i organizacyjny nad pracami Działu Finansowo-Księgowego wraz z:
  - 1) Sekcją Księgowości i Rozliczeń Materiałowych,
  - 2) Sekcją Inwentaryzacji.
2. Prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązkami wynikającymi z ustawy:
  - o rachunkowości,
  - o finansach publicznych,
  - o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.
3. Planowanie oraz nadzorowanie majątku Szpitala, w szczególności:
  - 1) opracowywanie planu finansowego Szpitala,
  - 2) monitorowanie wykonania planu po stronie przychodów i kosztów, przedstawianie analiz i wniosków Dyrekcji Szpitala,
  - 3) zapewnienie obiegu informacji wewnętrznej, zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu przepisami,
  - 4) kontrola przebiegu operacji finansowych, polegająca w szczególności na kontroli obrotów pieniężnych na rachunkach bankowych Szpitala, monitorowanie płynności finansowej w celu zapewnienia ciągłości działalności,
  - 5) rozliczanie inwestycji, Programów Zdrowotnych oraz dotacji.
4. Sporządzanie sprawozdań finansowych wg określonych standardów i ich przekazywanie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie terminami.
5. Zapewnienie prawidłowego obiegu dokumentów księgowych, zgodnego z obowiązującymi w Szpitalu

przepisami.

6. Kontakty i współpraca z instytucjami zewnętrznymi, bankami i dostawcami w sprawach wynikających z wykonywanych zadań.
7. Dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym.
8. Prowadzenie Rejestru darowizn finansowych.
9. Przestrzeganie dyscypliny finansów publicznych.
10. Wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi.
11. Przestrzeganie terminów rozliczania należności, zobowiązań.
12. Należyte przechowywanie i zabezpieczenie dokumentów księgowych i innej dokumentacji związanej z księgowością.

Ponadto Główny Księgowy w zakresie swoich prac winien wykonywać inne prace zlecone przez Kierownictwo Szpitala oraz współdziałać z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych mu zadań.

Szczegółowe zadania Głównego Księgowego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## **§ 70**

### **Z-CA DYREKTORA DS. INFRASTRUKTURY I INWESTYCJI**

Do podstawowych zadań Z-cy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji należy:

5. Realizowanie zarządzeń i poleceń Dyrektora Naczelnego w ramach określonych przepisami prawa.
6. Nadzór nad zadaniami z zakresu prac organizacyjnych i kontroli realizacji spraw technicznych.
7. Nadzór nad zadaniami z zakresu planowania prac remontowych.
8. Nadzór nad zadaniami z zakresu przygotowania, realizacji i nadzoru wykonania prac remontowych i inwestycyjnych.
9. Nadzór nad zadaniami z zakresu sprawozdawczości z działalności, w tym sporządzanie sprawozdań z realizacji remontów i inwestycji.
10. Nadzór nad zadaniami z zakresu gospodarowania aparaturą i sprzętem medycznym wykorzystywanym w Szpitalu.
11. Nadzór nad procesem Inwestycji Wieloletniej.
12. Nadzór nad funkcjonowaniem podległych komórek organizacyjnych tj.: Działu Techniczno-Eksploatacyjnego, Działu Aparatury Medycznej, Działu Administracyjno-Gospodarczego wraz z podległymi sekcjami, Zespołu Realizacji Inwestycji Wieloletniej .

## **§ 71**

### **DZIAŁ ORGANIZACYJNO-PRAWNY**

Do zadań Kierownika Działu Organizacyjno-Prawnego należy:

1. Nadzór nad działalnością podległych Sekcji: Sekcji Organizacyjnej i Sekcji Kancelaryjnej wchodzących w skład Działu Organizacyjnego – Prawnego.
2. Planowanie i koordynowanie pracy podległych pracowników w sposób zapewniający optymalne i efektywne wykorzystanie czasu pracy.
3. Nadzór nad terminowością wykonywania spraw stanowiących kompetencje Działu.
4. Dbłość o przestrzeganie przez podległych pracowników wewnętrznych aktów prawnych oraz nadzór nad ich efektywną realizacją w zakresie dotyczącym kompetencji Działu.
5. Przygotowanie i przedstawienie Dyrektorowi SPSK Nr 1 w Lublinie wniosków w sprawie przyjmowania, zwalniania, awansowania, wynagradzania podległych pracowników.
6. Wykonywanie poleceń Dyrektora i jego Zastępców nie objętych niniejszym zakresem.

Szczegółowe zadania Kierownika Działu Organizacyjno-Prawnego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## SEKCJA ORGANIZACYJNA

Do zadań Sekcji Organizacyjnej należy:

1. Koordynowanie prac związanych z opracowywaniem projektów struktury organizacyjnej SPSK Nr 1, działalności podstawowej i organizacyjnej, Statutu Szpitala, regulaminów jednostek działalności podstawowej i administracyjnej, instrukcji i wytycznych oraz dokonywania w nich zmian.
2. Bieżąca analiza struktur organizacyjnych w zakresie prawidłowości ich funkcjonowania oraz przygotowanie odpowiednich wniosków i zaleceń dotyczących usprawnienia pracy w jednostkach organizacyjnych i administracyjnych SPSK Nr 1.
3. Opracowywanie projektów wewnętrznych aktów prawnych w zakresie kompetencji Działu.
4. Prowadzenie ewidencji wewnętrznych aktów prawnych oraz przeprowadzanie ich weryfikacji.
5. Organizowanie prac i prowadzenia dokumentacji związanej z realizacją zadań Kontroli Zarządczej Szpitala.
6. Obsługa administracyjno-organizacyjna posiedzeń Rady Społecznej, Zebrań Dyrektora SPSK Nr 1 z Kierownikami Klinik, itp. (porządek posiedzeń, zaproszenia, uchwały, informacje niezbędne do ich prawidłowego przebiegu).
7. Sporządzanie protokołów z posiedzeń Rady Społecznej, sporządzanie wyciągów z protokołów z zebrań.
8. Realizowanie zadań z zakresu skarg i wniosków prowadzenie ewidencji skarg i wniosków Szpitala a także sprawozdawczości w tym zakresie.
9. Zgłaszanie Szpitala do rejestrów, zgłaszanie zmian i aktualizacja danych (Krajowy Rejestr Sądowy, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą).
10. Przygotowanie projektów pełnomocnictw dla pracowników Szpitala oraz prowadzenia rejestru udzielonych pełnomocnictw.
11. Współpraca i nadzór w zakresie ochrony ubezpieczeniowej OC i mienia Szpitala.
12. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi (Uniwersytet Medyczny, Ministerstwo Zdrowia, Urząd Wojewódzki itp.).
13. Opracowywanie projektów listów gratulacyjnych, zaproszeń i podziękowań.
14. Współpraca z Zespołem Radców Prawnych w zakresie powierzonych zadań.
15. Organizacja szkoleń dla pracowników Szpitala.
16. Współdziałanie z Komórkami Organizacyjnymi Szpitala w zakresie powierzonych zadań.

17. Organizacja i koordynacja zadań związanych z funkcjonowaniem Sekretariatu Dyrektora:
  - ustalanie, opracowywanie i przestrzeganie harmonogramu zajęć Dyrektora
  - analiza korespondencji przekazywanej do wglądu Dyrektora,
  - organizowanie spotkań z interesantami,
  - organizacja spotkań, zebrań, konferencji,
  - udzielanie informacji interesantom lub kierowanie ich do właściwych jednostek organizacyjnych Szpitala,
  - bieżące rozwiązywanie skarg i wniosków pacjentów,
  - nadzór nad właściwym zabezpieczeniem dokumentacji Szpitalnej, pieczętek, pieczęci,
  - obsługa i nadzór nad zabezpieczeniem urządzeń i sprzętu znajdującego się w pomieszczeniach Dyrektora Szpitala,
  - dbałość o wizerunek firmy,
  - przestrzeganie organizacji obiegu pism (wg przepisów obowiązującej Instrukcji Kancelaryjnej).
18. Inne prace i obowiązki zlecone przez Dyrektora i Przełożonych, wynikające z ww. zakresu czynności i okresowych zastępstw.

Szczegółowe zadania Kierownika Sekcji Organizacyjnej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

#### SEKCJA KANCELARYJNA

Do zadań Sekcji Kancelaryjnej należy:

1. Nadzór nad organizacją pracy kancelaryjnej w zakresie obiegu korespondencji w Szpitalu.
2. Przyjmowanie, ewidencjonowanie, ekspediowanie pism, faktur i przesyłek pocztowych dla poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala.
3. Powielanie, kompletowanie i bindowanie dokumentacji dla potrzeb Dyrekcji Szpitala.
4. Zlecanie usług pocztowych firmom kurierskim na potrzeby jednostek organizacyjnych Szpitala.
5. Przyjmowanie dokumentacji przetargowej, właściwe jej zabezpieczenie i przechowywanie.
6. Współpraca z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie w zakresie obiegu dokumentacji.
7. Prowadzenie ewidencji przychodu i rozchodu biletów MPK, książek nadawczych, materiałów kancelaryjnych.
8. Nadzór nad realizacją umów zawieranych przez Szpital w zakresie usług pocztowych i kurierskich.
9. Nadzór nad właściwym zabezpieczeniem dokumentacji szpitalnej i korespondencji, pieczętek służbowych, urządzeń i sprzętu znajdującego się w Sekcji Kancelaryjnej.
10. Udzielanie (bezpośrednio lub telefonicznie) informacji interesantom lub kierowanie ich do właściwych jednostek organizacyjnych Szpitala.
11. Realizacja usług pocztowych, zakup biletów zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30 000 EURO.
12. Współdziałanie z Komórkami Organizacyjnymi Szpitala w zakresie powierzonych zadań.
13. Inne prace i obowiązki zlecone przez Dyrektora i Przełożonych, wynikające z w/w zakresu czynności i okresowych zastępstw.

Szczegółowe zadania Kierownika Sekcji Kancelaryjnej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 72

### DZIAŁ KADR I PŁAC

Do zadań Działu Kadr i Płac należy:

#### 1. Realizacja zadań podległych Sekcji:

##### A. Sekcja Spraw Pracowniczych

1. prowadzi wszystkie sprawy osobowe dotyczące pracowników,
2. prowadzi szczegółową ewidencję pracowników,
3. przeprowadza kontrole dyscypliny pracy we wszystkich jednostkach Szpitala i sporządza z nich protokoły,
4. prowadzi ewidencję udzielonych kar regulaminowych,
5. przygotowuje dokumenty związane ze stosunkiem pracy,
6. przygotowuje postępowania na udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne zgodnie z trybem określonym brzmieniem art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
7. akta osobowe zwalnianych pracowników przekazuje do Archiwum Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami,
8. przygotowuje materiały do sprawozdań statystycznych,
9. prognozowanie i planowanie w zakresie potrzeb kadrowych,
10. prowadzenie ewidencji wykonania etatów całego personelu Szpitala,
11. sporządzanie wniosków o odznaczenia,
12. współdziałanie z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w ustalaniu i utrzymaniu optymalnego poziomu oraz struktury zatrudnienia.

##### B. Stanowisko ds. Socjalnych

1. określa i planuje potrzeby socjalne i bytowe pracowników w ścisłej współpracy ze Związkami Zawodowymi Szpitala,
2. wykonuje czynności związane z administrowaniem Funduszu Świadczeń Socjalnych,
3. prowadzi sprawozdawczość dotyczącą wykonania świadczeń,
4. organizuje różne formy wypoczynku dla pracowników i ich rodzin,
5. prowadzi rejestr wydanych delegacji służbowych,
6. prowadzi sprawy związane z rentami i emeryturami,
7. realizuje zakupy zgodnie z Regulaminem Postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30.000 EURO np. paczki, bilety do teatru.

##### C. Sekcja Płac

Do zadań Sekcji Płac w szczególności należy:

1. Sporządzanie listy płac dla pracowników.
2. Prowadzenie na bieżąco kart zasiłkowych, oraz karty wynagrodzeń dla pracowników.
3. Obliczanie rent i emerytur dla pracowników odchodzących z zakładu pracy.
4. Obliczanie kapitału początkowego dla pracowników pozostających w stosunku pracy oraz dla byłych pracowników.

5. Sporządzanie „Informacji o uzyskanych dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy – PIT 11 i PIT 40 na koniec każdego roku księgowego.
6. Naliczanie zaliczki na podatek dochodowy od wynagrodzeń pracowniczych i rozliczanie się z Urzędem Skarbowym poprzez sporządzenie deklaracji, PIT 4R do końca stycznia roku następnego.
7. Naliczanie składki na ubezpieczenie społeczne, sporządzanie raportów ZUS, RCA, RSA, RZA, oraz deklaracji DRA w programie Płatnik.
8. Dokonywanie korekty deklaracji i raportów imiennych na podstawie zawiadomienia ZUS,
9. Sporządzanie i dostarczanie pracownikom „Raportów – ZUS RMUA”.
10. Rozliczanie i kontrolowanie miesięcznego wydatkowania środków przeznaczonych na finansowanie stażu podyplomowego i umów rezydenckich.
11. Załatwianie spraw związanych z egzekucjami sądowymi i administracyjnymi z poborów pracowniczych.
12. Obliczanie wynagrodzenia i wpisywanie na zaświadczenia dla banków i innych instytucji.
13. Sporządzanie zestawień i wykazów dla jednostek zewnętrznych i wewnętrznych Szpitala.

Szczegółowe zadania osób zajmujących poszczególne stanowiska w Dziale Kadr i Płac określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 73

### PEŁNOMOCNIK OCHRONY

Do zadań Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych należy:

1. Zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego.
2. Zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne.
3. Zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka.
4. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów.
5. Opracowywanie i aktualizowanie, wymagającego akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego, i nadzorowanie jego realizacji.
6. Prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych.
7. Prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających.
8. Prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto.
9. Przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW danych do ewidencji, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „poufne” a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa.
10. Rejestracja, przechowywanie i sprawdzanie obiegu dokumentów z informacjami niejawnymi.

Wykonywanie poleceń Dyrektora nie objętych niniejszym zakresem.

Szczegółowe zadania Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 74

### INSPEKTOR DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ

Do zadań Inspektora ds. obronnych i obrony cywilnej należy:

#### 1.1. W zakresie spraw obronnych:

1. opracowanie i utrzymanie w stałej aktualności:
  - planu przygotowania Szpitala na potrzeby obronne państwa,
  - planu stałego dyżuru,
  - planu wydzielenia łóżek dla służb mundurowych,
  - planu wprowadzenia stopni alarmowych,
2. Prowadzenie ewidencji:
  - pracowników z przydziałami mobilizacyjnymi,
  - świadczeń rzeczowych i osobistych na rzecz szpitala,
  - rotacji kadry medycznej w ramach przeniesień.
3. Współuczestnictwo w opracowaniu procedur działania na wypadek katastrof i zdarzeń masowych.
4. Szkolenie personelu do działania w sytuacjach kryzysowych.
5. Sprawdzanie zabezpieczenia logistycznego szpitala.

#### 1.2. W zakresie spraw obrony cywilnej:

- a. realizacja zadań wynikających z przepisów o obronie cywilnej,
- b. szkolenie pracowników z powszechnej samoobrony,
- c. okresowa - terminowa legalizacja sprzętu obrony cywilnej,
- d. prowadzenie magazynu sprzętu obrony cywilnej będącego na wyposażeniu stałym lub czasowym.

Szczegółowe zadania Inspektora ds. obronnych i obrony cywilnej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 75

### ZESPÓŁ ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Do zadań Zespołu Zarządzania Jakością należy:

1. Planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywną jej realizację.
2. Monitorowanie wskaźników jakości przyjętych przez Szpital oraz kosztów jakości.
3. Nadzorowanie realizacji zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością i Standardów Akredytacyjnych dla Szpitali.
4. Współuczestniczenie w opracowywaniu standardów i procedur dotyczących poprawy bezpieczeństwa pracowników i pacjentów oraz jakości świadczonych usług przez Szpital.

5. Nadzór nad dokumentacją Systemu Zarządzania Jakością – Księga Jakości, procedury.
6. Planowanie zasobów potrzebnych do właściwej realizacji zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością i Standardów Akredytacyjnych dla Szpitali.
7. Ocena satysfakcji hospitalizowanych pacjentów z warunków pobytu i jakości świadczonej opieki.
8. Inspirowanie działań Szpitalnego Komitetu ds. Jakości Usług Medycznych oraz współpraca z funkcjonującymi w Szpitalu innymi Komitetami i Zespołami.
9. Wspieranie działań Koordynatora ds. Zarządzania Środowiskowego.

Szczegółowe zadania pracowników Zespołu Zarządzania Jakością określają ramowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujące się w aktach osobowych.

## § 76

### AUDYTOR WEWNĘTRZNY

Zadania Audytora Wewnętrznego regulują powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz wewnętrzne akty prawne, w tym „Regulamin Audytu Wewnętrznego” obowiązujący w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.

## § 77

### INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:

1. Informowanie i doradzanie administratorowi lub podmiotowi przetwarzającemu, jak również ich pracownikom, w zakresie ich obowiązków wynikających z przepisów prawa o ochronie danych.
2. Sprawowanie nadzoru i monitorowanie zgodności organizacji z wszystkimi przepisami prawa dotyczącego ochrony danych.
3. Przeprowadzanie audytów, działań podnoszących świadomość, a także szkolenia dla personelu zajmującego się przetwarzaniem danych.
4. Udzielanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania.
5. Pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego oraz dla osób fizycznych składających wnioski i żądania dotyczące przetwarzania ich danych osobowych i wykonywania ich praw.
6. Współpraca z organami ochrony danych i pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organów ochrony danych w kwestiach związanych z przetwarzaniem.

## § 78

### STANOWISKA RADCÓW PRAWNYCH

Do zadań Radców Prawnych należy:

1. Udzielanie organom kierowniczym Szpitala opinii, porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa.



2. Udzielanie jednostkom organizacyjnym Szpitala pomocy prawnej w sprawach dotyczących ich zakresu działania, a w szczególności informacji, opinii, porad prawnych i wyjaśnień związanych ze stosowaniem obowiązujących przepisów prawnych – na ich wniosek.
3. Udzielanie informacji o przepisach prawnych organizacjom zawodowym działającym w Szpitalu, na ich wniosek.
4. Informowanie Dyrektora i Z-ców, Kierownictwa Szpitala o:
  - Istotnych dla działalności Szpitala nowo wydanych przepisach prawnych,
  - Występujących nieprawidłowościach i faktach naruszania prawa na podstawie prowadzonych spraw oraz o skutkach tych uchybień.
5. Opiniowanie lub przygotowywanie projektów umów.
6. Opiniowanie pod względem prawnym:
  - Projektów wewnętrznych zarządzeń, regulaminów, instrukcji i innych aktów wydawanych w Szpitalu.
  - Zawieranych umów długoterminowych bądź nietypowych albo dotyczących zobowiązań znacznej wartości,
  - Innych spraw wymagających opinii prawnej.

## **§ 79**

### **KAPELAN SZPITALNY**

Kapelan Szpitalny zapewnia realizację praw pacjenta do opieki duszpasterskiej, w tym prawo do kontaktu z duchownym w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia.

## **§ 80**

### **INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ**

Do zakresu zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy:

- a. nadzór nad przestrzeganiem przez Szpital warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1.12.2006r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej w pracowniach stosujących aparaty rentgenowskie w celach medycznych,
- b. prowadzenie kontroli jakości nad wszystkimi aparatami rentgenowskimi w Szpitalu,
- c. dostosowanie procedur związanych ze stosowaniem promieniowania jonizującego do aktualnych przepisów prawnych oraz wdrożenie ich w Szpitalu,
- d. ścisła współpraca z Kierownikiem Zakładu Radiologii Lekarskiej oraz wyznaczonym pracownikiem Zespołu Zarządzania Jakością.

Szczegółowe zadania Inspektora Ochrony Radiologicznej określa jego ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 81

### SEKCJA BHP

Zadania Sekcji BHP określa Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.

## § 82

### STANOWISKO DS. P.POŻ.

Do zadań osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. ppoż. należy:

1. Realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala oraz opracowywanie zaleceń i wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony ppoż.
3. Współdziałanie w zakresie szkoleń przeciwpożarowego i przygotowania pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu pożarom i podejmowanie akcji ratowniczo-gaśniczych.
4. Sprawowanie nadzoru nad wyposażeniem obiektów w podręczny sprzęt gaśniczy oraz oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych.
5. Opracowywanie i aktualizacja Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego, planów ewakuacji, instrukcji alarmowania i planów obrony ppoż.
6. Współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymagań przepisów p.poż podczas projektowania prac remontowych, modernizacyjnych i adaptacyjnych.
7. Udział w komisyjnych odbiorach obiektów po zakończeniu prac remontowych, adaptacyjnych, instalacyjnych itp.
8. Zgłaszanie wniosków o wyłączenie z użytkowania maszyn, urządzeń, instalacji i aparatury grożących pożarem.
9. Udział w komisyjnych dochodzeniach po pożarowych, sporządzanie dokumentacji oraz przedstawianie stosowanych wniosków.
10. Wykonywanie innych prac z zakresu ochrony przeciwpożarowej zleczanych przez przełożonych.

Szczegółowe zadania osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. p.poż. określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 83

### RZECZNIK PRASOWY

Do zadań Rzecznika Prasowego należy:

1. Reprezentowanie Szpitala w mediach.
2. Nadzór i koordynacja kontaktów z mediami.
3. Publiczne prezentowanie działań Dyrektora Naczelnego.

4. Organizowanie kontaktów publicznych realizowanych z udziałem lub za pośrednictwem środków masowego przekazu.
5. Udzielanie odpowiedzi na publikacje i interwencje prasowe oraz audycje radiowe i telewizyjne, dotyczące działalności Szpitala.
6. Udział i współpraca z innymi Działami/Jednostkami w zakresie działań promocyjnych dotyczących Szpitala.
7. Prowadzenie i organizacja konferencji prasowych z udziałem władz Szpitala lub osób zarządzających poszczególnymi jednostkami.
8. Bieżąca analiza informacji medialnych związanych ze Szpitalem.
9. Współredagowanie strony internetowej Szpitala – szczególnie w zakresie aktualności i przekazywania zdjęć do publikacji.
10. Rzecznik Prasowy Szpitala wykonuje inne czynności zlecone mu przez Dyrektora, wiążące się bezpośrednio z zakresem jego działalności a nie objęte powyższym zakresem.

## § 84

### PION Z-CY DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH

W pionie Z-cy Dyrektora ds. Medycznych są:

1. Dział Usług Medycznych i Rozliczeń.
2. Dział Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej.
3. Apteka Szpitalna wraz z podległymi pracowniami,
4. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej:
  - Laboratorium Diagnostyki Analitycznej,
  - Laboratorium Diagnostyki Molekularnej,
  - Punkt pobrań materiałów do badań ul. Staszica 14A,
  - Punkt pobrań materiałów do badań ul. Langiewicza 6A.
5. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej:
  - Pracownia Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową.
6. Bank Krwi:
  - Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej.
7. Pracownia Patomorfologii.
8. Bank Tkanek Oka.
9. Izby Przyjęć.
10. Bloki Operacyjne.
11. Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna.
12. Dział Epidemiologii.
13. Dział Sterylizacji.
14. Oddziały – Kliniki.
15. Zakłady.
16. Samodzielne Pracownie.
17. Zespół Poradni Specjalistycznych i POZ.
18. Pełnomocnik ds. Pacjenta.

## § 85

### DZIAŁ USŁUG MEDYCZNYCH I ROZLICZEŃ

Do zadań Działu Usług Medycznych i Rozliczeń należy koordynowanie, prowadzenie i nadzorowanie działań, których celem jest uzyskanie finansowania od podmiotów zewnętrznych za realizację świadczeń i usług zdrowotnych wykonanych przez poszczególne jednostki organizacyjne Szpitala poprzez:

1. Określenie możliwości realizacji świadczeń i usług medycznych zgodnie z wymogami określonymi przez poszczególnych kontrahentów oraz Narodowy Fundusz Zdrowia
2. Bieżące monitorowanie postępowań konkursowych dotyczących świadczeń i usług medycznych możliwych do zaoferowania innym podmiotom.
3. Przygotowanie materiałów ofertowych zgodnie z wymogami i uczestniczenie w postępowaniach konkursowych dotyczących sprzedaży usług medycznych.
4. Gromadzenie danych dotyczących realizacji poszczególnych umów.
5. Sporządzanie sprawozdań, opracowań i innych wymaganych raportów w tym również w formie elektronicznej.
6. Weryfikacja i generowanie sprawozdań w zakresie zawartych umów w tym również elektronicznych.
7. Bieżące informowanie odpowiednich komórek Szpitala o zmianach w zakresie realizacji poszczególnych umów.
8. Tworzenie narzędzi i wzorców statystycznych dotyczących rozliczeń (raporty, sprawozdania).
9. Nadzorowanie prawidłowego i terminowego sporządzania obowiązujących sprawozdań przez poszczególne jednostki Szpitala.
10. Opracowywanie raportów, zestawień i analiz statystycznych w zakresie dotyczącym realizacji świadczeń objętych poszczególnymi umowami.
11. Sporządzanie końcowych zestawień z rozliczonych usług i świadczeń zdrowotnych.
12. Informowanie zainteresowanych jednostek szpitala w zakresie ilości wykonanych i rozliczonych świadczeń.
13. Rozliczanie świadczeń i usług medycznych z poszczególnymi kontrahentami oraz NFZ zgodnie z obowiązującymi przepisami.
14. Wystawianie faktur VAT oraz faktur korygujących dotyczących sprzedaży usług medycznych w zakresie realizowanych umów z podmiotami zewnętrznymi.
15. Prowadzenie korespondencji w zakresie realizowanych umów.
16. Przekazywanie raportów i wymaganych sprawozdań do innych komórek Szpitala.
17. Współdziałanie z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji zadań Działu.

Szczegółowe zadania osób zajmujących poszczególne stanowiska w Dziale Usług Medycznych i Rozliczeń określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

DZIAŁ DOKUMENTACJI CHORYCH I STATYSTYKI MEDYCZNEJ

Do zadań Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej należy:

- Realizacja zadań podległych Sekcji:

A. Sekcji Dokumentacji i Analiz Statystycznych

1. Nadzorowanie i dbałość o prawidłowość i kompletność pozyskiwanych danych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi.
2. Wykonywanie prac w zakresie:
  - a. współpracy z MOPR/OPS/MUP itp. instytucjami,
  - b. sporządzania sprawozdawczości m.in. przekazywanie do COZL danych dla potrzeb rejestru zachorowań na nowotwór złośliwy,
  - c. weryfikacji otrzymanej dokumentacji medycznej – karty statystyczne, historie chorób,
  - d. prowadzenia księgi głównej,
  - e. kontroli uprawnień pacjentów do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
  - f. sporządzania dokumentacji finansowej (wystawianie faktur/kwitariuszy dla jednostek i osób fizycznych),
  - g. rejestracji chorych korzystających z usług Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej,
  - h. współpracy z innymi komórkami Szpitala.
3. Współpraca z NFZ w zakresie:
  - a. prowadzonych spraw (min. korespondencja, skargi itp.),
  - b. sporządzania comiesięcznych zestawień wykonanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartymi umowami z NFZ i innymi jednostkami,
  - c. prowadzenia i sprawozdawania „list pacjentów oczekujących”,
  - d. zamawiania numerów recept lekarskich.
4. Zakup usług medycznych oraz nadzór nad przebiegiem realizacji zawartych umów tym zakresie.
5. Realizacja zakupów zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30 000 EURO.
6. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora/Z-cę Dyrektora ds. Medycznych związanych bezpośrednio z zakresem działalności Działu a nieobjętych niniejszym zakresem.

B. Sekcji Archiwizacji:

1. Prowadzenie archiwum szpitalnego (części medycznej):
2. przyjmowanie dokumentacji medycznej z innych komórek szpitala,
3. gromadzenie i przechowywanie przyjętej dokumentacji medycznej,
4. udostępnianie zgromadzonej dokumentacji medycznej osobom/ instytucjom do tego uprawnionym zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawnymi,
5. prowadzenie rejestru udostępnianej dokumentacji medycznej,
6. brakowanie dokumentacji w porozumieniu z Archiwum Państwowym.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Dokumentacji Chorych i Statystyki Medycznej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 87

### APTEKA SZPITALNA

Do zadań Apteki Szpitalnej należy:

1. Świadczenie usług farmaceutycznych obejmujących:
  - a) sporządzanie leków recepturowych;
  - b) sporządzenie leków aptecznych;
  - c) sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego;
  - d) przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych;
  - e) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
  - f) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziały;
  - g) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych;
  - h) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
  - i) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala;
  - j) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
  - k) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu;
  - l) zaopatrywanie pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych oraz pacjentów korzystających z chemioterapii w trybie ambulatoryjnym.
  - m) zaopatrywanie innych podmiotów leczniczych w produkty do żywienia pozajelitowego.
2. Prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych oraz produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie darowizny.
3. Ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta.
4. Udział w ustalaniu procedur Komitetu Terapeutycznego.
5. Przeprowadzanie kontroli zużycia, dystrybucji, przechowywania i stosowania leków w Szpitalu zgodnie z procedurami.
6. Integracja systemów informatycznych w celu efektywnego zarządzania systemami i zasobami.
7. Prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego w zakresie gospodarki lekiem w oddziale w celu bezpiecznego i racjonalnego użytkowania leków oraz optymalizacji kosztów leczenia.
8. Realizacja praktyk studentów wydziałów farmaceutycznych oraz słuchaczy medycznych szkół zawodowych.
9. Uczestniczenie w szkoleniach, kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.
10. Współpraca z innymi jednostkami Szpitala oraz przedstawianie okresowych sprawozdań Dyrekcji Szpitala.

## § 88

### DZIAŁ DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

Do zadań Działu Diagnostyki Laboratoryjnej należy:

1. Wykonywanie badań laboratoryjnych dla pacjentów hospitalizowanych w Klinikach SPSK Nr 1, pacjentów leczonych w Poradniach Specjalistycznych, badania w ramach programów naukowych Klinik.

2. Wykonywanie analiz w zakresie biochemii, immunologii (hormony), hematologii, analityki ogólnej.
3. Wykonanie oceny jakości i wartości diagnostycznej badań oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyników badań.
4. Prowadzenie działalności naukowo-szkoleniowej: szkolenie uczniów średnich szkół medycznych w ramach obowiązkowych praktyk wakacyjnych (stopień i wpis do indeksu), szkolenie studentów Uniwersytetu Medycznego w ramach praktyk wakacyjnych, prowadzenie specjalizacji z analityki klinicznej dla absolwentów szkół wyższych wg przepisanego programu.
5. Wewnętrzna działalność naukowo-szkoleniowa dla personelu wyższego i niższego.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Diagnostyki Laboratoryjnej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 89

### BANK KRWI

1. Kierownikiem Banku Krwi, powołanym przez Dyrektora Szpitala, jest lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią w Szpitalu, specjalista transfuzjologii klinicznej.
2. Kierownik Banku Krwi opracowuje obowiązujące w Szpitalu standardowe operacyjne procedury dotyczące organizacji leczenia krwią i jej składnikami oraz pełni nadzór nad krwiolecznictwem w jednostkach organizacyjnych Szpitala i udziela konsultacji w tym zakresie.
3. W strukturze Banku Krwi funkcjonuje Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej. Kierownikiem Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej, powołanym przez Dyrektora Szpitala, jest diagnosta laboratoryjny – specjalista w dziedzinie laboratoryjnej transfuzjologii medycznej.
4. Merytoryczny nadzór nad działalnością Banku Krwi z Pracownią Immunologii Transfuzjologicznej sprawuje Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.

#### Zadania Banku Krwi:

1. Składanie zamówień na krew i jej składniki w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie, zgodnie z zamówieniami jednostek organizacyjnych Szpitala.
2. Odbiór krwi i jej składników z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
3. Przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do jednostki organizacyjnej Szpitala.
4. Całodobowe wydawanie krwi i jej składników do jednostek organizacyjnych Szpitala.
5. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej przychodów i rozchodów krwi i jej składników.
6. Sporządzanie sprawozdań dotyczących zużycia krwi i jej składników i przekazywanie ich do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
7. Przyjmowanie z jednostek organizacyjnych Szpitala zgłoszeń o niepożądanych zdarzeniach i reakcjach związanych z leczeniem krwią i jej składnikami oraz materiałów do ich opracowania, a następnie ich przekazywanie do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
8. Całodobowe wykonywanie przez Pracownię Immunologii Transfuzjologicznej Banku Krwi badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej dla jednostek organizacyjnych Szpitala oraz prowadzenie dokumentacji tych badań.
9. Przekazywanie do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie próbek krwi

- do konsultacyjnych badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej.
10. Dystrybucja do jednostek organizacyjnych Szpitala, a także pacjentom do leczenia domowego, koncentratów czynników krzepnięcia sprowadzanych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie w ramach Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne.

## § 90

### PRACOWNIA PATOMORFOLOGII

Do zadań Pracowni Patomorfologii należy:

1. Opracowywanie protokołów szczegółowo opisujących wszystkie stosowane procedury badań.
2. Stałe nadzorowanie zgodności pracy wykonywanej ze standardami zawartymi w protokołach i wprowadzanie w nich stałych korekt wynikających z udoskonalenia technik diagnostycznych.
3. Analizy zgodności rozpoznań kliniczno-patologicznych.
4. Zewnętrzne kontrole jakości badań tzn. konsultacje preparatów w ośrodkach specjalistycznych (np. onkologicznych), w przypadkach uzasadnionych.
5. Ocena materiału cytologicznego i tkankowego narządów pobranych w czasie zabiegów operacyjnych i diagnostycznych oraz wykonywanie badań śródoperacyjnych dla wszystkich jednostek Szpitala.
6. Nadzór nad właściwym funkcjonowaniem pracowni w zakresie prowadzonej dokumentacji medycznej wykonanych badań – rejestracja danych w systemie komputerowym.

Szczegółowe zadania pracowników Pracowni Patomorfologii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 91

### BANK TKANEK OKA

Do zadań Banku Tkanek Oka należy:

1. Pozyskanie dawców tkanek:
  - pobieranie,
  - gromadzenie,
  - przetwarzanie,
  - przechowywanie,
  - dystrybucja tkanek oka tj. rogówek i twardówki oraz błony owodniowej.
2. Proces przygotowania tkanek do przeszczepu odbywa się ściśle wg szczegółowych procedur Banku Tkanek Oka tj.:
  - Procedur dotyczących sprawdzania i kwalifikacji dawcy wg kryteriów doboru dawcy,
  - Procedur dotyczących pobierania, przetwarzania, konserwacji i przechowywania tkanek oka (rogówka, twardówka) i błony owodniowej,



- Procedur związanych z prowadzeniem dokumentacji dawców, tkanek oraz gromadzeniem i przetwarzaniem informacji w systemie elektronicznym „Bank Tkanek” ISBT 128, który zapewnia unikalne i niepowtarzalne znakowanie tkanek,
  - Procedur dotyczących kwalifikacji tkanek do celów transplantacyjnych oraz dokumentacji związanej z tkankami do przeszczepu, przeznaczonymi do dystrybucji,
  - Procedur dotyczących warunków i zasad dystrybucji tkanek do przeszczepu oraz organizacji dystrybucji do ośrodków okulistycznych na terenie kraju.
3. Dystrybucja tkanek oka i błony owodniowej odbywa się wg zasad określonych przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne d/s Transplantacji POLTRANSPLANT, wg kryteriów zamieszczonych w „Krajowej Liście Oczekujących (KLO) na przeszczep rogówki” i zgodnie Ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dn. 1 lipca 2005 r. z późn. zm.

Szczegółowe zadania pracowników Banku Tkanek Oka określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 92

### KIEROWNIK BLOKÓW OPERACYJNYCH

Do zadań Kierownika Bloków Operacyjnych należy:

1. Stwarzanie warunków organizacyjno – technicznych zapewniających świadczenie wysokiej jakości całodobowych usług medycznych przez personel bloku.
2. Organizowanie pracy personelu średniego i pomocniczego poprzez właściwe planowanie i rozmieszczanie personelu (grafiki, urlopy) na każdy dzień, zgodnie z harmonogramem operacyjnym.
3. Rozliczanie czasu pracy podległego personelu.
4. Systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na personel.
5. Organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgniarskiego.
6. Poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych.
7. Stwarzanie warunków do prawidłowej adaptacji pacjentów w bloku.
8. Prowadzenie bieżącej kontroli wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń.
9. Czuwanie nad prawidłowym przebiegiem procedur medycznych i higienicznych przez podległy personel w bloku.
10. Nadzorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego w bloku oraz przestrzeganie przez podległy personel obowiązujących procedur i przepisów.
11. Przeprowadzanie okresowej kontroli na dyżurach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy w zakresie zadań wykonywanych przez podległy jej personel.
12. Przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu.
13. Prowadzenie stanowiskowego szkolenia z zakresu BHP.
14. Prowadzenie adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników zgodnie z przyjętym programem.
15. Prowadzenie zebrań i szkoleń wewnątrzoddziałowych w Klinice.

16. Nadzorowanie utrzymania w sprawności technicznej narzędzi, sprzętu i aparatury niezbędnej do wykonywania zabiegów diagnostycznych i leczniczych.
17. Prowadzenie racjonalnej gospodarki materiałem szewnym, opatrunkowym, lekami i środkami magazynowymi.
18. Nadzorowanie właściwego zabezpieczania, przechowywania i przygotowywania leków i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi procedurami i standardami.
19. Współpraca z kierownictwem Szpitala, Naczelną Pielęgniarką, Kierownikami Klinik oraz Kierownikami innych działów i służbami pomocniczymi.

Szczegółowe zadania Kierownika Bloków Operacyjnych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## **§ 93**

### **KIEROWNIK PRZYKLINICZNEJ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ**

Do zadań Kierownika Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej należy:

1. Organizowanie i nadzorowanie pracy poradni przyklinicznych.
2. Realizacja wszystkich zadań administracyjnych w odniesieniu do działalności Poradni.
3. Nadzór nad prawidłowym i zgodnym z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjentów zespołu poradni.
4. Zarządzanie poradniami w oparciu o dane ekonomiczne i zasady rachunku ekonomicznego.
5. Ustalanie składu osobowego Poradni Specjalistycznych.
6. Analiza potrzeb pacjentów i dostosowywanie czasu pracy Poradni.

Kierownik Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Szczegółowe zadania Kierownika Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## **§ 94**

### **DZIAŁ EPIDEMIOLOGII**

Do zadań Działu Epidemiologii należy:

1. Współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, procedur w zakresie higieny i epidemiologii szpitalnej.
2. Organizowanie i wpływ na prawidłową realizację zadań z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych.
3. Współpraca z lekarzami, pielęgniarkami oraz pracownikami innych działów w zakresie rejestracji pacjentów z zakażeniem szpitalnym/czynnikiem alarmowym.
4. Prowadzenie rejestrów oraz raportów pacjentów z zakażeniami szpitalnymi oraz czynnikami alarmowymi.

5. Przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych wraz z zaleceniami inicjującymi działania zmierzające do likwidacji ogniska zakażenia.
6. Nadzorowanie izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zagrożeń epidemiologicznych.
7. Prowadzenie rejestru chorób zakaźnych podlegających zgłaszaniu do Powiatowego / Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie.
8. Prowadzenie rejestru ekspozycji zawodowych u pracowników Szpitala.
9. Prowadzenie kontroli wewnętrznej w SPSK Nr 1.
10. Monitorowanie, ocenianie i analizowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego Szpitala.
11. Uczestniczenie w spotkaniach z pielęgniarkami i lekarzami /działami organizacyjnymi SPSK Nr 1 / zespołami doradczymi powołanymi w celu podnoszenia standardów dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń szpitalnych.
12. Organizowanie przepływu informacji w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych między członkami Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Klinik / Poradni i innych komórek organizacyjnych Szpitala.
13. Współpraca z Radcami Prawnymi oraz Działem Organizacyjno – Prawnym.
14. Organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu z zakresu higieny i epidemiologii szpitalnej (bieżąca i dla nowoprzyjętych).
15. Opiniowanie zakupów sprzętu medycznego i innego asortymentu w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego.
16. Uczestniczenie w postępowaniach przetargowych - w zakresie higieny i epidemiologii szpitalnej.
17. Przedstawianie okresowych sprawozdań Dyrekcji Szpitala.
18. Uczestniczenie w szkoleniach, kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.
19. Współpraca z Powiatowym / Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Lublinie.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Epidemiologii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 95

### DZIAŁ STERYLIZACJI

Do zadań Działu Sterylizacji należy:

1. Planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywną jej realizację.
2. Planowanie, organizowanie i prowadzenie ciągłej kontroli przyjętych technologii: dezynfekcji wstępnej, mycia, dezynfekcji właściwej, suszenia, pakowania, sterylizacji, przechowywania po sterylizacji i dystrybucji materiału sterylnego.
3. Opracowanie standardów dotyczących systemu pracy Działu Sterylizacji.
4. Opracowanie i doskonalenie systemu informacji i dokumentacji w Dziale Sterylizacji.
5. Planowanie zasobów potrzebnych do właściwej realizacji zadań przez Dział Sterylizacji.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Sterylizacji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 96

### KIEROWNIK ZESPOŁU PORADNI SPECJALISTYCZNYCH I POZ

Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ kieruje i jest odpowiedzialny za funkcjonowanie pod względem medycznym, administracyjnym i ekonomicznym jednostek organizacyjnych o których mowa w Dziale I w § 9.

Do zadań Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ należy:

1. organizowanie i koordynowanie pracy podległych pracowników w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy,
2. dbałość o dostępność udzielanych świadczeń oraz sprawną, fachową i troskliwą opiekę nad pacjentami,
3. uwzględnianie w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych aktualnych przepisów prawa i regulacji wewnętrznych oraz aktualnych potrzeb rynku zdrowotnego,
4. dbałość o poziom usług medycznych zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz obowiązującymi regulacjami prawa,
5. nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta,
6. dbałość o poziom usług medycznych zgodny z oczekiwaniami usługobiorcy,
7. zarządzanie przyznanymi na funkcjonowanie środkami finansowymi w oparciu o zasadę racjonalnej gospodarki, opartej na rachunku ekonomicznym,
8. Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ w zakresie związanym z kierowaniem podległych jednostek organizacyjnych podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Szczegółowe zadania Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 97

### PEŁNOMOCNIK DS. PACJENTA

Pełnomocnik ds. Pacjenta jest powołany w celu reprezentowania i ochrony praw pacjentów Szpitala. Pełnomocnik ds. Pacjenta uprawniony jest w szczególności do:

1. Podejmowania wszelkich czynności niezbędnych do przeprowadzania postępowania wyjaśniającego w sprawach skarg i wniosków pacjentów, których dobro zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone działaniem/zaniechaniem w realizacji świadczeń udzielanych przez SPSK1.
2. Wglądu do dokumentacji medycznej.
3. Pełnomocnik ds. Pacjenta zobowiązany jest do:
  - 1) monitorowania przestrzegania praw pacjenta przez pracowników Szpitala,
  - 2) podejmowania działań interwencyjnych w sytuacjach naruszenia praw pacjenta,
  - 3) współpracy z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej w Izbie Lekarskiej i Izbie Pielęgniarskiej,
  - 4) współpracy z organizacjami rządowymi i pozarządowymi działającymi na rzecz praw pacjenta,
  - 5) współpracy z organizacjami skupiającymi pacjentów w zakresie praw pacjentów,
  - 6) nadzorowania przestrzegania (poszanowania) praw pacjenta przez komórki organizacyjne,
  - 7) analizy skarg i wniosków kierowanych przez pacjenta do Dyrekcji Szpitala,

- 8) współdziałania z komórkami organizacyjnymi Szpitala, szczególnie w zakresie realizacji praw pacjenta,
  - 9) wnioskowania do Dyrektora Szpitala o przeprowadzenie kontroli w związku z rażącym naruszeniem praw pacjenta,
  - 10) współdziałania w organizowaniu szkoleń i narad dotyczących przestrzegania praw pacjenta,
  - 11) prowadzenia rejestru złożonych lub nadesłanych pism do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta,
  - 12) utrzymywania bieżącego kontaktu z pacjentami leczącymi się w Szpitalu,
  - 13) współpracy z Zespołem Zarządzania Jakością w zakresie tworzenia i nadzoru nad dokumentacją zintegrowanego systemu zarządzania/akredytacji MZ,
  - 14) przestrzegania zapisów zawartych w dokumentacji zintegrowanego systemu zarządzania akredytacji MZ,
  - 15) wykonywania czynności związanych z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu procedur pielęgniarstwa.
4. Pełnomocnik ds. Pacjenta przyjmuje w sprawach skarg i wniosków w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku w godzinach 9-14.

## **§ 98**

### **Z-Ca Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju**

W pionie Z- cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju znajdują się:

1. Dział Zaopatrzenia:
  - Sekcja Zabezpieczenia Potrzeb Materiałowych
  - Sekcja Magazynowa,
2. Archiwum Zakładowe,
3. Dział Kontrolingu i Analiz,
4. Dział Projektów i Badań Klinicznych,
5. Dział Zamówień Publicznych,
6. Dział Informatyczny.

## **§ 99**

### **DZIAŁ ZAOPATRZENIA**

Do zadań Działu Zaopatrzenia należy:

Koordinacja i nadzór nad pracą podległych Sekcji:

- Sekcja Zabezpieczenia Potrzeb Materiałowych
- Sekcja Magazynowa:
  - Magazyn Papierniczy
  - Magazyn Gospodarczo-Czystościowy wraz z wyposażeniem gospodarczym
  - Magazyn Tekstylny wraz z wyposażeniem tekstylnym
  - Magazyn Techniczny wraz z wyposażeniem technicznym
  - Magazyn drobnego sprzętu medycznego niesterylnego wraz z wyposażeniem medycznym

## SEKCJA ZABEZPIECZANIA POTRZEB MATERIAŁOWYCH

Do zadań Sekcji Zabezpieczania Potrzeb Materiałowych Działu Zaopatrzenia należy:

1. Dokonywanie zakupów sprzętu gospodarczego, środków czystości, artykułów papierniczych, tekstylnych wraz z wyposażeniem i sprzętu medycznego niesterylnego wraz wyposażeniem medycznym oraz innych zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30 000 EURO.
2. Dokonywanie zestawień i wycen dla poszczególnych komórek organizacyjnych dla zakupów powyżej 30.000 EURO, poprzez określenie wartości szacunkowej i sporządzenie wniosku o rozpoczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego przekazywanego do Działu Zamówień Publicznych, po uprzedniej akceptacji właściwego zastępcy Dyrektora i Głównego Księgowego.
3. Dokonywanie ponownego szacowania zamówień w przypadku nie rozstrzygniętego postępowania przetargowego, bądź któregoś z zadań.
4. Sporządzanie zamówień jednorazowych i zamówień do umów długoterminowych dla zakupów wyłączonych ze stosowania Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
5. Sporządzanie zamówień do umów długoterminowych zawartych poprzez udzielenie zamówienia publicznego powyżej 30.000 EURO oraz nadzór nad ich realizacją.
6. Prowadzenie rejestru wszystkich zamówień i umów z przyporządkowaniem do rzeczowego Magazynu.
7. Prowadzenie kontroli ilościowej umów długoterminowych.
8. Przestrzeganie terminowej realizacji umów / zamówień.
9. Opracowywanie dokumentów dostawy tj. faktur pod względem zgodności towaru z zamówieniem/ umową, terminem realizacji, zgodności cen, terminu płatności dokonywania zakupów.
10. Obliczanie i wystawianie propozycji noty księgowej za nieterminową realizację.
11. Sporządzanie dokumentów przyjęcia środka trwałego OT.
12. Prowadzenie rejestru faktur i przekazywanie ich do Działu Finansowo - Księgowego.
13. Prowadzenie rejestru zamówień o wartości szacunkowej nie przekraczającej równowartości 30.000 EURO.
14. Dokonywanie oceny kluczowych dostawców i sporządzanie w tym celu dokumentów QED-003 i QED-004.
15. Wykonywanie innych prac zleconych przez Kierownictwo Szpitala.
16. Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji ww. zadań.

## SEKCJA MAGAZYNOWA

Do zadań Sekcji Magazynowej należy:

1. Sporządzanie planów oraz sprawozdań - okresowych i bieżących – dotyczących działalności magazynów szpitalnych.
2. Sporządzanie i weryfikacja planów zakupów zamówień publicznych dla potrzeb całego Szpitala z zakresu gospodarki materiałowej podległych magazynów na podstawie złożonych zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala i/lub zużycia towaru według rozchodów magazynowych.

3. Sporządzanie analiz, zestawień i zapotrzebowań materiałowych oraz wniosków niezbędnych do dokonania zakupu towaru dla zapewnienia prawidłowej pracy i ciągłości pracy komórek organizacyjnych Szpitala.
4. Czuwanie nad zabezpieczeniem prawidłowej ilości asortymentu w podległych magazynach, która pozwoli na właściwą pracę Szpitala.
5. Przedkładanie Dyrekcji: zestawień, zapotrzebowań, wniosków – w terminie uwzględniającym niezbędny czas do wydania decyzji oraz przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i/lub dokonania zakupu.
6. Analiza i zatwierdzanie dokumentów:
  - przyjęcia towaru na stan magazynu (PZ), wydania towaru z magazynu na zewnątrz Szpitala (WZ) oraz parafowanie faktur magazynowych do których został sporządzony dokument PZ;
  - zapotrzebowań składanych przez komórki organizacyjne szpitala oraz dokumentów rozchodu wewnętrznego (RW) w celu wydania towaru z magazynu;
7. Nadzorowanie pracy magazynów i gospodarki magazynowo – materiałowej mające na celu racjonalne i ekonomiczne gospodarowanie towarem z jednoczesnym zabezpieczeniem potrzeb tutejszych klinik.
8. Przeprowadzanie okresowej kontroli magazynowej z uwzględnieniem:
  - stopnia przygotowania personelu magazynowego do swoich obowiązków,
  - stanu pomieszczeń i urządzeń magazynowych, szczególnie pod kątem widzenia zabezpieczenia materiałów przed zniszczeniem i kradzieżą,
  - sposobu przyjmowania, przechowywania i wydawania materiałów oraz wykrywanie wszelkiego rodzaju marnotrawstwa materiałów z powodu wadliwej konserwacji, kradzieży, itp.,
  - zgodności faktycznych stanów zapasów materiałów ze stanami ewidencyjnymi kartoteki,
  - stanu zapasów ogółem oraz zapasów nadmiernych i zbędnych.
9. Organizacja pracy podległego personelu oraz ruchu magazynowego.
10. Analiza gospodarki magazynowo – materiałowej zmierzająca do zminimalizowania wydatków finansowych i zapasów magazynowych.
11. Efektywne zarządzanie gospodarką podległych magazynów.
12. Przestrzeganie zasad gospodarki magazynowej.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Zaopatrzenia określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 100

### ARCHIWUM ZAKŁADOWE

Do zadań Archiwum Zakładowego należy:

Archiwista (Kierownik Archiwum Zakładowego) – pod względem merytorycznym podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju i odpowiada za całokształt działalności Archiwum Zakładowego. Do jego obowiązków należy:

1. Znajomość struktury organizacyjnej jednostki organizacyjnej oraz przepisy regulujące działalność archiwów zakładowych.

2. Współpraca z komórkami organizacyjnymi i nadzór w zakresie udzielania wiążących wyjaśnień i pouczeń w sprawie klasyfikacji akt i przekazywania ich do archiwum zakładowego,
3. Inicjowanie na wniosek kierowników komórek organizacyjnych dodawania i rozszerzania haseł klasyfikacyjnych do obowiązującego Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
4. Przejmowanie z poszczególnych komórek organizacyjnych akt oraz sprawdzanie ich zgodności ze spisem zdawczo odbiorczym.
5. Sprawdzanie prawidłowości zakwalifikowania akt do odpowiedniej kategorii archiwalnej.
6. Przechowywanie przejętych akt w należyтым porządku i właściwe ich zabezpieczenie.
7. Prowadzenie ewidencji archiwum zakładowego.
8. Udostępnianie akt i innej dokumentacji przechowywanej w archiwum do celów służbowych i naukowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej (kat. B), uczestniczenie w Komisji Brakowania Akt.
10. Przekazywanie brakowanych akt do składnicy surowców wtórnych lub do zniszczenia.
11. Przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego.
12. Dbanie o ład i porządek oraz estetyczny wygląd archiwum.
13. Monitorowanie temperatury i wilgotności powietrza w pomieszczeniach archiwum oraz odnotowywanie wyników pomiarów archiwum oraz odnotowywanie wyników.

Szczegółowe zadania Archiwisty (Kierownika Archiwum Zakładowego) określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 101

### DZIAŁ PROJEKTÓW I BADAŃ KLINICZNYCH

Pracownicy Działu Projektów i Badań Klinicznych wykonują zadania dla potrzeb realizacji projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych oraz z zakresu badań klinicznych a także innych projektów strategicznych i innowacyjnych mających wpływ na rozwój Szpitala.

Dział Projektów i Badań Klinicznych tworzą specjaliści ds. projektów posiadający wieloletnie doświadczenie w realizacji i wdrażaniu projektów, w tym realizacji projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych lub inne osoby niezbędne do realizacji zadań.

Do zadań Działu należy:

I. W zakresie projektów współfinansowanych ze środków zewnętrznych:

1. Pozyskiwanie funduszy europejskich i innych środków zewnętrznych, w tym w szczególności:
  - a) bieżący monitoring dostępnych środków z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych możliwych do pozyskania na finansowanie zadań inwestycyjnych, nieinwestycyjnych oraz profilaktycznych Szpitala,
  - b) przekazywanie aktualnych informacji Dyrektorowi Szpitala i zainteresowanym komórkom organizacyjnym Szpitala,



- c) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie możliwości pozyskiwania środków zewnętrznych,
- d) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie opracowywania informacji merytorycznych do wniosków aplikacyjnych, w tym założeń projektowych, harmonogramów rzeczowo-finansowych, kosztów inwestycji, planów finansowych, itp.,
- e) współpraca z podmiotami zewnętrznymi (m.in. organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi itp.) w zakresie pozyskiwania i realizacji projektów partnerskich współfinansowanych ze środków zewnętrznych,
- f) gromadzenie danych niezbędnych do właściwego opracowania dokumentacji aplikacyjnej,
- g) monitoring i koordynacja działań zleconych zewnętrznym podmiotom w zakresie opracowywanych dokumentów aplikacyjnych,
- h) przygotowanie, kompletowanie i kierowanie dokumentacji aplikacyjnej do odpowiednich instytucji dotujących,
- i) kontakty z instytucjami zaangażowanymi we wdrażanie funduszy z UE oraz z innych źródeł zewnętrznych,

2. Rozliczanie, we współpracy z Pionem Głównego Księgowego i innymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, i koordynacja projektów realizowanych przez Szpital, w tym w szczególności:

- a) prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE i innych,
- b) utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o dofinansowanie,
- c) bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów,
- d) opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów,
- e) działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami,

3. Monitoring i kontrola projektów, w tym w szczególności:

- a) monitorowanie i kontrola zgodności realizacji przedsięwzięć współfinansowanych z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych z zawartymi umowami i obowiązującym prawem,
- b) przekazywanie zainteresowanym komórkom organizacyjnym zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia,
- c) monitorowanie projektów w okresie ich trwałości,
- d) przygotowywanie sprawozdań do instytucji finansujących,
- e) współpraca z użytkownikami projektów,
- f) gromadzenie danych o zrealizowanych projektach,
- g) archiwizacja projektów zgodnie z wytycznymi UE,
- h) przygotowywanie informacji dla współpracujących jednostek organizacyjnych Szpitala.

II. W zakresie innych projektów strategicznych i innowacyjnych mających wpływ na rozwój Szpitala:

- 1. Udział w tworzeniu portfela kluczowych projektów i inicjatyw.
- 2. Organizowanie i koordynacja prac dla projektów i inicjatyw istotnych dla Szpitala.
- 3. Opracowywanie planów i harmonogramów realizacji dla projektów i inicjatyw.

4. Dbanie o terminową realizację poszczególnych etapów prac wynikających z opracowanych harmonogramów.
5. Nadzór nad prawidłowością i terminowością wykonywania zadań na każdym etapie realizacji oraz przestrzeganie ustalonych procedur wewnętrznych.
6. Uzgodnianie oraz kontrola budżetów w ramach realizowanych projektów i inicjatyw.
7. Identyfikacja problemów powstałych w trakcie realizacji zadań oraz formułowanie propozycji ich rozwiązania.
8. Współpraca z zaangażowanymi jednostkami wewnętrznymi i zewnętrznymi w zakresie zadań związanych z realizacją przydzielonych zadań o kluczowym znaczeniu dla Szpitala.
9. Współudział w opracowaniu procesów wynikających z prowadzonych projektów i inicjatyw.
10. Przygotowywanie zapotrzebowania na usługi, materiały i wyposażenia niezbędnego do wdrożenia projektów i inicjatyw.
11. Proponowanie działań wspomagających i usprawniających procesy.
12. Przygotowywanie regularnych raportów z postępów prac zespołów w ramach zarządzania portfelem kluczowych projektów i inicjatyw dla Szpitala.
13. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala przy wdrażaniu działań usprawniających procesy w zakresie digitalizacji i ich automatyzacji.
14. Gromadzenie informacji o zrealizowanych wdrożeniach.
15. Prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych dla realizowanych projektów, inicjatyw.
16. Przygotowywanie materiałów i koordynacja prac w zakresie opracowywania ofert do konkursów organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

### III. W obszarze badań klinicznych:

1. Koordynowanie prac związanych z negocjacją umów i realizacją badań klinicznych w Szpitalu.
2. Koordynowanie i monitorowanie sprawozdawczości dotyczącej realizowanych badań.
3. Bieżąca analiza w zakresie prawidłowości funkcjonowania oraz przygotowania odpowiednich wniosków, dotyczących usprawnienia realizacji badań klinicznych w poszczególnych jednostkach.
4. Opracowywanie i nowelizowanie regulaminu prowadzenia badań klinicznych oraz wszelkich aktów i załączników dotyczących badań klinicznych.
5. Prowadzenie nadzoru nad prawidłowością realizacji zawartych umów o prowadzenie badań klinicznych.
6. Prowadzenie rejestru napływających wniosków o podpisanie umów, dotyczących prowadzenia badań klinicznych w Szpitalu.
7. Prowadzenie rejestru wniosków, dotyczących prowadzenia eksperymentów medycznych i badań naukowych realizowanych na bazie Szpitala.
8. Ścisła współpraca z Przewodniczącym Zespołu ds. Badań Klinicznych odpowiedzialnym za opiniowanie wniosków.
9. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi (Uniwersytet Medyczny, Sponsorzy, inne ośrodki) w zakresie prowadzenia badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych.
10. Współpraca z Zespołem Radców Prawnych w zakresie negocjacji zapisów umów o badanie kliniczne.
11. Dokonywanie oceny ciężkich zdarzeń niepożądanych zgłaszanych w związku z prowadzonymi w Ośrodku badaniami.

12. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie powierzonych zadań.
13. Prowadzenie ewidencji umów na badania kliniczne.
14. Prowadzenie ewidencji faktur wystawianych w ramach prowadzonych badań klinicznych.
15. Nadzór nad prawidłowością merytoryczną wystawianych faktur za badania kliniczne.
16. Współpraca z Głównymi Badaczami, Sponsorami w trakcie umowy na badanie kliniczne.

## § 102

### DZIAŁ KONTROLINGU I ANALIZ

Do zadań Działu Kontrolingu i Analiz należy:

1. Pozyskiwanie informacji na temat wykonywanych procedur medycznych oraz wykonywanych usług niemiedycznych w ośrodkach Szpitala, prowadzenie komputerowej archiwizacji zebranych materiałów oraz analiza zebranych informacji.
2. Pozyskiwanie informacji na temat stopnia wykorzystania aparatury medycznej, wraz z prowadzeniem komputerowej archiwizacji zebranych materiałów.
3. Sporządzanie okresowych sprawozdań rzeczowo-finansowych określonych w przepisach wewnętrznych i zewnętrznych - na potrzeby kierownictwa Szpitala, komórek organizacyjnych Szpitala, Uniwersytetu Medycznego oraz innych organów zewnętrznych.
4. Opracowywanie planów poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala (oddziałów, poradni, zakładów).
5. Sporządzanie wstępnego projektu Planu finansowego dla Szpitala na dany rok kalendarzowy, przy współpracy z innymi komórkami Szpitala, oraz dokonywanie zmian w Planie w ciągu roku.
6. Sporządzanie rachunku ekonomicznego przy opracowywaniu wniosków na zakupy inwestycyjne,
7. Współpraca przy opracowywaniu projektów inwestycyjnych w zakresie ich efektywności i opłacalności.
8. Wycena realizowanych świadczeń zdrowotnych, w tym kalkulacja kosztów procedur medycznych, wraz z opracowaniem danych dotyczących należności za świadczenia medyczne.
9. Współpraca z innymi komórkami Szpitala przy opracowaniu ofert do konkursu na realizację świadczeń zdrowotnych.
10. Opracowywanie zasad kalkulacji i ewidencji kosztów prowadzonych zajęć dydaktycznych w obiektach SPSK Nr 1 w Lublinie ze studentami Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
11. Opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych, min. wykazu ośrodków kosztów, cenników, zasad rozliczania kosztów.
12. Ponadto pracownicy Działu Kontrolingu i Analiz w zakresie swoich prac winni wykonywać inne prace zlecone przez Kierownictwo Szpitala oraz współdziałać z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych im zadań.

## § 103

### DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy:

1. Prowadzenie spraw i koordynacja działań dotyczących organizacji postępowań o udzielanie zamówienia publicznego na rzecz Szpitala, realizowanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 29

stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych oraz jej aktów wykonawczych.

2. Realizacja postępowań w oparciu o zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala wniosek o rozpoczęcie postępowania przetargowego powyżej 30 000 EURO.
3. Udział w pracach Komisji Przetargowych i innych, do których pracownik został powołany.
4. Prowadzenie dokumentacji związanej z postępowaniem o zamówienia publiczne.
5. Właściwe zabezpieczenie i przechowywanie dokumentacji oraz ofert z już zakończonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z ustawą – Prawo zamówień publicznych oraz obowiązującymi w Szpitalu przepisami.
6. Przekazywanie do komórki merytorycznej Szpitala, rzeczowo odpowiedzialnej za zabezpieczenie potrzeb Szpitala oraz odpowiedzialnej za realizację w danym zakresie: mów zawartych w wyniku udzielania zamówienia publicznego – celem właściwej i terminowej ich realizacji oraz oceny zgodności jej realizacji,
7. Sporządzanie rocznych sprawozdań z zakresu udzielonych przez Szpital zamówień publicznych w danym roku kalendarzowym i przekazanie ich Urzędowi Zamówień Publicznych na zasadach określonych ustawą PZP.
8. Bieżące monitorowanie informacji udzielanych przez Urząd Zamówień Publicznych w zakresie stosowania ustawy – Prawo Zamówień Publicznych oraz stałe doskonalenie zawodowe.
9. Wykonywanie innych prac zleconych przez Kierownictwo Szpitala.
10. Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji ww. zadań.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Zamówień Publicznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 104

### DZIAŁ INFORMATYKI

Do zadań Działu Informatyki należy:

1. Planowanie w porozumieniu z właściwymi jednostkami organizacyjnymi, tworzenia nowych i rozbudowy istniejących systemów informatycznych.
2. Organizacja prac dotyczących tworzenia i rozbudowy systemów informatycznych.
3. Nadzór nad prawidłowością działania urządzeń sieciowych i sprzętu komputerowego.
4. Współpraca przy organizacji i zarządzaniu zasobami lokalnej sieci komputerowej.
5. Współpraca, wstępny instruktaż i pomoc w pracy użytkownikom oprogramowania ogólnoużytkowego i specjalistycznego.
6. Wykonywanie prac związanych z drobnymi naprawami sprzętu i adaptacjami oprogramowania.
7. Realizacja dostaw i usług związanych z komputeryzacją Szpitala, zakup sprzętu i oprogramowania zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30.000 EURO.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Informatyki określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## **§ 105**

### **PION GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO**

W pionie Głównego Księgowego znajduje się Dział Finansowo-Księgowy wraz z sekcjami :

- Sekcją Księgowości i Rozliczeń Materiałowych;
- Sekcją Inwentaryzacji .

## **§ 106**

### **DZIAŁ FINANSOWO-KSIĘGOWY**

#### **SEKCJA KSIĘGOWOŚCI I ROZLICZEŃ MATERIAŁOWYCH**

Do zadań Sekcji Księgowości i Rozliczeń Materiałowych w szczególności należy:

1. Prowadzenie księgowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Przyjmowanie oraz archiwizowanie dokumentacji księgowej w sposób zapewniający właściwe ewidencjonowanie operacji gospodarczych, ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala oraz zachowanie tajemnicy służbowej.
3. Przygotowywanie dokumentów finansowych oraz bankowych do zatwierdzenia, w tym ustalanie wartości w walutach obcych. Kontrola pod względem formalnym i rachunkowym.
4. Dekretacja i wprowadzanie do systemu informatycznego dokumentów księgowych.
5. Nadzór i kontrola księgowości analitycznej, uzgadnianie zapisów analitycznych z kontami syntetycznymi.
6. Prowadzenie rejestrów kasowych (bieżących, Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej, Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych), uzgadnianie sald.
7. Przyjmowanie wpłat i dokonywanie wypłat. Pobieranie gotówki z banku oraz organizowanie i zapewnienie bezpieczeństwa podczas transportu gotówki.
8. Obsługa bankowa, analiza stanu środków na rachunkach, sporządzanie przelewów, prowadzenie rejestrów bankowych, uzgadnianie sald.
9. Rozliczanie delegacji i innych wydatków dotyczących podróży służbowych.
10. Rozliczanie pracowników z pobranych zaliczek.
11. Przyjmowanie, wydawanie i ewidencja depozytów.
12. Przyjmowanie, odsyłanie, ewidencja gwarancji bankowych i zabezpieczeń należytego wykonania umowy.
13. Rejestr krajowych i zagranicznych rozrachunków z tytułu dostaw i usług, uzgadnianie sald.
14. Zapewnienie terminowego rozliczenia podatków, opłat i innych obciążeń z budżetu państwa. Ewidencja tych rozliczeń.
15. Zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń.
16. Prowadzenie korespondencji dotyczącej rozliczeń.
17. Uczestniczenie w rozliczaniu inwentaryzacji zapasów magazynowych. Uzgadnianie i sporządzanie różnic inwentaryzacyjnych, wyjaśnianie tych różnic.

18. Uczestnictwo w pracach Komisji Przetargowych, a w szczególności określanie warunków ekonomicznych do SIWZ, kontrola rachunkowa ofert, kontrola i ewidencja wadów, kontrola dokumentów finansowych, itp.
19. Opracowywanie wewnętrznych procedur i zarządzeń dotyczących zagadnień finansowych i księgowych.
20. Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych zadań.
21. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi (tj. Uniwersytet Medyczny, Ministerstwo Zdrowia, banki, ZUS, US, PFRON i inne).
22. Przygotowywanie materiałów do sprawozdań i kontroli na potrzeby jednostek wewnętrznych i zewnętrznych.
23. Sporządzanie okresowej i rocznej sprawozdawczości finansowej, w terminach określonych przepisami.

## SEKCJA INWENTARYZACJI

Do zadań Sekcji Inwentaryzacji w szczególności należy:

1. Prowadzenie ewidencji analitycznej środków trwałych, wyposażenia i wartości niematerialnych i prawnych będących własnością Szpitala, a także obcych środków trwałych użytkowanych w formie dzierżawy, użyczenia, leasingu, itp.
2. Naliczanie amortyzacji od środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych. Comiesięczne przekazywanie tych informacji do Sekcji Księgowości.
3. Uzgadnianie z Sekcją Księgowości wartościowego stanu środków trwałych, wyposażenia i wartości niematerialnych i prawnych.
4. Przyjmowanie oraz archiwizowanie dokumentacji księgowej w sposób zapewniający właściwe ewidencjonowanie operacji gospodarczych, ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala oraz zachowanie tajemnicy służbowej.
5. Współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie prawidłowej ewidencji środków trwałych oraz wyposażenia.
6. Sporządzanie harmonogramu inwentaryzacji rocznej, nadzór nad realizacją tego harmonogramu.
7. Ewidencja arkuszy spisów z natury.
8. Uczestniczenie w spisach z natury majątku trwałego i obrotowego Szpitala. Rozliczanie inwentaryzacji, uzgadnianie i sporządzanie różnic inwentaryzacyjnych, wyjaśnianie tych różnic.
9. Kompletowanie dokumentów do likwidacji środków trwałych i wyposażenia. Uczestniczenie w pracach Komisji Kasacyjnych.
10. Przygotowywanie materiałów do sprawozdań i kontroli na potrzeby jednostek wewnętrznych i zewnętrznych.
11. Sporządzanie okresowej i rocznej sprawozdawczości finansowej, w terminach określonych przepisami.

Szczegółowe zadania pracowników Sekcji Księgowości i Rozliczeń Materiałowych oraz Sekcji Inwentaryzacji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

Ponadto pracownicy Sekcji Księgowości i Rozliczeń Materiałowych oraz Sekcji Inwentaryzacji w zakresie swoich prac winni wykonywać inne prace zlecone przez Kierownictwo Szpitala oraz współdziałać z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych im zadań.

## § 107

### PION Z-CY DYREKTORA ds. INFRASTRUKTURY I INWESTYCJI

W pionie Z-cy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji znajdują się:

1. Dział Techniczno-Eksploatacyjny,
2. Dział Aparatury Medycznej,
3. Dział Administracyjno-Gospodarczy,
4. Zespół Realizacji Inwestycji Wieloletniej.

## § 108

### DZIAŁ TECHNICZNO - EKSPLOATACYJNY

Do zadań Działu Techniczno–Eksploatacyjnego należy:

1. Opracowanie planów inwestycyjno-remontowych obiektów Szpitala.
2. Przeprowadzanie remontów, modernizacji i inwestycji budynków i obiektów Szpitala poprzez organizowanie projektowania, wykonawstwa, nadzoru, rozliczeń, uzyskiwania zezwoleń na eksploatację i przekazywanie do eksploatacji po zakończonych remontach, modernizacjach, przebudowach, rozbudowach, budowach nowych obiektów.
3. Wnioskowanie związane z działalnością remontowo-modernizacyjną i inwestycyjną obiektów szpitalnych.
4. Prowadzenie czynności związanych z eksploatacją obiektów i budynków szpitalnych w zakresie przeglądów technicznych poprzez zlecenie prób pomiarów i ekspertyz z wyłączeniem instalacji gazowych i wentylacyjnych, elektrycznych, urządzeń elektroenergetycznych, zasilanych gazem, z wnioskowaniem i planowaniem, co do likwidacji zagrożeń uwidoczniionych podczas w/w przeglądów, pomiarów i ekspertyz.
5. Prowadzenie, ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentacji związanej z działami wymienionymi w pkt. 1-4 w szczególności: dokumentacji technicznej, książek obiektów.
6. Dział Techniczno – Eksploatacyjny pracuje zgodnie z przepisami obowiązującego prawa w tym zarządzeniami, poleceniami wewnętrznymi, w szczególności stosując przepisy:
  - ustawy z dnia 7 lipca 1994r. Prawo budowlane i przepisy wykonawcze z nią związane,
  - ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych,
  - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,
  - inne przepisy prawa związane z działalnością działu wymieniona w punktach 1-5.

7. Realizacja usług w zakresie projektowania, wykonywania ekspertyz, audytów energetycznych itp. zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości do 30.000 Euro.

Kierownik Działu Techniczno - Eksploatacyjnego nadzoruje i poprzez niżej wymienionych specjalistów zatrudnionych na stanowiskach samodzielnych realizuje zadania:

1. Starszy Specjalista ds. Remontów i Utrzymania Ruchu, oraz Inspektor Branży Elektrycznej koordynują i odpowiadają za:
  - organizację i nadzorują pracę zgodnie z przepisami jej prowadzenia oraz rozliczenie czasu pracy pracowników działu zatrudnionych na stanowiskach: ślusarz i elektryk,
  - rozliczanie faktur pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym za energię elektryczną, usługi telekomunikacyjne oraz dostawy materiałów,
  - koordynowanie prac konserwacyjnych w zakresie instalacji elektrycznych, urządzeń elektrycznych oraz budowlanych i mechanicznych,
  - nadzór merytoryczny nad umową związaną z usługami telekomunikacyjnymi,
  - nadzór nad pracami telekomunikacyjnymi, centralek, programowanie aparatów telefonicznych i aparatów fax, przenoszenie numerów telefonów,
  - nadzór nad konserwacją systemów oddymiających zainstalowanych w obiektach szpitalnych, naprawa wózków akumulatorowych, naprawa sprzętu AGD,
  - nadzór nad eksploatacją dźwigów oraz poprawnością funkcjonowania systemów telewizji dozorowej zainstalowanej w SPSK Nr 1,
  - dozór instalacji teletechnicznych i innych słaboprądowych, urządzeń elektroenergetycznych, dźwigów szpitalnych. okresowe pomiary i badania instalacji i urządzeń elektroenergetycznych, prowadzenie dokumentacji związanej z w/w,
  - rejestr zleceń naprawy, prace konserwacyjne i remonty bieżące sprzętu teletechnicznego,
  - zaopatrzenie w materiały branży elektrycznej zabezpieczające bieżącą eksploatację instalacji elektrycznej, którą prowadzi firma zewnętrzna,
  - prowadzenie kompleksowej dokumentacji związanej z dostawami i usługami obejmującej sporządzanie umów, przeprowadzenie procedury rozeznania rynku oraz wystawianie zleceń,
  - prowadzenie nadzoru merytorycznego nad pracami zewnętrznych podmiotów gospodarczych,
  - nadzór nad realizacją dostaw usług telekomunikacyjnych zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30.000 EURO.
2. Specjalista ds. Budownictwa koordynuje i odpowiada za:
  - organizację i nadzoruje pracę zgodnie z przepisami jej prowadzenia oraz rozliczenie czasu pracy pracowników działu zatrudnionych na stanowiskach: ślusarz, mistrz, malarz, stolarz.
  - koordynowanie prac konserwacyjnych w zakresie budowlanych i mechanicznych,
  - zaopatrzenie w materiały branży budowlanej niezbędne do napraw i konserwacji we wszystkich obiektach Szpitala,
  - konserwacje i drobne naprawy w branży budowlanej szczególnie w robotach stolarskich,
  - rozliczanie faktur za usługi budowlane i mechaniczne pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym,
  - prowadzenie kompleksowej dokumentacji związanej z dostawami i usługami obejmującej sporządzanie umów, przeprowadzenie procedury rozeznania rynku oraz wystawianie zleceń,
  - prowadzenie nadzoru merytorycznego nad pracami zewnętrznych podmiotów gospodarczych,



- koordynowanie i nadzór nad pracami związanymi z wykonaniem planów zamówień publicznych i harmonogramów przeglądów branży budowlanej i mechanicznej,
  - rozliczanie faktur pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym faktur za usługi oraz dostawy materiałów,
  - wystawienie zleceń na wykonywanie napraw, konserwacji i usług do firm zewnętrznych oraz ich rozliczanie.
3. Specjalista Branży Sanitarnej oraz Inspektor ds. Instalacji Sanitarnych i Gazów Medycznych koordynują i odpowiadają za:
- organizację i nadzoruje pracę zgodnie z przepisami i jej prowadzenie oraz rozliczenie czasu pracy pracowników działu zatrudnionych na stanowiskach konserwatorów: gazów medycznych i instalacji sanitarnych, monter urządzeń i instalacji sanitarnych,
  - zaopatrzenie Szpitala w podstawowe media techniczne takie jak woda, energia cieplna, para technologiczna, gaz ziemny, odprowadzanie ścieków, wentylacja mechaniczna i grawitacyjna z klimatyzacją,
  - zapewnienie dyżurów całodobowych nad instalacjami związanymi z gromadzeniem, wytwarzaniem i dystrybucją gazów medycznych,
  - pracę urządzeń wymiennikowni ciepła, wytwornic pary, hydroforni, szpitalnego ujęcia wody, stacji redukcyjnych gazu ziemnego i kuchni szpitalnej,
  - konserwację i drobne remonty w/w instalacji i urządzeń,
  - zaopatrzenie w materiały branży sanitarnej niezbędne do napraw i konserwacji we wszystkich obiektach szpitala,
  - prawidłową realizację zawartych umów z firmami zewnętrznymi,
  - nadzór nad realizacją dostaw artykułów technicznych, energii cieplnej, gazów medycznych oraz usług przeglądowo – konserwatorskich urządzeń zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30.000 EURO.
4. Referent (dyspozytor) odpowiada za:
- przyjmuje zgłoszenia telefoniczne, elektroniczne, ustne lub na piśmie o występujących awariach, usterkach lub planowanych pracach związanych z eksploatacją budynków, sieci, instalacji urządzeń technicznych, aparatury i sprzętu medycznego, urządzeniach elektroenergetycznych oraz przekazuje przyjęte zgłoszenia pracownikom lub osobom kierującym poszczególnymi brygadami.
  - prowadzenie ksiąg obiektu budowlanego zgodnie z art. 64 ustawy z dnia 7.VII.1994 r. Prawo budowlane i aktualnymi przepisami szczegółowymi wydanymi w tej sprawie,
  - prowadzenie dokumentacji związanej z okresowymi kontrolami elementów budynków, budowli i instalacji zgodnie z art. 62 cytowanej wyżej ustawy z odpowiedzialnością za terminowość ich przeprowadzania,
  - posiadanie, gromadzenie, przechowywanie, ewidencjonowanie i uaktualnianie dokumentacji technicznej wszystkich obiektów, budynków i budowli szpitalnych w tym projektów powykonawczych lub inwentaryzacyjnych,
  - prowadzenie rejestru zleceń, umów i postępowań o zamówienia publiczne,
  - prowadzenie dziennika podawczego (rejestr pism wchodzących i wychodzących do działu TT) z przechowywaniem, segregacją i archiwizacją dokumentów,
  - terminowe przekazywanie do działu EF wszelkich faktur opisanych i zatwierdzonych przez odpowiednich pracowników działu technicznego,

- prowadzenie całości spraw wynikających z uprawnień Szpitala jako Zamawiającego w okresie rękojmi za wady i w okresie gwarancji udzielanych przez wykonawców, usługodawców lub dostawców na podstawie umów i zleceń rejestrowanych w Dziale Techniczno - Eksploatacyjnym (TT); dotyczy to przede wszystkim terminowego prowadzenia przeglądów gwarancyjnych, egzekwowania uprawnień Szpitala w zakresie usuwania wad i usterek w okresie rękojmi i gwarancji oraz przechowywania kwot zabezpieczenia należytego wykonania umowy,
- udział w komisjach odbioru końcowego robót, usług lub dostaw, komisjach przetargowych, przeglądów technicznych i oceny stanu technicznego budynków, obiektów lub ich elementów oraz innych organizowanych przez DT,
- bieżące rozliczanie wykonawców za zużyte media techniczne, zgodnie z umowami zawartymi przez Szpital, w tym terminowe wystawianie faktur wraz z prowadzeniem ich ewidencji.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Techniczno – Eksploatacyjnego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 109

### DZIAŁ APARATURY MEDYCZNEJ

Do zadań Kierownika Działu Aparatury Medycznej należy:

Kierownik Działu nadzoruje i poprzez niżej wymienionych pracowników zatrudnionych na stanowiskach realizuje zadania:

1. Referent odpowiada za:

- prowadzenie rejestru zleceń, umów i postępowań o zamówienia publiczne,
- prowadzenie dziennika podawczego (rejestr pism wchodzących i wychodzących do działu TA) z przechowywaniem, segregacją i archiwizacją dokumentów,
- organizację i nadzór pracy zgodnie z przepisami jej prowadzenia oraz rozliczenie czasu pracy pracowników działu zatrudnionych na stanowisku: elektronik,
- nadzór nad sprawną i bezpieczną pracą urządzeń i aparatury medycznej,
- konserwację i drobne naprawy aparatury i sprzętu medycznego,
- prawidłową realizację umów zawartych na dostawy, konserwację i naprawy sprzętu medycznego przez firmy zewnętrzne,
- wykonanie planowych przeglądów aparatury medycznej wraz z wpisami do paszportów,
- zaopatrzenie w materiały niezbędne do napraw i konserwacji sprzętu medycznego,
- prowadzenie ewidencji aparatury medycznej,
- nadzór nad realizacją dostaw usług przeglądowo-konserwatorskich urządzeń i aparatury zgodnie z regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30.000 EURO.
- przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych, elektronicznych, ustnych lub na piśmie o występujących awariach, usterkach lub planowanych pracach związanych z eksploatacją aparatury i sprzętu medycznego oraz przekazuje przyjęte zgłoszenia pracownikom.

- terminowe przekazywanie do działu EF wszelkich faktur opisanych i zatwierdzonych przez odpowiednich pracowników działu technicznego,
- udział w komisjach przetargowych oraz w komisjach odbioru końcowego dostaw aparatury i sprzętu medycznego.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Aparatury Medycznej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 110

### DZIAŁ ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZY

Do zadań Kierownika Działu Administracyjno-Gospodarczego należy:

1. Koordynowanie, kontrolowanie, organizowanie i planowanie prac jednostek podległych zgodnie z obowiązującym stanem prawnym tj.:
  - Sekcja Administracyjno-Gospodarcza
  - Sekcja Porządkowa
  - Sekcja Transportowa
2. W wykonaniu obowiązków przestrzeganie zarządzeń wewnętrznych Dyrektora SPSK1 oraz pełnienie nadzoru nad ich rzetelną i efektywną realizacją w zakresie kompetencji Działu. Zobowiązany jest przestrzegać przepisy bhp, p.poż, a także dochowania tajemnicy służbowej wymaganej na stanowisku.
3. W zakresie szczegółowych obowiązków zobowiązany jest m.in. do:
  - prowadzenia ewidencji wszelkiej korespondencji Działu Administracyjno-Gospodarczego,
  - nadzoru i kontroli zabezpieczenia majątku szpitala, stanu sanitarno-higienicznego szpitala i jego bezpośredniego otoczenia oraz p.poż.
  - nadzoru, koordynacji i kontroli pracy podległego personelu,
  - nadzoru nad terminowym załatwianiem całokształtu spraw związanych z umowami najmu i dzierżawy,
  - nadzoru nad prawidłowością przebiegu zleconych usług pralniczych,
  - gospodarki odpadami szpitalnymi (wywóz oraz ich utylizacja),
  - racjonalnej gospodarki środkami transportu szpitalnego,
4. Sporządzanie planów oraz sprawozdań- okresowych i bieżących- dotyczących Działu
5. Sporządzanie i weryfikacja planów zakupów zamówień publicznych dla potrzeb Szpitala na podstawie złożonych zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
6. Sporządzanie analiz, zestawień i zapotrzebowań materiałowych oraz wniosków niezbędnych do dokonania zakupu towaru dla zapewnienia prawidłowej pracy i ciągłości pracy komórek organizacji Szpitala,
7. Przedkładanie Dyrekcji wniosków- w terminie uwzględniającym niezbędny czas do wydania decyzji oraz przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i/lub dokonania zakupu.
8. Przedstawianie wniosków w sprawie przyjmowania, zwalniania, awansowania, wynagradzania podległych pracowników

## SEKCJA ADMINISTRACYJNO-GOSPODARCZA

Do zadań Sekcji Administracyjno-Gospodarczej należy:

1. Prowadzenie ewidencji korespondencji Działu Administracyjno-Gospodarczym
2. Nadzór i kontrola zabezpieczenia majątku Szpitala.
3. Nadzór i kontrola stanu sanitarno-higienicznego bezpośredniego otoczenia Szpitala (posesje).
4. Udział w pracach kasacyjnych majątku szpitala.
5. Nadzór nad terminowymi opłatami podatku od nieruchomości.
6. Nadzór nad terminowym i prawidłowym rozliczaniem rachunków w zakresie usług gospodarczych (m. in. plastycznych, tapicerskich, telefonii komórkowej, pralniczych, usług DDD, ochroniarskich, wycinki drzew, wywozu nieczystości i odpadów medycznych, napraw i konserwacji żaluzji oraz przeglądów ppoż.).
7. Zawieranie umów na usługi gospodarcze i ich rozliczanie.
8. Nadzór nad terminową realizacją spraw związanych z umowami najmu i dzierżawy.
9. Realizacja usług gospodarczych zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30 000 EURO.
10. Gospodarka odpadami komunalnymi i medycznymi.
11. Udział w kontrolach (m. in.: SANEPID, PIP).
12. Realizacja zadań związanych z pochówkiem martwo urodzonych dzieci (współpraca z MOPS).
13. Realizacja zadań związanych z darowiznami środków trwałych (innych niż sprzęt medyczny i aparatura) dla Szpitala.
14. Wystawianie faktur sprzedażowych w ramach zagadnień realizowanych w Dziale Administracyjno-Gospodarczym.
15. Obsługa i koordynacja pracy portierni szpitalnych.
16. Obsługa i koordynacja pracy magazynu bielizny szpitalnej.

## SEKCJA PORZĄDKOWA

Do zadań Sekcji Porządkowej należy:

1. Prowadzenie ewidencji korespondencji Sekcji Porządkowej.
2. Nadzór i kontrola stanu sanitarno-higienicznego Szpitala (powierzchnie wewnętrzne).
3. Nadzór nad terminowym i prawidłowym rozliczaniem rachunków w zakresie usług porządkowych związanych z utrzymaniem czystości.
4. Zawieranie umów na usługi porządkowe i ich rozliczanie.
5. Realizacja usług porządkowych zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30 000 EURO.
6. Udział w kontrolach (m. in.: SANEPID, PIP).

## SEKCJA TRANSPORTOWA

Do zadań Sekcji Transportowej należy:

1. Racjonalna gospodarka środkami transportu szpitalnego i nadzór nad prawidłowym wykorzystywaniem transportu szpitalnego.

2. Prowadzenie rejestru zgłoszeń wyjazdów karetek szpitalnych oraz sprawozdawczości z zakresu zrealizowanego transportu sanitarnego szpitalnego i obcego.
3. Prowadzenie rejestru zleceń dla konwojentów oraz kierowców samochodów szpitalnych.
4. Realizacja usług transportowych zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 30 000 EURO.
5. Zawieranie umów na usługi transportu, dotyczących m. in.:
  - napraw, przeglądów i mycia samochodów szpitalnych,
  - dostawy paliwa,
  - transportu zwłok.
6. Transport zaopatrzenia farmaceutycznego, medycznego, gospodarczego oraz bielizny (brudnej i czystej) do poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala.
7. Transport hospitalizowanych pacjentów szpitala na badania i konsultacje lekarskie, transport do miejsca zamieszkania, a także z miejsc zamieszkania do szpitala.
8. Transport posiłków do poszczególnych klinik szpitalnych.
9. Wewnętrzny transport mebli oraz realizacja przeprowadzek poszczególnych komórek organizacyjnych.
10. Transport sprzętu medycznego i gospodarczego „do i z” naprawy.
11. Składanie wniosków w zakresie ubezpieczenia pojazdów szpitalnych.
12. Udział w kontrolach (m. in. :SANEPID, PIP).

## § 111

### ZESPÓŁ REALIZACJI INWESTYCJI WIELOLETNIEJ

Zespół odpowiedzialny jest bezpośrednio przed Z-cą Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji Szpitala za działania związane z realizacją Programu Wieloletniego.

Do zadań Zespołu Realizacji Inwestycji Wieloletniej należy:

1. przygotowanie realizacji inwestycji,
2. prowadzenie, ewidencjonowanie, przechowywanie dokumentacji oraz gromadzenie danych niezbędnych do realizacji Programu Wieloletniego (umowy, harmonogramy, protokoły, faktury itp.),
3. wdrożenie, monitorowanie i nadzór nad przebiegiem realizacji inwestycji,
4. weryfikacja harmonogramu rzeczowo-finansowego realizacji inwestycji,
5. przygotowanie raportów z realizacji inwestycji dla Ministerstwa Zdrowia,
6. współudział w opracowaniu planu inwestycyjnego w zakresie inwestycji budowlanych dla Szpitala,
7. organizacja okresowych spotkań i konsultacji z Kierownikiem jednostki na temat oceny przebiegu realizacji Programu i możliwości wystąpienia zagrożeń.
8. Zespół współpracuje bezpośrednio z Głównym Księgowym Szpitala oraz innymi działami Szpitala w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji inwestycji.
9. Kierownik Projektu nadzoruje i realizuje zadania związane z Programem Wieloletnim poprzez niżej wymienionych specjalistów zatrudnionych na stanowiskach samodzielnych:
  - Inspektor nadzoru branży budowlanej
  - Inspektor nadzoru branży sanitarnej

- Inspektor nadzoru branży elektrycznej i teletechnicznej

- Inspektor nadzoru ds. administracji i dokumentacji

10. Do zadań ww. inspektorów należy:

1) planowanie zadań inwestycyjnych,

2) przygotowywanie założeń projektowych do dokumentacji technicznej dotyczącej zadań inwestycyjnych,

3) przygotowywanie i pozyskiwanie dla celów projektowych właściwych decyzji i warunków zabudowy, niezbędnych dla realizacji zadań inwestycyjnych,

4) przygotowywanie niezbędnych materiałów do postępowań przetargowych, których uczestnikiem jest Zespół Realizacji Inwestycji Wieloletniej,

5) ocena i odbiór dokumentacji technicznej przygotowywanej przez podmioty zewnętrzne,

6) nadzorowanie budowy w takich odstępach czasu, aby zapewnić pełną skuteczność tego nadzoru oraz systematyczne zapoznawanie się z wpisami do dziennika budowy i udzielanie odpowiedzi lub wyjaśnień,

7) współpraca z właściwymi komórkami inwestora w zakresie opiniowania programów organizacyjno-użytkowych, założeń techniczno-ekonomicznych, projektów budowlanych oraz dokumentacji przetargowej dla konkretnych zadań, (z uwzględnieniem istotnych warunków zamówienia), na których specjalista sprawować ma nadzór inwestorski,

8) współdziałanie na budowie z nadzorem technicznym wykonawcy, a w razie ustanowienia nadzoru autorskiego dla danej budowy – także z przedstawicielem tego nadzoru,

9) uczestnictwo w posiedzeniach KOPI, dotyczących nadzorowanego zadania,

10) powiadomienie bezpośredniego przełożonego i przygotowanie stosownego wystąpienia inwestora do właściwego organu nadzoru budowlanego w przypadku stwierdzenia naruszenia przez wykonawcę prawa budowlanego, warunków określonych w pozwoleniu na budowę lub dopuszczenie do rażących nieprawidłowości bądź uchybień technicznych powodujących zagrożenie dla obiektu budowlanego, jeżeli nie zostaną usunięte w wyznaczonym terminie,

11) uczestniczenie w pracach komisji przeprowadzającej próby techniczne poszczególnych urządzeń, instalacji oraz w komisji dokonującej rozruchu całego obiektu,

12) sprawdzenie sporządzonych przez wykonawcę robót, protokołów odbioru wykonanych robót i wystawionych na ich podstawie faktur, uwzględniając postanowienia umowne dotyczące częstotliwości fakturowania,

13) sprawdzenie i potwierdzenie zapisów dokonywanych przez kierownika budowy lub robót w książce obmiarów, w przypadku ustalenia w umowie z wykonawcą wynagrodzenia w innej formie niż ryczałt,

14) rozliczenie robót wykonywanych przy użyciu materiałów powierzonych przez inwestora, pod względem materiałowym przed końcowym odbiorem robót oraz dopilnowanie zwrotu przez wykonawcę do magazynu inwestora materiałów niewykorzystanych na budowie,

15) nadzór nad przygotowaniem robót i obiektów do odbioru końcowego i rozliczenia, zgromadzenie i przygotowanie stosownie do charakteru i zakresu robót:

16) sprawdzenie po zgłoszeniu przez wykonawcę gotowości do odbioru,

17) powiadomienie o zakończeniu budowy obiektu budowlanego, na wykonanie którego ustawa przewiduje obowiązek uzyskania pozwolenia na budowę, na co najmniej 21 dni przed zamierzonym przystąpieniem do jego użytkowania (art. 54 Prawa budowlanego), właściwego organu,

18) udział w pracach komisji odbiorowej,

- 19) zapewnienie sprawnego przyjęcia i przekazania realizowanej inwestycji w użytkowanie,
- 20) odnotowanie w dzienniku budowy wyniku końcowej oceny jakości robót oraz numeru i daty sporządzenia protokołu odbioru i przyjęcia inwestycji do eksploatacji (użytkowania),
- 21) po przyjęciu inwestycji do użytkowania skompletowanie dokumentacji powykonawczej i przekazanie jej Działowi Techniczno-Eksploatacyjnemu,
- 22) prowadzenie rejestru zleceń, umów i postępowań o zamówienia publiczne,
- 23) prowadzenie dziennika podawczego (rejestr pism wychodzących i przychodzących do Zespołu Realizacji Inwestycji) z przechowywaniem, segregacją i archiwizacją dokumentów,
- 24) terminowe przekazywanie wszelkich faktur opisanych i zatwierdzonych przez odpowiednich pracowników Zespół Realizacji Inwestycji,
- 25) udział w komisjach odbioru końcowego robót, usług lub dostaw, przeglądów technicznych i oceny stanu technicznego budynków, obiektów lub ich elementów oraz innych organizowanych przez Zespół Realizacji Inwestycji,
- 26) udział w komisjach przetargowych dotyczących realizacji zadań Zespołu Realizacji Inwestycji,
- 27) przygotowywanie i pozyskiwanie, dla celów projektowych, właściwych decyzji i warunków zabudowy, niezbędnych dla realizacji zadań inwestycyjnych,
- 28) uzgadnianie z właściwymi komórkami Szpitala oraz w razie potrzeby z komórkami Uniwersytetu Medycznego spraw dotyczących planowania i rozliczania zadań inwestycyjnych prowadzonych przez Zespół Realizacji Inwestycji,
- 29) przygotowywanie i przekazywanie właściwym komórkom wniosków, harmonogramów i sprawozdań dotyczących zadań inwestycyjnych prowadzonych przez Zespół Realizacji Inwestycji,
- 30) prowadzenie obsługi administracyjnej i zaopatrzenia technicznego Zespołu Realizacji Inwestycji.

Szczegółowe zadania pracowników Zespołu Realizacji Inwestycji Wieloletniej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 112

### NACZELNA PIEŁĘGNIARKA

Naczelną Pielęgniarkę podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

Do podstawowych zadań Naczelnej Pielęgniarki należy:

1. zapewnienie sprawności w procesie organizowania i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej i położniczej w Szpitalu;
2. nadzór, kontrola i koordynowanie pracy pielęgniarek i położnych oraz innego średniego i niższego personelu;
3. koordynowanie wykonywania zadań przez Pielęgniarki Oddziałowe i Pielęgniarkę Społeczną;
4. koordynowanie zadań związanych z promocją zdrowia oraz programami profilaktycznymi realizowanymi w Szpitalu;
5. rozpatrywanie skarg na działalność personelu medycznego i współpraca w tym zakresie z Rzecznikiem Praw Pacjenta;

6. współpraca z administracją Szpitala w zakresie realizacji zadań zleconych firmom zewnętrznym, w szczególności dotyczących utrzymania czystości i prania
7. udział w działaniach na rzecz zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych;
8. planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań;
9. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital;
10. analiza potrzeb w zakresie zatrudnienia personelu pielęgniarskiego i dostosowanie liczby zatrudnionych do realizowanych zadań.
11. nadzór nad Działem Żywienia;
12. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora;

Szczegółowe zadania Naczelnej Pielęgniarki określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

### **§ 113**

W pionie Naczelnej Pielęgniarki są:

1. Z-ca Naczelnej Pielęgniarki
2. Pielęgniarki Oddziałowe w Klinikach i Pielęgniarki w Poradniach
3. Pielęgniarka Społeczna
4. Stanowisko ds. Socjalnych Pacjentów
5. Dział Żywienia.

### **§ 114**

#### **Z-CA NACZELNEJ PIELĘGNIARKI**

Do zadań Z-cy Naczelnej Pielęgniarki należy:

1. Zapewnienie realizacji kompleksowych świadczeń przez pielęgniarki i położne w opiece nad pacjentem.
2. Systematyczne monitorowanie, analizowanie i ocenianie jakości opieki pielęgniarskiej i położniczej, stosowania metod pracy, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy.
3. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej i położniczej poprzez elastyczną rotację kadr odpowiednio do faktycznego zapotrzebowania na opiekę.
4. Opracowanie i wdrażanie standardów pielęgnowania.
5. Systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską.
6. Organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgniarskiego.
7. Wdrażanie programów Promocji Zdrowia.
8. Poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych.
9. Nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej nowych pracowników.
10. Ustalanie planu szkoleń personelu pielęgniarskiego w porozumieniu z pielęgniarkami oddziałowymi.



11. Planowanie rozwoju zawodowego podległego personelu.
12. Uczestniczenie w odprawie kierowniczej kadry pielęgniarskiej i innych spotkaniach powołanych w celu sprawniejszej realizacji wytyczonych zadań.
13. Rozpatrywanie skarg i wniosków składanych przez podległy personel, współpracowników i pacjentów.
14. Współpraca z bezpośrednim przełożonym, z kierownictwem szpitala, kierownictwem kliniki oraz kierownikami innych działów i służbami pomocniczymi.

Szczegółowe zadania Z-cy Naczelnej Pielęgniarki określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 115

### PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWE/ KIEROWNICY PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO/ POŁOŻNICZEGO

Do zadań Pielęgniarki Oddziałowej/Kierownika Personelu Pielęgniarskiego lub Położniczego należy:

1. Zapewnienie kompleksowego, całodobowego świadczenia pielęgniarskiego nad pacjentem.
2. Stwarzanie warunków organizacyjno – technicznych do wykonywania zadań w Klinice.
3. Organizowanie pracy personelu średniego i pomocniczego poprzez właściwe planowanie i rozmieszczanie personelu ( grafiki, urlopy, rotacje w obrębie kliniki).
4. Rozliczanie czasu pracy podległego personelu
5. Systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską.
6. Organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgniarskiego.
7. Monitorowanie, ocenianie i analizowanie jakości procesu pielęgowania.
8. Poszukiwanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych.
9. Stwarzanie warunków do prawidłowej adaptacji pacjentów w Klinice.
10. Uczestniczenie w procesie pielęgowania (udział w ustalaniu problemów pielęgnacyjnych poszczególnych pacjentów i realizacji opieki pielęgniarskiej).
11. Zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania zabiegów diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych.
12. Prowadzenie bieżącej kontroli wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń i ocenianie wyników postępowania pielęgnacyjnego.
13. Czuwanie nad prawidłowym przebiegiem procedur medycznych i higienicznych przez podległy personel w oddziale.
14. Nadzorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego w Klinice oraz przestrzegania przez podległy personel obowiązujących procedur i przepisów.
15. Przeprowadzanie okresowej kontroli na dyżurach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy w zakresie zadań wykonywanych przez podległy jej personel
16. Przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu.
17. Prowadzenie stanowiskowego szkolenie z zakresu BHP.
18. Prowadzenie adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników zgodnie z przyjętym programem.
19. Prowadzenie zebrań i szkoleń wewnątrzoddziałowych w klinice.

20. Organizowanie i wpływanie na prawidłową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia wśród pacjentów i ich rodzin.
21. Analizowanie poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń.
22. Nadzorowanie utrzymania w sprawności technicznej narzędzi, sprzętu i aparatury niezbędnej do wykonywania zabiegów diagnostycznych i pielęgnacyjno- leczniczych oraz pierwszej pomocy.
23. Nadzorowanie właściwego zabezpieczenia, przechowywania i przygotowywania leków i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi procedurami i standardami w SPSK Nr 1.
24. Współpraca z bezpośrednim przełożonym, z kierownictwem szpitala, kierownictwem kliniki oraz kierownikami innych działów i służbami pomocniczymi.

Szczegółowe zadania Pielęgniarek Oddziałowych w Klinikach/Kierowników Personelu Pielęgniarskiego/ Położniczego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 116

### PIELĘGNIARKA SPOŁECZNA

Do zadań Pielęgniarki Społecznej należy:

1. Pomoc pacjentom w trudnych sytuacjach życiowych w zapewnieniu właściwej opieki poszpitalnej.
2. Współpraca z ośrodkami pomocy społecznej (MOPS, GOPS, domy pomocy społecznej, schroniska dla bezdomnych, noclegownie itp.) oraz innymi instytucjami.
3. Współpraca z pracownikami socjalnymi Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.
4. Współpraca z ośrodkiem Adopcyjno- Opiekuńczym.
5. Umożliwienie odbycia pogoju samotnym matkom po wypisie ze szpitala w Domu Samotnej Matki.
6. Współpraca z Sądem Rejonowym- Wydziałem Rodzinnym i Nieletnich.
7. Współpraca z Domem Dziecka, Pogotowiem Opiekuńczym.
8. Pomoc pacjentowi/ rodzinie w zapewnieniu usług opiekuńczych oraz umieszczeniu potrzebujących w zakładach opiekuńczo- leczniczych.
9. Pomoc w uzyskaniu przez pacjenta zasiłku stałego/ okresowego.
10. Załatwianie formalności związanych z ubezpieczeniem pacjenta samotnego, bezdomnego, bezrobotnego.
11. Ułatwienie pacjentom kontaktu z rodziną.
12. Przekazywanie pacjenta pod opiekę placówek podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia dalszej opieki lekarskiej i pielęgnarskiej.
13. Sporządzanie sprawozdania z prowadzonej działalności w zakresie spraw społecznych pacjentów.
14. Współpraca z bezpośrednim przełożonym, Pielęgniarkami Oddziałowymi Klinik oraz kierownikami innych działów i służbami pomocniczymi.

Szczegółowe zadania Pielęgniarki Społecznej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 117

### STANOWISKO DS. SOCJALNYCH PACJENTÓW

Do zadań osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. Socjalnych Pacjentów należy:

- 1.Przeprowadzanie wywiadów z pacjentami oraz ich rodzinami w celu rozpoznania ich warunków socjalno - bytowych oraz sytuacji po zakończeniu hospitalizacji.
- 2.Zbieranie informacji od służb socjalnych na temat funkcjonowania pacjenta i jego rodziny w środowisku.
- 3.Utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną pacjenta podczas jego hospitalizacji.
- 4.Współpraca z lekarzami, pielęgniarkami i innymi członkami zespołów terapeutycznych.
- 5.Udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych, Domów Pomocy Społecznej i Środowiskowych Domów Samopomocy.
6. Wyszukiwanie zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najkrótszy okres oczekiwania na świadczenia.
- 7.Kompletowanie dokumentów dotyczących umieszczenia pacjenta w wyżej wymienionych placówkach.
- 8.Udzielanie pomocy bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach i ośrodkach wsparcia).
- 9.Podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z policją, ośrodkami pomocy społecznej, strażą miejską).
- 10.Informowanie o możliwości pozyskania świadczeń pieniężnych z innych instytucji.
- 11.Występowanie do powiatowych zespołów ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności z wnioskiem o ustalenie stopnia niepełnosprawności lub o przyśpieszenie w rozpatrzeniu wniosku.
- 12.Występowanie do ośrodków pomocy społecznej o przyznanie zasiłków stałych, okresowych i celowych oraz usług opiekuńczych.
- 13.Pomoc w uzyskaniu ubezpieczenia zdrowotnego pacjentom nieubezpieczonym.
- 14.Informowanie o możliwościach korzystania przez pacjenta z dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, likwidacji barier architektonicznych.
- 15.Udzielanie informacji kobietom chcącym pozostawić dzieci w Szpitalu o możliwości korzystania z ośrodków wsparcia w miejscu zamieszkania.
- 16.Współpraca z ośrodkami adopcyjnymi w przypadku pozostawienia przez matkę noworodka w Szpitalu.

Szczegółowe zadania osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. Socjalnych Pacjenta określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 118

### DZIAŁ ŻYWIENIA

Do zadań Kierownika Działu Żywienia należy koordynacja i nadzór nad pracą podległych Sekcji:

- Sekcji Dietetyki i Żywienia,
- Kuchni,

– Magazynu Żywnościowego.

Do zadań Działu Żywienia należy:

1. Wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej diety i higieny żywienia oraz koordynowanie pracy poszczególnych komórek Szpitala współdziałających w żywieniu chorych.
2. Opracowywanie planów zaopatrzenia szpitala w artykuły żywnościowe niezbędne do przygotowywania posiłków dla chorych hospitalizowanych w Szpitalu.
3. Opracowywanie jadłospisów dekadowych dla chorych zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia. Kontrola wartości odżywczej.
4. Sporządzanie zamówień na zakup żywności zgodnie z zaakceptowanymi przez Dyrektora potrzebami i umowami.
5. Przyjmowanie i wydawanie przez Magazyn Żywnościowy artykułów spożywczych zgodnie z procedurą „Procedura dokonywania zakupów i gospodarki magazynowej w Magazynie Żywnościowym w SPSK Nr 1”.
6. Kontrola jakości przyjmowanych artykułów żywnościowych.
7. Nadzorowanie ekspedycji posiłków do poszczególnych klinik i oddziałów zgodnie z procedurą; „Procedura dotycząca ekspedycji posiłków z Kuchni Szpitalnej do oddziałów w SPSK Nr 1”.
8. Udzielanie porad żywieniowych przez dietetyczki pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu na zlecenie lekarza prowadzącego.
9. Prowadzenie rejestru faktur zakupionych towarów oraz ewidencja realizacji umów zawartych z wykonawcami.
10. Przestrzeganie Regulaminów i Zarządzeń Wewnętrznych oraz wykonywanie wszystkich poleceń Dyrektora i jego zastępców nie ujętych w zakresie obowiązków pracownika a związanych z jego pracą.
11. Realizacja zakupów artykułów żywnościowych zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych polskich równowartości kwoty 30.000 EURO.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Żywienia określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## **KARTA PRAW PACJENTA**

### **I. Prawa człowieka a funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej**

1. Każdy ma prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej.
2. Każdy ma prawo do samo decydowania.
3. Każdy ma prawo do poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poczucia bezpieczeństwa swojej osoby.
4. Każdy ma prawo do poszanowania swojej prywatności.
5. Każdy ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz do poszanowania swoich przekonań religijnych i filozoficznych.
6. Każdy ma prawo do bezpiecznych świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

### **II. Prawo do informacji**

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, udostępnianej w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym.
2. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.
3. Pacjent ma prawo do przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Po uzyskaniu informacji, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.
4. Lekarz może udzielać informacji, o której mowa w pkt. 3 innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
5. Pacjent ma prawo, dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie.
6. Pacjent ma prawo zażądać skorygowania, uzupełnienia, usunięcia, wyjaśnienia i/lub uaktualnienia dotyczących go osobistych i medycznych danych, które są niedokładne, niekompletne, dwuznaczne lub nieaktualne albo nieodpowiednie dla potrzeb rozpoznania, leczenia lub opieki. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji w pełnym zakresie.
7. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, z wyjątkiem sytuacji określonych w odpowiednich przepisach prawa.
8. Tajemnica, o której mowa w pkt. 5 obowiązuje również po śmierci pacjenta.
9. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeśli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Jeżeli życzeniem pacjenta jest zapoznanie się z pełną informacją o złym rokowaniu – ma do tego prawo.
10. Informacja powinna być przekazana w sposób odpowiadający zdolności rozumienia pacjenta, przy jak najmniejszym użyciu niezrozumiałej technicznie terminologii. Jeżeli pacjent nie mówi po polsku, należy umożliwić tłumaczenie.

11. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielał mu informacji, o której mowa w pkt. 3.
12. Pacjent ma prawo wskazać, kto, jeżeli w ogóle ktokolwiek, ma być informowany w jego imieniu.
13. Pacjent ma prawo w każdej chwili do cofnięcia udzielonego innej osobie upoważnienia do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia i o udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wglądu do dokumentacji medycznej.
14. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.
15. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielająca mu świadczeń zdrowotnych pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
16. Pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
17. W momencie przyjmowania do zakładu opieki zdrowotnej pacjent powinien poznać z imienia osoby, które będą odpowiedzialne za opiekę nad nim, uzyskać informacje o ich statusie zawodowym, a także zapoznać się z przepisami i zwyczajami, które będą kształtować jego pobyt i leczenie.
18. Pacjent ma prawo do bezpłatnego otrzymania orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, jeśli są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy oraz innymi sytuacjami przewidzianymi w odpowiedniej ustawie.

### **III. Prawo do wyrażania zgody na zabiegi i leczenie**

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w części II pkt. 3.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Zgoda może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.
3. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgoda, o której mowa w pkt. 2 musi być wyrażona w formie pisemnej. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w części II pkt. 3.
4. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.
5. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na piśmie zgodę na udział w eksperymencie medycznym do celów naukowych, po uprzednim uzyskaniu informacji o celach, sposobach i warunkach przeprowadzania przedmiotowego eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.
6. Pacjent ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do pobrania z jego zwłok tkanek, narządów i komórek.

W przypadku możliwości zastosowania alternatywnych sposobów leczenia lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, zaś pacjent ma prawo decydowania o wyborze jednego z nich.

#### **IV. Prawo do intymności i poszanowania godności**

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej, w szczególności w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do tego, aby przy udzielaniu świadczeń był obecny tylko niezbędny personel medyczny, chyba że obecność innych osób odbywających kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe jest uzasadniona realizacją celów naukowych lub dydaktycznych oraz, aby poszanowano jego prywatność poprzez umożliwienie udzielania świadczenia w osobnym pomieszczeniu lub miejscu osłoniętym.
2. Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Pacjent ma prawo, aby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych była obecna osoba bliska, wskazana przez pacjenta. W przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, personel medyczny udzielający świadczenia może odmówić obecności osoby wskazanej przez pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.

#### **V. Prawo do opieki i leczenia**

1. Pacjent ma prawo, aby lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny udzieliły świadczenia zdrowotnego bez zbędnej zwłoki.
2. Pacjent będący w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia ma prawo żądać natychmiastowego udzielenia mu świadczenia zdrowotnego bez wymaganego skierowania.
3. Pacjent wymagający zdaniem lekarza niezwłocznego przyjęcia do szpitala, zwłaszcza w ramach ostrego dyżuru, ma prawo żądać, aby szpital odmawiający przyjęcia ze względu na brak miejsc, rodzaj udzielanych świadczeń lub ze względów epidemiologicznych, zapewnił w razie potrzeby przewóz do innego szpitala mającego możliwość udzielenia właściwego świadczenia.
4. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do zaopatrzenia w leki i materiały medyczne oraz do pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia. Pacjent ma ponadto prawo do otrzymywania osobistej bielizny szpitalnej i środków higieny osobistej.
5. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
6. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, korespondencyjnego i telefonicznego z innymi osobami także z ogólnie dostępnego telefonu, a w wyjątkowym przypadku również z telefonu służbowego.
7. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w pkt. 6.
8. Prawa pacjenta mogą być ograniczone w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w pkt. 6, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu.
9. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, pacjent ma prawo do kontaktu z duchownym swego wyznania.
10. Jeżeli istnieje obawa rychłej śmierci pacjenta ma on prawo zażądać, aby personel szpitala umożliwił mu wyrażenie ostatniej woli ustnie przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech świadków.
11. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
12. Pacjent ma prawo do ciągłości opieki włączając w to współpracę pomiędzy wszystkimi dostawcami usług zdrowotnych i / lub podmiotami leczniczymi, które mogą uczestniczyć w rozpoznaniu, leczeniu i opiece.

13. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.
14. Pacjent ma prawo wybrać i zmienić swojego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej.
15. Pacjent ma prawo do wypisania ze szpitala, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu, bądź na własne żądanie – w takiej sytuacji pacjent ma prawo do informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Przy czym przy wypisie pacjent ma prawo do otrzymania oryginału oraz jednej kopii Karty Informacyjnej z Leczenia Szpitalnego z podaniem rozpoznania w języku polskim.
16. Pacjent w podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie.

## **VI. Prawo pacjenta nieletniego**

Pacjentowi nieletniemu przysługują takie same prawa, jak pacjentowi dorosłemu, z tym że:

1. Prawo pacjenta do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, a także w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, przysługuje przedstawicielowi ustawowemu małoletniego, a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, prawo to w odniesieniu do badania może wykonać opiekun faktyczny. Jeśli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
2. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, do świadczeń zdrowotnych określonych w pkt. 1 wymagana jest również jego pisemna zgoda.
3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczeń zdrowotnych opisanych w pkt. 1, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku, do udzielenia świadczenia zdrowotnego wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, a czynności te są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać te czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
5. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 4 bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta lub właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
6. Udział małoletniego w eksperymencie medycznym jest dopuszczalny tylko za pisemną zgodą jego przedstawiciela ustawowego, a jeśli małoletni ukończył 16 lat lub nie ukończył 16 lat i jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, konieczna jest także jego pisemna zgoda.
7. Udział małoletniego w eksperymencie badawczym jest dopuszczalny, jeżeli spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów i nie ma możliwości przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych.



## **VII. Prawo do skargi**

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, jeżeli uzna, że jego prawa zostały naruszone, może zwrócić się z interwencją do Lekarza Kierującego lub kierownika, a następnie do powołanego w szpitalu Pełnomocnika ds. pacjenta.
2. W razie niezadowolającego załatwienia sprawy, określonej w pkt. 1, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może zwrócić się o jej rozpatrzenie do dyrektora szpitala.
3. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może zwrócić się do Okręgowej Izby Lekarskiej, bądź do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
4. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta sprawę o zasądzenie odpowiedniej kwoty tytułem zadośćuczynienia można skierować do sądu powszechnego.

## **VIII. Prawo do wniesienia sprzeciwu**

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej, działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w pkt. 1.

## **IX. Prawo do składania wniosków do Rzecznika Praw Pacjenta**

1. Każdy, kto poweźmie wiadomość, co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta może złożyć wniosek do Rzecznika Praw Pacjenta o wszczęcie postępowania wyjaśniającego. Wniosek musi zawierać:
  - oznaczenie wnioskodawcy
  - oznaczenie pacjenta, którego sprawa dotyczy
  - zwięzły opis stanu faktycznego.
2. Każdy ma prawo do złożenia wniosku do Rzecznika Praw Pacjenta o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów.

## **X. Prawa Dziecka w Szpitalu**

1. Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.
2. Powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających - bez względu na wiek dziecka.
3. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z dzieckiem, należy ich zachęcać i pomagać im w pozostawaniu przy dziecku. Pobyt rodziców nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę zarobków. Aby mogli oni uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być na bieżąco informowani o sposobie postępowania i zachęceni do aktywnej współpracy.

4. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji, a w przypadku dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie zbędnych stresów fizycznych i emocjonalnych u dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu.
5. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi
6. Dzieci powinny przebywać razem z innymi dziećmi w podobnym wieku. Nie należy umieszczać dzieci razem z dorosłymi.
7. Dzieci powinny mieć możliwość zabawy, odpoczynku i nauki odpowiedniej do ich wieku i samopoczucia. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane, urządzone i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby.
8. Przygotowanie i umiejętności personelu muszą zapewniać zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych dzieci.
9. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
10. Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością. Ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

**REGULAMIN WEWNĘTRZNY  
II KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ  
I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO**

**Przepisy ogólne**

**§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

**§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Udzielanie wyczerpujących informacji odnośnie diagnostyki i leczenia.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo - zdrowotna i promocja zdrowia.
10. Działalność dydaktyczna polskojęzyczna i anglojęzyczna dla Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego i pracowników gospodarczych sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

**§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki, zlokalizowanych przy ul. Staszica 16:
  - a. Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego,
  - b. Blok Operacyjny,
  - c. Pracownia USG w Oddziale Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego,
  - d. Pracownia Badań Czynnościowych Przełyku.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chirurgicznej.

**§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym

bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

- Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, na podstawie skierowania.

## § 6

- W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

## § 7

- Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
- Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
- W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
- W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

## § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

## § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

## § 10

Na terenie Kliniki obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

## § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,

- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

### § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
4. Pacjent ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych w obecności lekarza. O terminie i sposobie udostępnienia pacjentowi dokumentacji medycznej decyduje lekarz prowadzący / sprawujący opiekę nad pacjentem.

### § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.

4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

### § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Chirurgicznej we wtorki w godzinach 11.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach 09.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest Księga Osób Oczekujących.

### § 21

1. Harmonogram dnia:

06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych,
07.00 – 08.10	toaleta poranna i ścielenie łóżek, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
08.10 – 08.40	obchód lekarski,
08.40 –	do zakończenia planu operacyjnego - zabiegi operacyjne,
08.45 – 09.00	śniadanie, rozdanie leków doustnych,
09.00 – 12.45	badania diagnostyczne, zabiegi lecznicze i pielęgnacyjne,
12.45 – 13.30	obiad, rozdanie leków doustnych,
13.30 – 16.00	wykonywanie zleceń godzinowych i zabiegów pielęgnacyjnych
16.00 – 16.55	pomiar temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych,
17.00 – 17.30	wizyta lekarska,
17.30 – 18.15	wykonywanie zleceń doraźnych,
18.15 – 18.45	kolacja, rozdanie leków doustnych,
20.00 – 21.00	toaleta wieczorna,
21.15 – 22.00	wykonywanie zleceń godzinowych,
22.00 – 06.00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

### § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 12.00 do 14.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub Kierownikiem Kliniki – Lekarzem Kierującym.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO**

### **I. Charakterystyka Bloku Operacyjnego**

1. Blok Operacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzi:
  - 3 sale operacyjne wraz z pomieszczeniami pomocniczymi,
  - sala wybudzeń,
  - 2 śluzy.
3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
  - przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie,
  - realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

### **II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego:**

1. Nadzór nad pracą personelu medycznego Bloku Operacyjnego sprawuje Zastępca Lekarza Kierującego Oddziałem, który pełni obowiązki Kierownika Bloku Operacyjnego oraz Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego. W przypadku nieobecności ww. osób zastępstwo wyznaczają Kierownik Bloku Operacyjnego i Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
2. Kierownik Bloku Operacyjnego jest odpowiedzialny za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych, nadzór nad przestrzeganiem przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Kierownik Bloku Operacyjnego współpracuje z Pielęgniarką Oddziałową Bloku Operacyjnego, która realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którymi zarządza i nadzoruje ich pracę. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego w trakcie pracy w Bloku Operacyjnym podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego.
4. Personel Bloku Operacyjnego dzieli się na:
  - personel stały: pielęgniarki operacyjne, pracownik gospodarczy,
  - personel zmienny: lekarze (wszystkich specjalności, rezydenci, stażyści), pielęgniarki anestezyjologiczne.
5. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego biorąc pod uwagę liczbę stanowisk oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.
6. W skład zespołu operacyjnego wchodzi:
  - zespół lekarzy operujących - operator i asysta,
  - zespół anestezyjologiczny - lekarz i pielęgniarka,
  - zespół pielęgniarek operacyjnych (czysta i brudna).



7. W czasie każdego zabiegu jest do dyspozycji Bloku Operacyjnego pracownik gospodarczy.
8. Planując harmonogram pracy pracowników gospodarczych należy uwzględnić plan higieny dla Bloku Operacyjnego, sporządzany przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.
9. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
10. Za gospodarkę materiałową oraz zgłaszanie do Działu Aparatury Medycznej awarii aparatury i sprzętu medycznego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego (w części anestezjologicznej – Pielęgniarka Anestezjologiczna):
  - a. Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
  - b. Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
  - c. Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym. W trakcie zabiegu ograniczone do minimum jest wychodzenia personelu z Sali operacyjnej po narzędzia i materiały do magazynków zlokalizowanych poza Blokiem Operacyjnym.
  - d. Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie chronić przed zniszczeniem.
  - e. Przekazywanie informacji Kierownikowi Bloku Operacyjnego nt. awarii sprzętu i aparatury medycznej, klimatyzacji, innych sytuacji zagrażających realizacji zadań Bloku Operacyjnego.

### **III. Tryby wykonywania zabiegów:**

1. zabieg w trybie natychmiastowym - zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem;
2. zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
3. zabieg w trybie przyspieszonym - zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
4. zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

### **IV. Planowanie zabiegów operacyjnych – tryb planowy:**

1. Kwalifikacja do operacji odbywa się po uprzedniej analizie choroby pacjenta i akceptacji lekarza prowadzącego pacjenta (daną salę chorych) lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem (w tym lekarza dyżurnego) w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Kliniką lub jego Zastępcą. Wpisu kwalifikacji do operacji w historii choroby pacjenta dokonuje lekarz prowadzący pacjenta /salę chorych, na której przebywa pacjent/ lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (w tym lekarz dyżurny).
2. Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych zawiera:
  - datę i godzinę rozpoczęcia pierwszego zabiegu przez zespół operujący,
  - imię i nazwisko pacjenta,

- rodzaj operacji w języku polskim,
  - imię i nazwisko głównego operatora,
  - kolejność zabiegów w danej sali operacyjnej,
  - przydział sali operacyjnej.
3. Harmonogramy zabiegów operacyjnych ustalany jest w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez Kierownika Bloku Operacyjnego, w rozumieniu pkt II ppkt 1 niniejszego regulaminu. Zabiegi operacyjne ustalane są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych według klasy czystości z zachowaniem zasad aseptyki chirurgicznej oraz optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.
  4. Harmonogram zabiegów operacyjnych uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające dezynfekcję sprzętu i pomieszczenia oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami.
  5. Ustalany harmonogram zabiegów operacyjnych jest przekazywany niezwłocznie, jednakże nie później niż w przeddzień planowanych operacji do godz. 13.00 Lekarzowi Kierującemu Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail: [anestezjologia@spsk1.lublin.pl](mailto:anestezjologia@spsk1.lublin.pl) lub faxem 712 - tak, aby umożliwić kwalifikację preanestetyczną pacjenta oraz zaplanowanie pracy zespołu anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu. Ostateczny plan zabiegów operacyjnych uzgadniany jest przez Kierownika Bloku Operacyjnego oraz Lekarza Kierującego Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz przekazywany Pielęgniarence Oddziałowej Bloku Operacyjnego.
  6. W przypadku gdy zabieg w trybie planowym ma się odbyć w pierwszy dzień roboczy po dniu wolnym od pracy, lista pacjentów do kwalifikacji do znieczulenia powinna być uzgodniona w ostatni dzień roboczy poprzedzający dzień wolny od pracy.

#### **V. Zmiany w planie zabiegów operacyjnych:**

1. Zarówno plan zabiegów operacyjnych, jak i zmiany w planie zabiegów operacyjnych są autoryzowane przez Kierownika Bloku Operacyjnego lub upoważnioną przez niego osobę, o której mowa w pkt. II ppkt 1.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym są dokonywane i mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Bloku Operacyjnego i Lekarza Kierującego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub osób pełniących ich obowiązki. Zmiany w planie dokonywane są w sposób czytelny, niebudzący wątpliwości lub poprzez wydrukowanie kolejnej, obowiązującej wersji z określeniem daty i godz. zmiany (zabrania się skreślania, poprawiania itp.). Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach. Wzór planu zabiegów operacyjnych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz prowadzący/sprawujący opiekę jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
4. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się najpóźniej o godz. 8.15.
5. W przypadku zabiegów w trybie natychmiastowym, pilnym lub przyspieszonym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie. Wszelkich zmian planu zabiegów operacyjnych dokonuje Kierownik Bloku Operacyjnego w rozumieniu pkt. II ppkt 1 niniejszego regulaminu.

## **VI. Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu. Operator przed zabiegiem operacyjnym bada pacjenta.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.
3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okółooperacyjnej karty kontrolnej":
  - sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
  - sprawdzenie przygotowania Pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
  - sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta (zdjęcia RTG, zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
  - sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,
  - zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
  - zapewnienie poszanowania godności osobistej Pacjenta.
5. Każda z części "Okółooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OKK. W SPSK Nr 1 funkcję Koordynator Okółooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie na danej sali, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.
6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okółooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okółooperacyjnej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada lekarz prowadzący/sprawujący opiekę nad pacjentem (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwnieinfekcyjne).
7. W miarę możliwości w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego pod opieką anestezjologa.
8. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny /salę wybudzeń/, po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału. Pacjent przekazywany jest zespołowi jednego z Oddziałów Chirurgii Ogólnej (Chirurgii A, Chirurgii B, lub na Oddział Intensywnej Opieki Pooperacyjnej) w służbie Bloku Operacyjnego pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.
9. Transport pacjenta na OAIiT odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu.
10. W razie zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem lub Z-cy Lekarza Kierującego Oddziałem. Zmarły jest przewożony przez personel na oddział.
11. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.

## VII. Zasady ogólne:

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespół anesteziologiczny i operacyjny jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane. W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:
  - dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej);
  - dane dot. kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego) oraz zespół anesteziologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia);
  - dane dot. znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespół anesteziologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anesteziologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
  - protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespół operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji – operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne).
4. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
5. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
6. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z Misją Szpitala.
7. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

## VIII. Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej:

- Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego – 81/53-49-769
- Kierownik Bloku Operacyjnego – 81/53-241-27
- Sterylizacja – 81/53-250-49
- Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej – 81/53-241-27 [chir\\_ogol@spsk1.lublin.pl](mailto:chir_ogol@spsk1.lublin.pl)
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – 81/53-49-785; [anestezjologia@spsk1.lublin.pl](mailto:anestezjologia@spsk1.lublin.pl)

**BLOK OPERACYJNY**  
**II KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO**  
**SPSK NR 1 W LUBLINIE**

**PLAN OPERACJI NA DZIEŃ.....**

Dyżurni: .....

Sala oper.	Nr ko Godz oper.		Oddz. sala.	Nazwisko i imię	Rozpoznanie	Proponowany zabieg	Zespół operacyjny
I	1.						
	2.						
	3.						
II	1.						
	2.						
	3.						
III	1.						
	2.						
	3.						

Podpis osoby upoważnionej.....

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI TRAUMATOLOGII I MEDYCYNY RATUNKOWEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja zgodnie z metodą procesu pielęgnowania.
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo – zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
  - a. Oddział Traumatologii,
  - b. Blok Operacyjny.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Przyklinicznej.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

#### **§ 6**

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

### § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

### § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

### § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

### § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

### § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

### § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.

4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## **Prawa pacjenta**

### **§ 13**

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### **§ 14**

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### **§ 15**

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo)osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.



## § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji ,informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

## § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

## § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

## § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Przyklinicznej we wtorki w godzinach 09.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach 08.00 - 14.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest lista osób oczekujących.

## § 21

### 1. Harmonogram dnia:

06:00 – 07:00	mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
07:00 – 08:00	toaleta poranna chorych i ślanie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, sprzątanie sal chorych,
08:00 – 08:30	śniadanie, rozdanie leków doustnych, analiza problemów leczniczych pacjentów hospitalizowanych, planowanie zabiegów operacyjnych na dzień następny,
08:30 – 09:00	obchód lekarski,
09:00 – 13:00	wykonywanie zleceń lekarskich, wykonywanie zabiegów pielęgniarstwa, wykonywanie badań diagnostycznych, realizacja zabiegów operacyjnych,
13:00 – 13:30	obiad, rozdanie leków doustnych,
13:30 – 16:00	czas wolny dla pacjentów,
16:00 – 17:00	pomiar temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zabiegów pielęgniarstwa, przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych i zabiegów operacyjnych na dzień następny,
17:00 – 19:00	obchód lekarski, kolacja, rozdanie leków doustnych, przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych i zabiegów operacyjnych na następny dzień, wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarstwa,
20:00 – 21:30	wykonywanie zleceń godzinowych, toaleta wieczorna pacjentów,
22:00 – 06:00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. od 09.00 do 13.00 po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO KLINIKI TRAUMATOLOGII I MEDYCyny RATUNKOWEJ**

### **I. Charakterystyka bloku operacyjnego**

1. Blok operacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną Kliniki Traumatologii i Medycyny Ratunkowej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.
2. W bloku operacyjnym wykonywane są operacje wymagające interwencji w zakresie chirurgii ogólnej, chirurgii urazowej i ortopedii.  
Skład bloku operacyjnego obejmuje:
  - sale operacyjne z podziałem na: sala A, sala B,
  - pomieszczenia pomocnicze.

### **II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego**

1. Nadzór nad pracą personelu medycznego Bloku Operacyjnego sprawuje Kierownik Kliniki/Zastępca Kierownika oraz Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
2. Kierownik Kliniki/Zastępca Kierownika jest odpowiedzialny za zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych dla funkcjonowania komórki medycznej, pełni nadzór nad przestrzeganiem zasad współczesnej sztuki medycznej, przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym, czuwa nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i papierowej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa oraz zasadami obowiązującymi Szpitalu.
3. Do zadań Kierownika Kliniki/Zastępcy Kierownika należy ponadto:
  - kierowanie procesem zabiegów operacyjnych,
  - nadzór nad sprawnym funkcjonowaniem Bloku w tym nadzór nad racjonalną gospodarką lekami, materiałami i sprzętem medycznym,
  - przedkładanie Kierownikowi podmiotu leczniczego potrzeb komórki medycznej,
  - monitorowanie wskaźników ekonomiczno-finansowych, statystycznych oraz epidemiologicznych oddziału,
  - analizowanie wskaźników jakości tj. ankiet satysfakcji pacjentów i zakażeń szpitalnych,
  - ustalanie obsady niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania bloku operacyjnego,
  - organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych,
  - szczegółowe zadania Kierownika Kliniki/Zastępcy Kierownika określa jego indywidualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.
4. Kierownik Kliniki/Zastępca Kierownika współpracuje z Pielęgniarką Oddziałową Bloku Operacyjnego, która realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek.
5. Do zakresu prac Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
  - zapewnienie całodobowych dyżurów pielęgniarskich,
  - zapewnienie warunków organizacyjno-technicznych do wykonywania zadań na bloku przez podległy personel,
  - szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na obsadę pielęgniarek operacyjnych,
  - nadzór nad stanem sanitarno-higienicznym komórki medycznej,
  - nadzór nad rozchodem materiałów medycznych,

- nadzór nad prowadzeniem dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i papierowej przez podległy personel.

6. W skład zespołu operacyjnego wchodzi:
  - zespół lekarzy operujących /operator i asysta/,
  - zespół anestezjologiczny - lekarz i pielęgniarka anestezjologiczna,
  - zespół pielęgniarek operacyjnych (instrumentująca, pomagająca).
7. W czasie zabiegu jest do dyspozycji pracownik sekcji porządkowej.
8. Lekarz kierujący zespołem lekarzy operujących powinien posiadać, co najmniej I stopień specjalizacji.
9. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany:
  - w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu lekarzowi operującemu,
  - w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego - anestezjologowi.
10. Personel sal operacyjnych podlega organizacyjnie Kierownikowi Kliniki/ Zastępcy Kierownika.

### **III. Planowanie zabiegów operacyjnych**

1. Plan zabiegów operacyjnych jest ustalany w Oddziale Kliniki i przekazywany w przeddzień planowanych operacji Lekarzowi Kliniki Anestezjologii oraz Pielęgniarce Oddziałowej Bloku Operacyjnego do godz. 13.00, aby umożliwić zaplanowanie pracy zespołu anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Kliniki/Zastępcy Kierownika oraz Lekarza Anestezjologii.
3. Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom.
4. Kierownik Kliniki/Zastępca Kierownika może zmienić przydział sal operacyjnych w zależności od potrzeb.
5. Kierownik Kliniki/Zastępca Kierownika ma prawo wstrzymać i przesunąć planowane zabiegi operacyjne oraz dysponować wszystkimi salami operacyjnymi.
6. Informacja dotycząca planowych zabiegów operacyjnych powinna zawierać:
  - datę i godzinę rozpoczęcia zabiegu,
  - imię i nazwisko pacjenta, wiek,
  - rodzaj operacji w języku polskim,
  - nazwiska zespołu operacyjnego,
  - przydział sali operacyjnej,
  - kolejność zabiegów na danej sali operacyjnej.
7. Informacje powyższe będą wywieszone na tablicy ogłoszeń w Bloku Operacyjnym.
8. Harmonogram zabiegów operacyjnych uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające sprzątanie i dezynfekcję sprzętu oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza (ok. 30 min.).
9. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu.
10. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się o godz. 8.00. Ostatni planowy zabieg winien się rozpocząć nie później niż o godz. 14.00.
11. Zabiegi operacyjne planowe wykonywane są w dniach roboczych.

#### **IV. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z oddziału do bloku operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na blok do chwili opuszczenia bloku operacyjnego.
3. Każdy pacjent przekazany do bloku operacyjnego powinien posiadać identyfikator z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu „Okółooperacyjnej karty kontrolnej” (załącznik):
  - sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
  - sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta,
  - sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,
  - zapewnienie bezpieczeństwa w trakcie pobytu.
5. Każda z części „Okółooperacyjnej kart kontrolnej” uzupełniania jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OOK.
6. Pacjent może opuścić blok operacyjny, po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do oddziału.
7. Pacjent opuszcza blok pod opieką pielęgniarki z oddziału.
8. W razie zgonu Pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Kierownika Kliniki/Zastępcę Kierownika.
9. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków Pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomości w czasie wykonywania swoich obowiązków.

#### **V. Zasady ogólne**

1. Pracownicy bloku operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po bloku operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innych działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. W pomieszczeniach traktu operacyjnego, a szczególnie na salach operacyjnych, w czasie trwania operacji obowiązuje zachowanie bezwzględnej czysty.
3. Obowiązuje ścisły zakaz wstępu na blok osób postronnych /w tym rodzin i przedstawicieli ustawowych pacjentów/.
4. Pobyt pacjenta na bloku operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane w wersji elektronicznej i papierowej. Zapisy związane z wykonanym zabiegiem operacyjnym sporządzają wszyscy pracownicy w zakresie wykonywanych czynności, zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
6. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z Misją Szpitala.

#### **VI. Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej**

1. Kierownik Kliniki/Zastępca Kierownika 81 532 18 54
2. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego 81 534 05 04
3. Dyżurka Anestezjologiczna 81 534 05 04
4. Blok Operacyjny 81 534 05 04

**BLOK OPERACYJNY  
KLINIKI TRAUMATOLOGII I MEDYCYNY RATUNKOWEJ  
SPSK NR 1 W LUBLINIE**

**PLAN OPERACJI NA DZIEŃ.....**

Dyżurni: .....

<b>Sala</b>	<b>Sala Chorych</b>	<b>Chory (Nazwisko, Imię, Wiek, Rozpoznanie)</b>	<b>Operujący</b>	<b>Asysta <i>Instrumentariuszka</i></b>	<b>Profilaktyka A-antybiotyk P-przeciwwzakrzepowe</b>	<b>Uwagi</b>
<b>A1</b>						
<b>A2</b>						
<b>A3</b>						
<b>A4</b>						
<b>B1</b>						
<b>B2</b>						
<b>B3</b>						

Podpis osoby upoważnionej.....

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Diagnostowanie, leczenie.
3. Rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych, problemów pielęgnacyjnych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej o charakterze promocyjnym, profilaktycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym, opiekuńczym metodą „procesu pielęgnowania”.
4. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia chorych hospitalizowanych w Klinice oraz ich rodzin.
10. Kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przygotowanie podopiecznego i najbliższych do współpracy w procesie pielęgnowania.
11. Przygotowanie podopiecznego do samoopieki i samopielęgnacji.
12. Przygotowanie i wdrożenie osób opiekujących się pacjentem do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i leczniczych w domu.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki, zlokalizowanych przy ul. Staszica 16:
  - a. Oddział Chirurgii Naczyniowej i Angiologii,
  - b. Blok Operacyjny.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu

na zagrożenie życia lub zdrowia.

3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.

## § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

## § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. Odwiedziny pacjentów przebywających na Sali Intensywnej Opieki Pooperacyjnej (OIOP) możliwe są wyłącznie po uzyskaniu zgody lekarza.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

## § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

## § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

## § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

## § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,



- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

## § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),
 osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.

3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji ,informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

## § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

## § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Chirurgii Naczyniowej i Angiologii we wtorki w godzinach 11.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach 08.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest lista osób oczekujących.

## § 21

Harmonogram dnia:

- |               |   |
|---------------|---|
| 07.00 – 07.15 | raport pielęgniarski,   |
| 07.45 – 08.15 | raport lekarski,  |
| 07.15 – 08.00 | toaleta poranna, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentów, przygotowanie chorych do wizyty lekarskiej, rozłożenie leków doustnych,   |
| 08.00 – 08.30 | wizyta lekarska na salach chorych, uczestnictwo pielęgniarek w obchodzie, przewożenie chorych na salę operacyjną,   |
| 08.30 – 14.30 | wykonywanie zabiegów operacyjnych,  |
| 08.30 – 09.00 | rozdawanie śniadania, pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, rozdawanie leków,  |
| 09.00 – 10.00 | sprawdzanie zleceń lekarskich,  |
| 10.00 – 13.30 | wykonywanie zleceń lekarskich, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,   |
| 12.00 – 12.30 | przygotowanie chorych do obiadu, rozłożenie leków doustnych,  |
| 12.30 – 13.30 | rozdawanie posiłków, karmienie i pomoc przy obiedzie, rozdawanie leków,   |
| 13.30 – 14.30 | sprawdzanie zleceń lekarskich,  |
| 14.30 – 19.00 | wykonywanie zleceń lekarskich, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,   |
| 14.30 – 17.00 | odwiedziny chorych przez rodzinę, pomiar temperatury, uzupełnianie dokumentacji, przygotowanie chorych do badań i zabiegów planowanych na dzień następny, rozłożenie leków doustnych, |
| 17.00 – 17.30 | wizyta lekarska,  |
| 17.30 – 17.45 | sprawdzanie zleceń lekarskich,  |
| 17.45 – 19.00 | wykonywanie zleceń z wizyty popołudniowej, przygotowanie chorych do kolacji, rozdawanie kolacji, karmienie i pomoc przy posiłku, toaleta chorych,                                     |
| 19.00 – 19.15 | raport pielęgniarski,   |
| 19.15 – 22.00 | wykonywanie zleceń godzinowych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, przygotowanie chorych do snu,  |
| 22.00 – 06.00 | cisza nocna,  |
| 06.00 – 07.00 | pobieranie krwi do badań, pomiar temperatury.   |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 10.00 do 15.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub lekarzem kierującym oddziałem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań

- diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
- dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO KLINIKI CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII**

### **I. Charakterystyka bloku operacyjnego**

1. Blok Operacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzi 2 sale operacyjne wraz z salą wybudzeń i pomieszczeniami pomocniczymi.
3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
  - przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie,
  - realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

### **II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego:**

1. Nadzór nad pracą personelu medycznego Bloku Operacyjnego sprawuje Lekarz wyznaczony przez Lekarza Kierującego Oddziałem, który pełni obowiązki Kierownika Bloku Operacyjnego oraz Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego. W przypadku nieobecności ww. osób zastępstwo wyznaczają Kierownik Bloku Operacyjnego i Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
2. Kierownik Bloku Operacyjnego i Pielęgniarka Bloku Operacyjnego są odpowiedzialni za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych, nadzór nad przestrzeganiem przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Kierownik Bloku Operacyjnego współpracuje z Pielęgniarką Oddziałową Bloku Operacyjnego, która realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którymi zarządza i nadzoruje ich pracę. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego w trakcie pracy w Bloku Operacyjnym podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego.
4. Kierownik Bloku operacyjnego podlega Lekarzowi Kierującemu Oddziałem
5. Personel Bloku Operacyjnego dzieli się na:
  - personel stały: pielęgniarki operacyjne, technik radiologii, pracownik gospodarczy,
  - personel zmienny: lekarze (wszystkich specjalności, rezydenci, stażyści), pielęgniarki anestezyjologiczne
6. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego biorąc pod uwagę liczbę stanowisk oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.
7. W skład zespołu operacyjnego wchodzi:
  - zespół lekarzy operujących - operator i asysta.
  - zespół anestezyjologiczny - lekarz i pielęgniarka,
  - zespół pielęgniarek operacyjnych (czysta i brudna)
  - technik radiologii
8. W czasie każdego zabiegu jest do dyspozycji Bloku Operacyjnego pracownik gospodarczy.
9. Planując harmonogram pracy pracowników gospodarczych należy uwzględnić plan higieny dla Bloku Operacyjnego, sporządzany przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.
10. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezyjologowi.

11. Za gospodarkę materiałową oraz zgłaszanie do Działu Aparatury Medycznej awarii aparatury i sprzętu medycznego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego (w części anestezyjologicznej – Pielęgniarka Anestezyjologiczna):
  - a) Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
  - b) Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
  - c) Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym. W trakcie zabiegu ograniczone do minimum jest wychodzenie personelu z Sali operacyjnej po narzędzia i materiały do magazynków zlokalizowanych poza Blokiem Operacyjnym.
  - d) Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie chronić przed zniszczeniem.
  - e) Przekazywanie informacji Kierownikowi Bloku Operacyjnego nt. awarii sprzętu i aparatury medycznej, klimatyzacji, innych sytuacji zagrażających realizacji zadań Bloku Operacyjnego.
  - f) Za zabezpieczenie odpowiedniego sprzętu do zabiegów wewnątrznaczyniowych odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego

### **III. Tryby wykonywania zabiegów:**

1. zabieg w trybie natychmiastowym - zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem;
2. zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
3. zabieg w trybie przyspieszonym - zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
4. zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

### **IV. Planowanie zabiegów operacyjnych – tryb planowy:**

1. Kwalifikacja do operacji odbywa się po uprzedniej analizie choroby pacjenta i akceptacji lekarza prowadzącego pacjenta (daną salę chorych) lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem (w tym lekarza dyżurnego) w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem lub jego Zastępcą. Wpisu kwalifikacji do operacji w historii choroby pacjenta dokonuje lekarz prowadzący pacjenta /salę chorych, na której przebywa pacjent/ lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (w tym lekarz dyżurny).
2. Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych zawiera (wg załącznika - wzoru):
  - datę i godzinę rozpoczęcia pierwszego zabiegu przez zespół operujący,
  - imię i nazwisko pacjenta,
  - rodzaj operacji w języku polskim,
  - imię i nazwisko głównego operatora oraz asysty
  - kolejność zabiegów w danej sali operacyjnej,
  - przydział sali operacyjnej.
3. Harmonogramy zabiegów operacyjnych ustalany jest w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez Kierownika Bloku Operacyjnego, w rozumieniu pkt. II ppkt. 1 niniejszego regulaminu. Zabiegi operacyjne ustalane są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych według klasy czystości z zachowaniem zasad aseptyki chirurgicznej oraz optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.

4. Harmonogram zabiegów operacyjnych uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające dezynfekcję sprzętu i pomieszczenia oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami.
5. Ustalany harmonogram zabiegów operacyjnych jest przekazywany niezwłocznie, jednakże nie później niż w przeddzień planowanych operacji do godz. 12.00 Lekarzowi Kierującemu Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail: [anestezjologia@spsk1.lublin.pl](mailto:anestezjologia@spsk1.lublin.pl) lub faxem 712 - tak, aby umożliwić kwalifikację preanestetyczną pacjenta oraz zaplanowanie pracy zespołu anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu. Ostateczny plan zabiegów operacyjnych uzgadniany jest przez Kierownika Bloku Operacyjnego oraz Lekarza Kierującego Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz przekazywany Pielęgniarsce Oddziałowej Bloku Operacyjnego.
6. W przypadku gdy zabieg w trybie planowym ma się odbyć w pierwszy dzień roboczy po dniu wolnym od pracy, lista pacjentów do kwalifikacji do znieczulenia powinna być uzgodniona w ostatni dzień roboczy poprzedzający dzień wolny od pracy.

#### **V. Zmiany w planie zabiegów operacyjnych:**

1. Zarówno plan zabiegów operacyjnych, jak i zmiany w planie zabiegów operacyjnych są autoryzowane przez Kierownika Bloku Operacyjnego lub upoważnioną przez niego osobę, o której mowa w pkt. II ppkt. 1.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym są dokonywane i mogą nastąpić tylko za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub Kierownika Bloku Operacyjnego i Lekarza Kierującego Kliniką Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub osób pełniących ich obowiązki. Zmiany w planie dokonywane są w sposób czytelny, nie budzący wątpliwości lub poprzez wydrukowanie kolejnej, obowiązującej wersji z określeniem daty i godz. zmiany (zabrania się skreślania, poprawiania itp.). Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach. Wzór planu zabiegów operacyjnych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz prowadzący/sprawujący opiekę jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
4. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się najpóźniej o godz. 8.15.
5. W przypadku zabiegów w trybie natychmiastowym, pilnym lub przyspieszonym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie. Wszelkich zmian planu zabiegów operacyjnych dokonuje Lekarz Kierujący Oddziałem, jego zastępca, kierownik bloku operacyjnego lub podczas ich nieobecności wskazany do kierowania Kliniką lekarz w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

#### **VI. Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.
3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okłooperacyjnej karty kontrolnej":
  - sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
  - sprawdzenie przygotowania Pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,

- sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta (zdjęcia RTG, zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
  - sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,
  - zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
  - zapewnienie poszanowania godności osobistej Pacjenta.
5. Każda z części "Okółooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OKK. W SPSK Nr 1 funkcję Koordynator Okółooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie na danej sali, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.
  6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okółooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okółooperacyjnej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada lekarz prowadzący/sprawujący opiekę nad pacjentem (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwnieinfekcyjne).
  7. W miarę możliwości w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego pod opieką anestezjologa.
  8. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny, po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału. Pacjent przekazywany jest zespołowi jednego z Oddziałów Chirurgii Naczyn i Angiologii (Oddział II piętro, Oddział I piętro lub na Oddział Intensywnej Opieki Pooperacyjnej) w służbie Bloku Operacyjnego pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.
  9. Transport pacjenta na OAIIT odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu.
  10. W razie zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem lub Z-cy Lekarza Kierującego Oddziałem. Zmarły jest przewożony przez personel na oddział.
  11. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomości w czasie wykonywania swoich obowiązków.

## **VII. Zasady ogólne:**

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołów anestezjologicznego i operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomość w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane. W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:
  - dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej)
  - dane dot. kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia)



- dane dot. znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespół anestezyjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezyjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
- protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespół operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji – operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne)
- 4. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
- 5. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
- 6. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z Misją Szpitala.
- 7. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

#### **VIII. Zasady współpracy z Pracownią Radiologii Zabiegowej**

1. W Pracowni Radiologii Zabiegowej pacjenci Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii mają wykonywane następujące zabiegi: diagnostyka i leczenie w zakresie układu tętniczego i żylnego metodami wewnątrznaczyniowymi z wyłączeniem stentowania tętnic szyjnych oraz leczenia wewnątrznaczyniowego tętniaków i rozwarstwień aorty.
2. Pracownią Radiologii Zabiegowej kieruje jej Kierownik (lub jego zastępca), który uczestniczy w poniedziałkowej odprawie, na której są planowane zabiegi na cały tydzień.
3. Zabiegi diagnostyczne/lecnicze pacjentów Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Pracowni Radiologii Zabiegowej odbywają się po uprzedniej kwalifikacji chorego przez specjalistę chirurga naczyniowego na podstawie wypełnionego skierowania przez lekarza kierującego lub lekarza dyżurnego Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii (Załącznik nr 1).
4. Zabiegi diagnostyczne/lecnicze przeprowadza wyznaczony przez Kierownika Pracowni Radiologii Zabiegowej lub/i Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, ich zastępcy lub podczas ich nieobecności - osoby przez nich wyznaczone do kierowania - lekarze Pracowni Radiologii Zabiegowej lub/i Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.
5. Pierwszeństwo w zabiegach mają pacjenci przyjęci w trybie pilnym i przyspieszonym oraz z niedokrwieniem kończyn dolnych spowodowanym miażdżycą tętnic kończyn dolnych.
6. Wszelkie zmiany dotyczące zaplanowanego sposobu leczenia są konsultowane i zaaprobowane przez Kierownika Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, jego Zastępcę lub podczas ich nieobecności – lekarza przez nich wyznaczonego do kierowania Kliniką Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.
7. Personel Pracowni Radiologii Zabiegowej ściśle przestrzega szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Pracowni, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym, w tym stosowania.
8. Personel Pracowni Radiologii Zabiegowej oraz zespołu anestezyjologicznego (jeśli jest potrzebny) i radiologicznego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym powyżmie wiadomość w czasie wykonywania swoich obowiązków.
9. Pobyt pacjenta w Pracowni Radiologii Zabiegowej i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane.
10. W zakresie dokumentacji zbiorczej Pracowni Radiologii Zabiegowej gromadzone są informacje:

- dane wstępne wpisywane są przez osobę wyznaczoną przez Kierownika Pracowni (w tym numer kolejny pacjenta; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data zabiegu)
- dane dotyczące kwalifikacji do zabiegu wpisuje chirurg naczyniowy kierujący do Pracowni (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia jeśli potrzebny)
- dane dotyczące znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespół anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
- protokół zabiegu wpisuje i autoryzuje zespół przeprowadzający zabieg (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem zabiegu; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne;)

#### **IX. Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej:**

- Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego – 81/53-422-43
- Kierownik Bloku Operacyjnego – 81/53-422-76, 81/53-241-40, [chir\\_nacz@spsk1.lublin.pl](mailto:chir_nacz@spsk1.lublin.pl)
- Sterylizacja - 81/53-25-49
- Kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii – 81/53-241-40, [chir\\_nacz@spsk1.lublin.pl](mailto:chir_nacz@spsk1.lublin.pl)
- Szpitalny Oddział Anestezjologiczny – 81/53-49-785; [anestezjologia@spsk1.lublin.pl](mailto:anestezjologia@spsk1.lublin.pl)

**BLOK OPERACYJNY  
KLINIKI CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII  
SPSK NR 1 W LUBLINIE**

**PLAN OPERACJI NA DZIEŃ.....**

Dyżurni: .....

Sala oper.	Nr ko Godz oper.		Oddz. sala.	Nazwisko i imię	Rozpoznanie	Proponowany zabieg	Zespół operacyjny
I	1.						
	2.						
	3.						
II	1.						
	2.						
	3.						
III	1.						
	2.						
	3.						

Podpis osoby upoważnionej.....

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo – zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
  - a. Oddział Chirurgii Onkologicznej,
  - b. Oddział Onkologii Klinicznej i Chemioterapii,
  - c. Oddział Dzienny Chemioterapii,
  - d. Oddział Radioterapii,
  - e. Blok Operacyjny.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Onkologicznej.
3. W Klinice pracuje Zespół Wielodyscyplinarny ds. leczenia nowotworów. Posiedzenia Zespołu odbywają się raz w tygodniu. W skład Zespołu wchodzi: chirurg, onkolog kliniczny, radioterapeuta, radiolog, patomorfolog oraz pielęgniarka onkologiczna. MDM (Multidisciplinary Meeting) służą do integracji procesu terapeutycznego chorych z potwierdzonym nowotworem. MDM dokumentowane są notatką. Pracę Zespołu nadzoruje Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu

na zagrożenie życia lub zdrowia.

3. Świadczenia zdrowotne w Poradni udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

## § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

## § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. Za zgodą lekarza dyżurnego odwiedzający może pozostać z chorym w godzinach nocnych.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

## § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

## § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

## § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

## § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,

- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

## § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo)
 osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.

3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

## § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

## § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

## § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Onkologicznej w poniedziałki, środy i czwartki w godzinach od 09.00 do 14.00, we wtorki w godzinach od 09.00 do 18.00 oraz w piątki w godzinach od 08.00 do 13.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest lista osób oczekujących.

## § 21

1. Harmonogram dnia:

06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych,
07.00 – 08.00	pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, toaleta chorych i śłanie łóżek,
08.00 – 09.00	śniadanie, podawanie leków doustnych, karmienie chorych,
09.00 – 12.00	wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarskich, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wizyty lekarskie,
12.00 – 12.30	czas wolny dla pacjentów,
12.30 – 13.30	obiad, podawanie leków doustnych, karmienie chorych,
13.30 – 15.00	czas wolny dla pacjentów,
15.00 – 19.00	realizacja zabiegów lekarsko- pielęgniarskich, zabiegi pielęgnacyjne, przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych i leczniczych, mierzenie temperatury, podawanie leków doustnych, wizyta wieczorna,
19.00 – 22.00	wykonywanie zleceń lekarsko – pielęgniarskich, toaleta wieczorna,
22.00 – 06.00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 09.00 do 21.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.



## **REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO KLINIKI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**

### **I. Charakterystyka Bloku Operacyjnego**

1. Blok Operacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną Kliniki Chirurgii Onkologicznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzi:
  - 2 sale operacyjne wraz z pomieszczeniami pomocniczymi,
  - sala wybudzeń,
  - 4 śluzy.
3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
  - przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel medyczny w trybie planowanych zabiegów operacyjnych.
  - realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

### **II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego:**

1. Nadzór nad pracą personelu medycznego Bloku Operacyjnego sprawuje Kierownik Bloku Operacyjnego, oraz Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego. W przypadku nieobecności ww. osób zastępstwo wyznaczają Kierownik Bloku Operacyjnego i Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
2. Kierownik Bloku Operacyjnego jest odpowiedzialny za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych, nadzór nad przestrzeganiem przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Kierownik Bloku Operacyjnego współpracuje z Pielęgniarką Oddziałową Bloku Operacyjnego realizującą zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którymi zarządza i nadzoruje ich pracę. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego w trakcie pracy w Bloku Operacyjnym podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego.
4. Personel Bloku Operacyjnego dzieli się na:
  - personel stały: pielęgniarki operacyjne, pracownik gospodarczy,
  - personel zmienny: lekarze (wszystkich specjalności, rezydenci, stażyści), pielęgniarki anestezyjologiczne.
5. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego biorąc pod uwagę liczbę stanowisk oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.
6. W skład zespołu operacyjnego wchodzi:
  - zespół lekarzy operujących - operator i asysta.
  - zespół anestezyjologiczny - lekarz i pielęgniarka,
  - zespół pielęgniarek operacyjnych (asystująca i wspomagająca).
7. W czasie każdego zabiegu jest do dyspozycji Bloku Operacyjnego personel pomocniczy.
8. Planując harmonogram pracy pracowników gospodarczych należy uwzględnić plan higieny dla Bloku Operacyjnego, sporządzany przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.
9. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu,

a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anesteziologowi.

10. Za gospodarkę materiałową oraz zgłaszanie do Działu Aparatury Medycznej awarii aparatury i sprzętu medycznego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego (w części anesteziologicznej – Pielęgniarka Anesteziologiczna):
  - a. Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
  - b. Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
  - c. Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym. W trakcie zabiegu ograniczone do minimum jest wychodzenia personelu z Sali operacyjnej po narzędzia i materiały do magazynków zlokalizowanych poza Blokiem Operacyjnym.
  - d. Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie chronić przed zniszczeniem.
  - e. Informowanie Kierownika Bloku Operacyjnego nt. awarii sprzętu i aparatury medycznej, klimatyzacji, innych sytuacji zagrażających realizacji zadań Bloku Operacyjnego.

### III. Tryby wykonywania zabiegów:

1. zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
2. zabieg w trybie przyspieszonym - zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
3. zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

### IV. Planowanie zabiegów operacyjnych – tryb planowy:

1. Kwalifikacja do operacji odbywa się po uprzedniej analizie choroby pacjenta i akceptacji lekarza prowadzącego pacjenta (daną salę chorych) lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem (w tym lekarza dyżurnego) w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Kliniką lub jego Zastępcą. Wpisu kwalifikacji do operacji w historii choroby pacjenta dokonuje lekarz prowadzący pacjenta /salę chorych, na której przebywa pacjent/ lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (w tym lekarz dyżurny).
2. Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych (zwany dalej Planem operacyjnym) zawiera:
  - datę rozpoczęcia pierwszego zabiegu przez zespół operujący,
  - imię i nazwisko pacjenta,
  - rodzaj operacji,
  - kolejność zabiegów w danej sali operacyjnej.
3. Plan operacyjny ustalany jest przez Kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej (lub jego Zastępcę podczas nieobecności Kierownika), we współpracy z Kierownikiem Bloku Operacyjnego i przekazywany do sekretariatu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez sekretariat Kliniki. Zabiegi operacyjne ustalone są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych, według ich klinicznej pilności oraz klasy czystości z zachowaniem zasad optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.

4. Plan operacyjny Kliniki uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające dezynfekcję sprzętu i pomieszczenia oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami.
5. Ustalony Plan operacyjny Kliniki jest przekazywany nie później niż w przeddzień planowanych operacji do godz. 13:00 do sekretariatu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail **anestezjologia@spsk1.lublin.pl** lub faxem 712 - tak, aby umożliwić kwalifikację preanestetyczną pacjenta oraz zaplanowanie pracy zespołu anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu. Ostateczny plan zabiegów operacyjnych może ulec zmianie w dniu jego wykonywania, z powodu ważnych klinicznie zmian w stanie chorych lub po aktualizacji ich badań. Taka zmiana planu dokonywana jest przez Kierownika Kliniki na raporcie porannym. Doraźna zmiana Planu operacyjnego Kliniki przekazywana jest niezwłocznie przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego zespołowi anestezjologicznemu.
6. W przypadku gdy zabieg w trybie planowym ma się odbyć w pierwszy dzień roboczy po dniu wolnym od pracy, lista pacjentów do kwalifikacji do znieczulenia powinna być uzgodniona w ostatni dzień roboczy poprzedzający dzień wolny od pracy.

**V. Zmiany w planie zabiegów operacyjnych:**

1. Zarówno plan zabiegów operacyjnych, jak i zmiany w planie zabiegów operacyjnych są autoryzowane przez Lekarza Kierującego Oddziałem Chirurgii Onkologicznej lub Kierownika Bloku Operacyjnego lub upoważnioną przez niego osobę, o której mowa w pkt. II ppkt 1.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym są dokonywane i mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej, w porozumieniu z Kierownikiem Bloku Operacyjnego lub osób pełniących ich obowiązki. Zmiany w planie dokonywane są w sposób czytelny, nie budzący wątpliwości lub poprzez wydrukowanie kolejnej, obowiązującej wersji z określeniem daty i godz. zmiany (zabrania się skreślania, poprawiania itp.). Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach. Wzór planu zabiegów operacyjnych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz prowadzący/sprawujący opiekę jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
4. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się najpóźniej o godz. 08:30.
5. W przypadku zabiegów w trybie natychmiastowym, pilnym lub przyspieszonym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie. Wszelkich zmian planu zabiegów operacyjnych dokonuje Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej w porozumieniu z Kierownikiem Bloku Operacyjnego w rozumieniu pkt. II ppkt. 1 niniejszego regulaminu.

**VI. Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu. Operator przed zabiegiem operacyjnym bada pacjenta.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.

3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okłooperacyjnej karty kontrolnej":
  - sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
  - sprawdzenie przygotowania Pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
  - sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta (zdjęcia RTG, zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
  - sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,
  - zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
  - zapewnienie poszanowania godności osobistej Pacjenta.
5. Każda z części "Okłooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OKK. W SPSK Nr 1 funkcję Koordynator Okłooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie na danej sali, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.
6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okłooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okłooperacyjnej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada lekarz prowadzący/sprawujący opiekę nad pacjentem (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwnieinfekcyjne).
7. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału. Pacjent przekazywany jest zespołowi Oddziału Kliniki Chirurgii Onkologicznej (lub na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) w służbie Bloku Operacyjnego pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.
8. Pacjent operowany w systemie jednodniowego pobytu opuszcza Blok Operacyjny, po wydaniu decyzji przez lekarza operującego i przekazywany jest zespołowi Oddziału Kliniki Chirurgii Onkologicznej.
9. Transport pacjenta na OAiIT odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu.
10. Decyzję o przeniesieniu chorego na OAiIT podejmuje lekarz anestezjolog w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub lekarzem dyżurnym OAiIT. Transport chorego odbywa się według procedury zamawiania transportu sanitarnego i specjalistycznego w SPSK 1.
11. W razie zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem. Zmarły jest przewożony przez personel na Oddział.
12. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.

## **VII. Zasady ogólne:**

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzega szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania,

narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.

2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespół anestezjologiczny i operacyjny jest zobowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane. W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:
  - dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej)
  - dane dot. kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierującego na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia)
  - dane dot. znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespół anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja czasu rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
  - protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespół operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji – operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne;)
4. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
5. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
6. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z Misją Szpitala.
7. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

#### **VIII. Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej:**

- Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego – (81) 531-81-17 wew. 917
- Kierownik Bloku Operacyjnego – (81) 531-81-13 wew. 913
- Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologii – (81) 531-81-25 wew. 925
- Zastępca Kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej – (81) 531-81-37 wew.937
- Sterylizacja – (81) 532-50-49 wew. 249
- Szpitalny Oddział Anestezjologiczny – (81) 534-97-85; FAX 815349-712;  
[anestezjologia@spsk1.lublin.pl](mailto:anestezjologia@spsk1.lublin.pl)

**BLOK OPERACYJNY  
KLINIKI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ  
SPSK NR 1 W LUBLINIE**

**PLAN OPERACJI NA DZIEŃ.....**

Dyżurni: .....

	Kolejność zabiegów	Dane pacjenta (Imię i nazwisko, wiek, rozpoznanie, rodzaj planowanego zabiegu)	Operator (inicjały)	Asysta (inicjały)	Uwagi
<b>SALA 1</b>	1				
	2				
	3				
<b>SALA 2</b>	1				
	2				
	3				

Podpis osoby upoważnionej.....

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Diagnostowanie, leczenie.
3. Rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych, problemów pielęgnacyjnych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej o charakterze promocyjnym, profilaktycznym, opiekuńczym metodą „procesu pielęgnowania”.
4. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo - zdrowotna i promocja zdrowia pacjentów hospitalizowanych w Klinice i ich rodzin.
10. Przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.
11. Przygotowanie i wdrożenie osób opiekujących się pacjentem do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i leczniczych w domu.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych Kliniki sprawuje Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii stanowiącym komórkę organizacyjną Kliniki.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Kardiologicznej, Poradni Diabetologicznej, Poradni Endokrynologicznej oraz Poradni Chorób Wewnętrznych.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym

na podstawie skierowania.

2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.

#### § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### Przepisy porządkowe

#### § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. Odwiedziny chorych w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego mogą odbywać się po uzyskaniu zgody lekarza.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarstwa i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

#### § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

#### § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

#### § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

#### § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,



- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

### § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo)osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu*).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

### § 20

Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziałach przez całą dobę, natomiast w Poradni Kardiologicznej w poniedziałki w godz. od 08.00 do 18.00, we wtorki i środy w godz. od 08.00 do 12.00, w czwartki w godz. od 11.00 do 18.00, oraz w piątki w godz. od 08.00 do 11.00, zaś w Poradni Endokrynologicznej w poniedziałki, środy i piątki w godz. od 08.00 do 15.00, we wtorki w godz. od 11.00 do 18.00.

### § 21

1. Harmonogram dnia w Klinice:

06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, wykonywanie zleceń godzinowych, pobieranie krwi do badań,
07.00 – 07.15	raport pielęgniarski,
07.00 – 08.00	pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, toaleta chorych, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentów,
08.00 – 09.00	śniadanie, pomoc pacjentom przy spożywaniu posiłku, karmienie, rozdanie leków,
08.00 – 08.15	raport lekarski,
09.00 – 11.00	wizyta lekarska na salach chorych,
09.30 – 12.00	wykonywanie badań diagnostycznych, wykonywanie zleceń i zabiegów lekarskich, wykonywanie zleceń i zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych, sprawdzanie zleceń lekarskich,
12.00 – 13.00	obiad, karmienie obłożnie chorych, rozdanie leków, zabiegi profilaktyczno-pielęgnacyjne,

13.00 – 14.00	wykonywanie zleceń lekarskich, edukacja pacjentów,
14.00 – 17:00	pomiar temperatury, uzupełnianie dokumentacji, przygotowanie pacjentów do badań planowanych na dzień następny,
17.00 – 18.00	kolacja , karmienie i pomoc przy posiłku, rozdanie leków,
18.00 – 19.00	wizyta wieczorna lekarza dyżurnego, wykonywanie zleceń z wizyty popołudniowej,
19.00 – 19.15	raport pielęgniarski,
19.00 – 20.00	toaleta pacjentów leżących, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
22.00 – 06.00	cisza nocna,
22.00 – 24.00	wykonywanie zleceń godzinowych.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 11.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobyków w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY I KLINIKI GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ I GINEKOLOGII**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującym aktami prawnymi i procedurami Szpitala.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo – zdrowotna i promocja zdrowia hospitalizowanych w Klinice i ich rodzin.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego/położnych sprawuje Położna Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
  - a. Oddział Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii,
  - b. Blok Operacyjny.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Ginekologicznej z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

#### **§ 6**

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

### § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. Za zgodą lekarza dyżurnego odwiedzający może pozostać z chorym w godzinach nocnych.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

### § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

### § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

### § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

### § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

## § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 15

5. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
6. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznanymi. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
7. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
8. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia

niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

9. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji ,informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.



## Przepisy szczególne

### § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Ginekologicznej z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej we wtorek w godzinach od 08.00 do 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach od 07.30 do 15.05.
2. Przyjmowanie pacjentek w Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej (przyjęcia planowe w budynku G 16) odbywają się w dni robocze w godzinach od 07.35 do 14.00.

### § 21

1. Harmonogram dnia:

06.00 – 07.45	zabiegi pielęgniarские, pomiary parametrów życiowych, toaleta poranna, czynności przygotowujące do wizyty lekarskiej, realizowanie zleceń lekarskich, raport położnych, raport lekarski,
07.45 – 08.10	wizyta lekarska,
08.10 – 09.00	śniadanie,
09.00 – 12.00	planowe przyjęcia pacjentek do Kliniki, realizowanie zleceń lekarskich, wykonywanie czynności pielęgniarских, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wypisy chorych,
12.00 – 12.30	kwalifikacja pacjentek do zabiegów diagnostyczno- leczniczych,
12.30 – 13.30	obiad,
13.30 – 17.00	realizacja zleceń lekarskich, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, porządkowanie sal chorych,
17.00 – 18.00	prowadzenie działalności oświatowo- zdrowotnej, wizyta wieczorna,
18.00 – 19.00	kolacja,
19.00 – 19.15	raport pielęgniarский,
19.00 – 22.00	realizowanie zleceń lekarskich–pielęgniarских, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, toaleta wieczorna,
22.00 – 06.00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

### § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 09.00 do 12.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO PIONU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO**

### **I. Charakterystyka Bloku Operacyjnego:**

1. Blok Operacyjny 8 Pionu Ginekologiczno-Położniczego jest wydzieloną komórką organizacyjną w strukturze Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. W skład Bloku Operacyjnego 8 Pionu Ginekologiczno-Położniczego wchodzi:
  - 2 sale operacyjne,
  - sala cięć cesarskich,
  - sala diagnostyczno-zabiegowa.

### **II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego 8 Pionu Ginekologiczno-Położniczego:**

1. Nadzór nad pracą personelu lekarskiego z Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii sprawuje Lekarz Kierujący Oddziałem Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii.
2. Nadzór nad pracą lekarzy z Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży sprawuje Lekarz Kierujący Oddziałem Położnictwa i Patologii Ciąży.
3. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego/położniczego sprawuje Położna Oddziałowa.
4. Położna Oddziałowa jest odpowiedzialna za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych, nadzór nad przestrzeganiem przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
5. Położna Oddziałowa współpracuje z Lekarzami Kierującymi Oddziałem.
6. Położna Oddziałowa nadzoruje pracę zespołu pielęgniarsko-położniczego, jest odpowiedzialna za ich stan wiedzy fachowej i poziom etyczny.
7. Personel Bloku Operacyjnego dzieli się na:
  - personel stały: pielęgniarki/położne operacyjne (instrumentariuszki), robotnik gospodarczy,
  - personel zmienny: lekarze (wszystkich specjalności i rezydenci), pielęgniarki anestezjologiczne.
8. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego 8 Pionu Ginekologiczno-Położniczego biorąc pod uwagę liczbę stołów operacyjnych oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.
9. W skład zespołu operacyjnego wchodzi:
  - zespół lekarzy operujących - operator i asysta.
  - zespół anestezjologiczny - lekarz i pielęgniarka,
  - zespół instrumentariuszek (czysta i brudna).
10. W czasie zabiegu jest do dyspozycji robotnik gospodarczy.
11. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
12. W czasie trwania zabiegu na sali operacyjnej personel jest zobowiązany do zakładania i noszenia czapek i masek operacyjnych.
13. W pomieszczeniach Bloku Operacyjnego obowiązuje zachowanie ciszy oraz zakaz używania telefonów

komórkowych w salach operacyjnych.

14. Wstęp na sale operacyjne w trakcie trwania zabiegu, poza personelem operacyjnym mają tylko osoby, które uzyskały pozwolenie Lekarza Kierującego Oddziałem lub Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, przy czym grupa studentów Uniwersytetu Medycznego, przebywająca na salach operacyjnych w ramach zajęć dydaktycznych, nie może liczyć więcej niż 5 osób.
15. Odpowiedzialność za grupy studenckie na Bloku Operacyjnym ponosi nauczyciel akademicki prowadzący zajęcia dydaktyczne.
16. Za gospodarkę materiałową odpowiada Położna Oddziałowa:
  - a) Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
  - b) Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
  - c) Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym.
  - d) Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie konserwować i chronić przed zniszczeniem.
17. Sterylizacja odbywa się zgodnie z przyjętymi standardami, instrukcjami i procedurami.

### **III. Tryby wykonywania zabiegów:**

1. Zabieg w trybie natychmiastowym - zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem.
2. Zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym.
3. Zabieg w trybie przyspieszonym - zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
4. Zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

### **IV. Planowanie zabiegów operacyjnych:**

**Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych zawiera (wg załącznika - wzoru ):**

- **dzień wykonania zabiegów operacyjnych**
- **przydział sali operacyjnej,**
- **kolejność zabiegów na danej sali operacyjnej/ godzinę rozpoczęcia operacji,**
- **imię i nazwisko pacjentki, nr sali w Klinice**
- **rozpoznanie,**
- **rodzaj operacji,**
- **imię i nazwisko lekarza operującego,**
- **imię i nazwisko lekarza kierującego do Kliniki**
- **uwagi.**

1. Harmonogramy zabiegów operacyjnych ustalane są przez wyznaczonego lekarza we współpracy z Lekarzem Kierującym Oddziałem. Zabiegi operacyjne ustalane są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych według klasy czystości z zachowaniem zasad aseptyki

chirurgicznej oraz optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.

2. Harmonogram zabiegów operacyjnych uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające sprzątnięcie i dezynfekcję sprzętu oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza (ok. 0,5h).
3. Ustalany harmonogram zabiegów operacyjnych jest przekazywany niezwłocznie, jednakże nie później niż w przeddzień planowanych operacji Lekarzowi Kierującemu Kliniką Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Położnej Oddziałowej Bloku Operacyjnego tak, aby umożliwić zaplanowanie pracy zespołu pielęgniarek/położnych operacyjnych i przygotowanie odpowiedniego sprzętu.
4. W przypadku zabiegów w trybie natychmiastowym lub pilnym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie.
5. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić tylko za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem. Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach.
6. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
7. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się o najpóźniej o godz. 8.00. Ostatni planowy zabieg winien się rozpocząć nie później niż o godz. 14.00.
8. Personel każdej sali dysponuje oryginalnym planem zabiegów operacyjnych, aby wyeliminować możliwość pomylenia pacjentów.
9. Każda sala operacyjna może być w każdej chwili salą septyczną. Każdego pacjenta należy traktować jako potencjalne źródło zakażenia.

**V. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego 8 Pionu Ginekologiczno-Położniczego odbywa się według określonego schematu:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.
3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okółooperacyjnej karty kontrolnej":
  - sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
  - sprawdzenie przygotowania Pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
  - sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta.
  - sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją – oznaczenie miejsca operowanego
  - zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu pacjenta na Bloku Operacyjnym,
  - zapewnienie poszanowania godności osobistej.
5. Każda z części "Okółooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora Bloku Operacyjnego.
6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okółooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania

podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okołooperacyjnej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada zespół operujący (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwniekcyjne).

7. W miarę możliwości w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego.
8. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny, po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału.
9. Transport pacjenta bezpośrednio po zakończonym znieczuleniu odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu.
10. W razie zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem.
11. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym powyższe wiadomości w czasie wykonywania swoich obowiązków.

## **VI. Zasady ogólne:**

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołów anestezjologicznego i operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym powyższe wiadomości w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane. Zapisy związane z wykonaniem zabiegu operacyjnym sporządzają wszyscy pracownicy w zakresie wykonywanych czynności, zgodnie z obowiązującymi procedurami. W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:
  - dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej)
  - dane dot. kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia)
  - dane dot. znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespół anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
  - protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespół operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji – operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu

zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne;).

1. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
2. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną oraz zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur.
3. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z misją Szpitala.
4. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

**Ważne telefony:**

- Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego - 81 5349782
- Sekretariat Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii - 81 5327847
- Sekretariat Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży - 815326612
- Blok Operacyjny - 81 5349782
- Dział Sterylizacji - 81 5325049
- Pracownia Patomorfologii - 81 5349859, 81 5340274
- Bank Krwi - 81 5328525, 81 5349821
- Gabinet Lekarzy Kliniki Anestezjologii - 81 5349751, 81 5349751
- Dyżurka Pielęgniarek Kliniki Anestezjologii - 81 5349750

**BLOK OPERACYJNY  
PIONU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO  
SPSK NR 1 W LUBLINIE  
(I KLINIKA GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ I GINEKOLOGII)**

**PLAN OPERACJI NA DZIEŃ.....**

Dyżurni: .....

przydział sali operacyjnej	nr kolejny / godz. rozpoczęcia operacji	imię i nazwisko pacjentki / nr sali w Klinice	rozpoznanie	rodzaj operacji	imię i nazwisko lekarza operującego	imię i nazwisko lekarza kierującego do Kliniki	uwagi
1	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
2	1.						
	2.						
	3.						
	4.						

Podpis osoby upoważnionej.....

**BLOK OPERACYJNY  
PIONU GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO  
SPSK NR 1 W LUBLINIE  
(KLINIKA POŁOŻNICTWA I PATOLOGII CIĄŻY)**

**PLAN OPERACJI NA DZIEŃ.....**

Dyżurni: .....

przydział sali operacyjnej	nr kolejny / godz. rozpoczęcia operacji	imię i nazwisko pacjentki / nr sali w Klinice	rozpoznanie	rodzaj operacji	imię i nazwisko lekarza operującego	imię i nazwisko lekarza kierującego do Kliniki	uwagi
1	1.						
	2.						
	3.						
	4.						
2	1.						
	2.						
	3.						
	4.						

Podpis osoby upoważnionej.....



## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI POŁOŻNICTWA I PATOLOGII CIĄŻY**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży, która pełni funkcje III-rzędowego ośrodka opieki perinatalnej, jest zapewnienie pacjentkom i noworodkom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentkom i noworodkom zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym w szczególności z brzmieniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.
2. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentkom i noworodkom przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą z ciążą wysokiego ryzyka, patologicznego porodu, patologicznego porodu oraz opieki nad noworodkami z ciąż powikłanych zgodnie z procedurami obowiązującymi w Klinice.
3. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
4. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z brzmieniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia wśród hospitalizowanych w Klinice i ich rodzin.

#### **§ 3**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych:
  - a. Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza;
  - b. Trakt Porodowy;
  - c. Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży;
  - d. Oddział Noworodków.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Ginekologiczno-Położniczej we wtorki w godz. od 07.30 do 18.00, w pozostałe dni robocze w godz. od 07.30 do 15.00 oraz w Banku Mleka Kobięcego.

#### **§ 4**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Oddziału Położnictwa i Patologii Ciąży sprawuje Lekarz Kierujący Oddziałem Położnictwa i Patologii Ciąży oraz Oddziałem Noworodków, nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Oddziału Noworodków sprawuje z-ca Lekarza Kierującego Oddziałem Noworodków. Nadzór nad Bankiem Mleka Kobięcego sprawuje Kierownik Banku Mleka Kobięcego.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu położniczego sprawuje Położna Oddziałowa, natomiast nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

## Przepisy porządkowe

### § 5

1. Zalecane godziny odwiedzin pacjentek i noworodków w systemie rooming-in w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży codziennie w godzinach od 14.00 do 17.00, w pomieszczeniu do tego przeznaczonym. Na życzenie pacjentki prawo do odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez nią wskazanych.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W Oddziale Noworodków dopuszcza się wyłącznie wizyty rodziców w godzinach indywidualnie dostosowanych do potrzeb noworodka.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

### § 6

W Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży :

1. oceniana jest satysfakcja kobiet objętych opieką okołoporodową w oparciu o „kwestionariusz ankiety adresowanej do kobiet oceniających satysfakcję opieki w trakcie porodu na sali porodowej”,
2. ze względu na występujące różnice liczby porodów w poszczególnych miesiącach, nie rzadziej niż raz w roku monitorowane i sprawozdawane są do Dyrekcji Szpitala wskaźniki opieki okołoporodowej, takie jak:
  - odsetek porodów drogami natury z nacięciem krocza i bez nacięcia krocza,
  - odsetek porodów drogami natury ze stymulacją/indukcją oksytocyną i bez stymulacji,
  - odsetek znieczuleń zewnątrzoponowych w trakcie porodu odsetek cięć cesarskich,
  - ilość interwencji medycznych wymagających podania opioidów pacjentce,
  - ilość zabiegów amniotomii,
  - odsetek noworodków wymagający podania mleka modyfikowanego,
  - odsetek matek karmiących wyłącznie naturalnie w dniu wypisu.

### § 7

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

### § 8

Pacjentka zobowiązana jest do:

- pozostawania w obrębie Oddziału oraz do przebywania w swojej sali w porze obchodów lekarskich i w porze posiłków;
- stosowania się do zaleceń i wskazówek lekarzy i położnych/pielęgniarek, w tym udawania się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Klinikę Położnictwa i Patologii Ciąży w asyście personelu medycznego;
- zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentkom, w tym do dbania, aby osoby odwiedzające nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem;
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych, nie używania telefonów komórkowych, zaburzających pracę urządzeń elektronicznych.

## Prawa pacjenta

### § 9

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjentki wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentce przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Jeżeli pacjentka nie ukończyła 16 lat, jest osobą ubezwłasnowolnioną i niemającą rozeznania lub jest niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - osobą uprawnioną do wyrażenia zgody jest przedstawiciel ustawowy (zgoda zastępcza).
4. Jeżeli pacjentka jest osobą małoletnią, która ukończyła 16 lat lub osobą ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem lub osobą chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem - osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjentka, tj. należy uzyskać zgodę każdego z nich (zgoda równoległa).
5. Jeżeli pacjentka nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, udzielenie świadczenia zdrowotnego bez uzyskania zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia za zezwoleniem sądu opiekuńczego.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjentka składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjentkę życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
7. W przypadkach gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody sądu groziłaby pacjentce niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
8. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust 3, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentką, która ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).

### § 10

1. Na udzielenie świadczeń zdrowotnych, które dotyczą noworodka, wymagane jest wyrażenie zgody przez jego przedstawiciela ustawowego.
2. Przedstawicielami ustawowymi noworodka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani.
  - 1) Matka jest przedstawicielem ustawowym jeżeli:
    - ukończyła 18 lat lub jest zamężna,
    - nie jest ubezwłasnowolniona.
  - 2) Ojciec jest przedstawicielem ustawowym jeżeli:

- jest mężem matki lub ojcostwo zostało ustalone w drodze uznania ojcostwa lub ustalenia ojcostwa,
  - nie jest ubezwłasnowolniony.
3. Każde z rodziców jest uprawnione do wyrażania zgody na udzielenie dziecku świadczenia zdrowotnego.
  4. Zgoda jest wymagana od obojga rodziców w wyjątkowych przypadkach (np. zabieg operacyjny, decyzja o kierunku leczenia poważnej choroby).
  5. Jeżeli noworodek nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub przedstawiciel ustawowy odmawia udzielenia zgody na dokonanie czynności medycznej, która jest niezbędna dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez noworodka życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia czynności tej dokonuje się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego, z zastrzeżeniem ust. 6.
  6. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby noworodkowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia czynności medycznej dokonuje się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 11

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentce lub osobom przez nią wskazanym.
2. Informacja o stanie zdrowia noworodka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
3. W przypadku gdy pacjentka jest niezdolna do wskazania osób uprawnionych do uzyskania informacji – informacji udziela się osobom bliskim w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w szczególności małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 12

1. Pozostałe prawa pacjentki w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży SPSK Nr 1 w Lublinie określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży umożliwia pacjentkom zapoznanie się z przysługującymi jej prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentkami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentek oraz udzielania pacjentkom informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 13

1. Pacjentka ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjentka nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjentkę o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjentki są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjentki.

## § 14

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### **Przepisy szczególne**

#### Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza

## § 15

Pacjentka zobowiązana jest:

- do okazania dowodu osobistego;
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala;
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego;
- na życzenie rodzącej, w Izbie Przyjęć następuje wykonanie lewatywy i golenia owłosienia łonowego.

#### Trakt Porodowy

## § 16

1. Osobą sprawującą opiekę nad kobietą podczas porodu jest lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii i położna.
2. Pacjentka ma możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę wyłącznie spośród osób zatrudnionych w Szpitalu i zgodnie z ich harmonogramem pracy, a w odniesieniu do lekarzy wyłącznie spośród lekarzy specjalistów.
3. W godzinach normalnej ordynacji Szpitala, tj. w godzinach od 07.30 do 15.05 opiekę nad pacjentką sprawuje wybrany przez nią lekarz dyżurny Traktu Porodowego, a w godzinach od godz. 15.05 do 07.30 wybrany przez nią lekarz dyżurny pionu ginekologiczno-położniczego.
4. Obecność innych osób sprawujących opiekę - specjalistów położnictwa i ginekologii lub innych specjalistów możliwa jest wyjątkowo, po uprzednim uzyskaniu zgody od lekarza kierującego oddziałem, lub po wezwaniu przez lekarzy dyżurnych „na ratunek”.

## § 17

1. Osoba sprawująca opiekę przedstawia się pacjentce i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nią, a w sytuacji konieczności przekazania opieki innej osobie informuje pacjentkę o tym fakcie.
2. Osoba sprawująca opiekę umożliwia pacjentce branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem, w szczególności, zapoznaje się z potrzebami i oczekiwaniami pacjentki, omawia z pacjentką plan porodu oraz udziela informacji na temat sposobów wzywania pomocy.
3. Osoba sprawująca opiekę dostarcza rodzącej kompletnej i zrozumiałej dla niej informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego, ich dostępności, skuteczności, a także wpływie danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, wystąpienia możliwych powikłań i działań niepożądanych.
4. Ingerencja w naturalny proces porodu, w szczególności znieczulenie farmakologiczne, poród zabiegowy, wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem.
5. Osoba sprawująca opiekę każdorazowo uzyskuje zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań w szczególności na: badanie położnicze wewnętrzne i zewnętrzne, stymulacji czynności skurczowej, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Odmowa wyrażenia zgody następuje zawsze w formie pisemnej.

## § 18

1. Podczas porodu fizjologicznego pacjentce może towarzyszyć jedna, wskazana przez nią osoba bliska (tzw. poród rodzinny). Zamiar odbycia porodu rodzinnego należy zgłosić lekarzowi dyżurnemu Traktu Porodowego i podać personalia tej osoby celem wpisania do dokumentacji medycznej pacjentki.
1. Prawo to może podlegać ograniczeniom ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz istnienie prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego.
2. Z uwagi na warunki wynikające z porodu w sali wieloosobowej prawo do dodatkowej opieki osoby bliskiej podczas porodu może zostać ograniczone także w razie wystąpienia okoliczności, które uniemożliwiałyby zapewnienia poszanowania intymności innych rodzących, w przypadku kilku równocześnie odbywających się porodów.
3. Osoba sprawująca opiekę uzyskuje ustną zgodę innych rodzących na obecność osoby bliskiej rodzącej. W razie wyrażenia sprzeciwu, cofnięcia ich zgody w późniejszym okresie lub rozpoczęcia kolejnego porodu i wyrażenia sprzeciwu, odnotowuje się ten fakt w dokumentacji medycznej rodzącej i informuje rodzącą o konieczności opuszczenia traktu porodowego przez osobę bliską.

## § 19

1. Po porodzie noworodek jest kładziony bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają.
2. Bezpośrednio po urodzeniu zapewnia się dziecku nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry" przez co najmniej dwie godziny po porodzie.
3. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowany w dokumentacji medycznej.
4. Po pierwszym kontakcie z matką ocenia się, w miarę możliwości w obecności matki:
  - stan ogólny oraz adaptację pourodzeniową noworodka, ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego;
  - ewentualną obecność wad rozwojowych- kontrola drożności przełyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu;
  - ewentualną obecność uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu.

## Oddział Noworodków

## § 20

1. W Oddziale Noworodków ustala się następujący Harmonogram dnia:

07.00 – 07.15	raport pielęgniarski
07.15 – 08.30	pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych przygotowujących noworodki do wizyty lekarskiej
07.45 – 08.00	raport lekarski
08.00 – 10.00	wizyta lekarska
10.00 – 12.00	planowe procedury, zlecenia lekarskie, badanie słuchu
10.00 – 13.00	analizowanie i planowanie procesu diagnostyczno- leczniczego, informowanie o stanie zdrowia noworodka, pobieranie testów przesiewowych, szczepienia ochronne, wykonywanie zleceń lekarskich
13.00 – 15.00	wypisy noworodków z instruktażem
15.00 – 17.00	pomiar temperatury ciała, zabiegi pielęgniarskie
17.00 – 19.00	wizyta lekarska
19.00 – 21.00	zabiegi pielęgnacyjne i terapeutyczne u noworodków,
21.00 – 24.00	planowa wymiana sprzętu, przygotowanie sprzętu do sterylizacji
24.00 – 03.00	planowe zlecenia lekarskie
06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, masy ciała i RR noworodków przygotowywanie inkubatorów i łóżeczek.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Następujące czynności wykonywane są w Oddziale całodobowo:
  - asysta przy porodach drogami natury i porodach zabiegowych (ocena stanu ogólnego noworodków i ewentualnie czynności resuscytacyjne, badanie lekarskie, pomiary antropometryczne);
  - stały nadzór kliniczny i ocena nadzoru biofizycznego;
  - pobieranie badań laboratoryjnych, asysta przy badaniach dodatkowych – RTG, USG, ECHO serca – wg zleceń lekarskich;
  - działania ukierunkowane na karmienie piersią (rozmowy edukacyjne z matkami, praktyczne szkolenie matek, prawidłowa technika karmienia piersią);
  - prowadzenie dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej;
  - informowanie o stanie zdrowia noworodków.

#### § 21

1. W okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki lub ojca, wykonuje poszerzone badanie kliniczne.
2. Noworodki ze stwierdzonymi podczas badania zaburzeniami, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia zostają przekazane do sali intensywnej terapii noworodków.

#### § 22

W procesie pielęgnacji i leczenia wcześniaka i noworodka chorego bardzo ważny jest udział rodziców. Szczególnie ważny jest bliski kontakt matki z dzieckiem, karmienie i udział w pielęgnacji, realizowany zgodnie z w/w harmonogramem planowym, indywidualnie dostosowany do potrzeb pacjenta.

#### Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży

#### § 23

1. W Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży ustala się następujący Harmonogram dnia

06.00 – 07.45	zabiegi pielęgniarskie, czynności przygotowujące do wizyty lekarskiej, toaleta poranna,
07.00 – 07.15	raport pielęgniarski,
07.15 – 08.00	śniadanie,
07.45 – 08.00	raport lekarski,
08.00 – 10.00	wizyta lekarska,
10.00 – 12.30	wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów pielęgniarskich
11.00 – 12.00	udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjentkom i osobom przez nie wskazanym,
12.30 – 13.00	obiad,
13.00 – 17.00	zabiegi lekarskie, pielęgniarskie,
17.00 – 17.30	kolacja,
od 17.30	wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów pielęgniarskich, toaleta wieczorna,
19.00 – 19.15	raport pielęgniarski.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

#### § 24

1. Osobą sprawującą opiekę nad kobietą podczas ciąży powikłanej jest lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz położna, zgodnie z ich harmonogramem pracy podpisanym odpowiednio przez lekarza kierującego Oddziałem Położnictwa i Patologii Ciąży oraz Oddziałem Noworodków lub kierownika personelu położniczego.
2. W godzinach normalnej ordynacji Szpitala tj. w godzinach od 07.30 do 15.05 opiekę sprawuje lekarz właściwy dla sali pobytu pacjentki, a w godzinach od 15.05 do 07.30 lekarz dyżurny.

#### § 25

1. Wypisywanie pacjentek odbywa się codziennie, również w sobotę i niedzielę.
2. W dniu wypisu pacjentka otrzymuje:
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej z pobytu w szpitalu położnicy i noworodka;
  - zalecenia pielęgniarско/położnicze dotyczące postępowania po porodzie fizjologicznym/porodzie zabiegowym;
  - zaświadczenie o pobycie w szpitalu;
  - zwolnienie lekarskie lub zaświadczenie lekarskie stanowiące podstawę do przyznania zasiłku chorobowego lub urlopu macierzyńskiego;
  - dokumentację lekarską (badania, karty informacyjne z wcześniejszych pobytów szpitalnych) będącą własnością pacjentki;
  - odpowiednie recepty i skierowania w razie potrzeby;
  - książeczkę zdrowia dziecka.

#### Bank Mleka Kobiecego

#### § 26

1. Do zadań Banku Mleka Kobiecego należy realizacja działań z zakresu pozyskiwania mleka kobiecego, jego bezpiecznego przechowywania i dostarczania potrzebującym dzieciom.
2. Kandydatka na dawczynię dobrowolnie przechodzi proces rekrutacji, na który składa się wywiad z kandydatką, badanie ginekologiczne, badania serologiczne oraz badania mikrobiologiczne.
3. Oddawanie mleka kobiecego jest honorowe. Dawczyni nie przysługuje gratyfikacja.
4. Jeśli kandydatka nie przeszła całkowicie procedury rekrutacji nie może zostać dawczynią.
5. Dawczyni pozyskuje mleko w swoim domu oraz zamraża i przechowuje w zamrażalniku (-20°C). Szpitalny kurier po uprzednim porozumieniu z dawczynią odbiera partie mleka w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż co 4 tygodnie.
6. Dawczyni może oddawać mleko do 1 roku po porodzie. W szczególnych przypadkach można rozważyć przedłużenie tego okresu.
7. Procesy związane z przetwarzaniem mleka realizowane są przez personel SPSK Nr 1 w Lublinie przeszkolony w Banku Mleka Kobiecego.



## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI DERMATOLOGII WENEROLOGII I DERMATOLOGII DZIECIĘCEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko-pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy w szczególności:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych w zakresie Dermatologii i Wenerologii.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
  - a. Oddział Dermatologii i Wenerologii: Kobiety i Męski,
  - b. Oddział Dermatologii Dziecięcej.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Dermatologicznej.
3. W obrębie Kliniki wydzielą się gabinety ukierunkowane na udzielania świadczeń o charakterze:
  - Laseroterapii i Dermatochirurgii,
  - Diagnostyki Obrazowej (wideodermatoskopii, trichoskopii, kapilaroskopii),
  - Fizykoterapii i Terapii Fotodynamicznej,
  - Leczenia Chorób Alergicznych Skóry.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne w oddziałach Kliniki Dermatologii udzielane są pacjentom ubezpieczonym bezpłatnie na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Ze skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są świadczenia zdrowotne w Poradni Dermatologicznej.
3. Osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych ustawą o świadczeniu opieki medycznej i finansowanej ze środków publicznych ponoszą pełną odpłatność za udzielane im świadczenia zdrowotne.

## § 6

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziałach Kliniki Dermatologii przez całą dobę.
2. Świadczenia zdrowotne w Poradni Dermatologicznej udzielane są w dni robocze w wyznaczonych godzinach.

## § 7

Na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz informuje pacjenta o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, a pielęgniarka o sposobie pielęgnowania.

## § 8

- 1 W Klinice Dermatologii udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. W Klinice Dermatologii prowadzone są nowoczesne terapie w zakresie schorzeń dermatologicznych w ramach programów lekowych NFZ.
3. W Klinice Dermatologii prowadzone są nowoczesne celowane terapie w ramach badań klinicznych w autoimmunologicznych chorobach skóry.
4. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
5. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń zdrowotnych w Klinice Dermatologii prowadzona jest lista osób oczekujących (w wersji papierowej i elektronicznej).

## **Przepisy porządkowe**

## § 9

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

## § 10

Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne oraz inne zabiegi poza Kliniką, Oddziałem, w zależności od stanu zdrowia, stopnia sprawności są przewożeni na wózku bądź przenoszeni na noszach pod opieką personelu.

## § 11

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

## § 12

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

### § 13

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

### § 14

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## **Prawa pacjenta**

### § 15

1. Prawa pacjenta w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie określa Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika Dermatologii umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami oraz realizację prawa do opieki duszpasterskiej.
3. Personel Kliniki Dermatologii sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz udzielania pacjentowi informacji w zakresie przysługujących mu praw.

### § 16

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro

pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

#### § 17

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

#### § 18

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńskiego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńskiego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 19

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńskiego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńskiego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego

rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 20

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu*).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 21

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 22

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### Przepisy szczególne

#### § 23

1. Harmonogram dnia:

06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, wykonywanie zleceń godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, przekazanie raportu pielęgniarstwa zmianie dziennej,
07.00 – 09.00	toaleta chorych, zmiana bielizny osobistej, pościelowej, rozłożenie leków doustnych poszczególnym chorym, śniadanie (karmienie chorych wymagających pomocy), podanie leków doustnych pacjentom, wykonywanie zleceń i zabiegów lekarskich, przygotowanie chorych do wizyty lekarskiej,
08.00 – 08.20	raport lekarski,
09.00 – 11.00	wizyta lekarska, wykonywanie badań diagnostycznych, wykonywanie zleceń i zabiegów lekarskich, przygotowanie chorych i dokumentacji do konsultacji specjalistycznych,
11.00 – 12.00	wykonywanie zleceń, zabiegów lekarskich i pielęgnacyjno-leczniczych, wypisy i przyjęcia chorych,
12.00 – 14.00	rozłożenie leków doustnych, rozdanie obiadu, karmienie chorych wymagających pomocy, rozdanie leków doustnych poszczególnym chorym,
14.00 – 16.00	wykonywanie zleceń lekarskich- godzinowych, edukowanie pacjentów,
16.00 – 18.00	mierzenie temperatury, wykonywanie zleceń lekarskich (godzinowych), wykonywanie toalety obłożnie chorym, wizyta lekarska,
18.00 – 19.00	rozłożenie leków doustnych poszczególnym chorym, kolacja (karmienie chorych wymagających pomocy), podanie leków doustnych poszczególnym chorym, uzupełnienie zleceń lekarskich,

	uzupełnienie dokumentacji pielęgniarskiej, raport pielęgniarski i przekazanie dyżuru pielęgniarce nocnej,
19.00 – 22.00	zapoznanie ze stanem pacjentów leżących w Oddziale, wykonywanie zleceń lekarskich - godzinowych, uzupełnienie dokumentacji,
22.00 – 06.00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu

#### § 24

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 12.00 oraz w soboty.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobyków w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

#### §25

Klinika Dermatologii w czasie przekazania pacjenta do innej Kliniki/Zakładu zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI OKULISTYKI OGÓLNEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, leczenia, diagnostyki, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych przypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Kliniki Okulistyki Ogólnej sprawuje Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w:
  - a. Oddziale Okulistyki – pododdział A,
  - b. Oddziale Okulistyki Dziecięcej,
  - c. Izbie Przyjęć,
  - d. Bloku Operacyjnym.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej (Poradnia Okulistyczna Ogólna) oraz w Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ (Poradnia Okulistyczna przy ulicy Langiewicza 6A).

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie: wypadków, urazów, stanu zagrożenia oraz otrzymania decyzji o przymusowej hospitalizacji.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

#### § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### Przepisy porządkowe

#### § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

#### § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza oddział pod opieką personelu medycznego.

#### § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału

#### § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

#### § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,



- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

## § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotne po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenie stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłań), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta, lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 14

Osobą uprawnioną do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażania zgody / zgoda wyłączna/. Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - a. która nie ukończyła 16 lat,
  - b. ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,

- c. niezdolną do świadomego wyrażania zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),  
osobą uprawnioną do wyrażania zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 1, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).
  3. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko, wyrażają oboje rodzice.
  4. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
  5. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
  6. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - a. małoletnią, która ukończyła 16 lat,
  - b. ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniam,
  - c. chorą psychicznie, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniam,osobami uprawnionymi do wyrażania zgody na udzielania świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielenia informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczegółowe

### § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w poradniach we wtorek od godz. 08.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze od godz. 08.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice Prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

### § 21

#### 1. Harmonogram dnia :

06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, RR, tt, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,
07.00 – 07.20	toaleta chorych, prześcielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
07.20 – 08.00	śniadanie, porządkowanie sal chorych, przygotowanie do wizyty, przygotowanie chorych do operacji,
08.00 – 09.30	wizyta lekarska /badanie odbywa się w ciemni/, wykonywanie zleceń

	Godzinowych,
09.30 – 12.00	wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów diagnostyczno - leczniczych, zabiegów pielęgnacyjnych, wyjazdy z chorymi celem konsultacji do innych klinik, przyjmowanie nowych chorych do oddziału, edukacja pacjentów i promowanie zdrowia, transport pacjentów na blok operacyjny, z bloku operacyjnego i opieka nad pacjentami operowanymi, wykonywanie zleceń godzinowych,
12.00 – 12.55	wypisy chorych, wykonywanie zleceń godzinowych,
12.55 – 13.25	obiad,
13.25 – 14.00	konsultacje z ordynatorem /badanie odbywa się w ciemni / wykonywanie zleceń godzinowych,
14.00 – 17.00	czas wolny, rozmowy z pacjentami, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, wykonywanie zleceń godzinowych
17.00 – 18.10	pomiar temperatury, RR, tt, przygotowanie pacjentów do badań specjalistycznych na dzień następny, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, wizyta lekarska, wykonywanie zleceń lekarskich,
18.10 – 18.30	kolacja,
18.30 – 19.00	uporządkowanie sal chorych, wykonywanie zleceń lekarskich, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,
19.00 – 22.00	przygotowanie do wypoczynku nocnego: toaleta, uporządkowanie sal chorych, zabiegi pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych,
22.00 – 06.00	cisza nocna, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w oddziale, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Planowe zabiegi operacyjne odbywają się w dni powszednie w godz. 08.00-15.00.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 12.00 a w soboty od godz. 10.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHIRURGII SIATKÓWKI I CIAŁA SZKLISTEGO**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Oddziału należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i ambulatoryjnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki zlokalizowanych przy ul. Chmielnej 1:
  - a. Klinika Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklistego – pododdział B,
  - b. Izba Przyjęć,
  - c. Blok Operacyjny,
  - d. Poradnie Przykliniczne,
  - e. Pracownia Angiografii Narządu Wzroku.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i w Izbie Przyjęć udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielania świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

## § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

## § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

## § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

## § 9

Dostarczenie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

## § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

## § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,

- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

## § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenie stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub

- opóźnioną umysłowo),  
osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (zgoda zastępcza).
2. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust 1, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).
  3. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielenie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
  4. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
  5. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
  6. W przypadkach gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (zgoda równoległa).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadku gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.



### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta określa Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie. Dla osób niewidomych i słabowidzących dostępna jest Karta Praw Pacjenta pisana alfabetem Braillea.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe

## Przepisy szczególne

### § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w poradniach we wtorek od godz. 08.00 - 18.00, a w pozostałe dni robocze od godz. 8.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

### § 21

1. Harmonogram dnia :

06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, RR, tt, toaleta chorych, zmiana bielizny osobistej, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,
07.00 – 07.20	wykonanie zleceń godzinowych, prześcielenie łóżek, zmiana bielizny pościelowej,
07.20 – 08.00	śniadanie, sprzątanie sal chorych, przygotowanie do wizyty, przygotowanie chorych do operacji
08.00 – 08.30	wizyta lekarska (badanie odbywa się w ciemni), wykonywanie zleceń godzinowych,
08.30 – 12.55	wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów diagnostyczno-leczniczych, zabiegów pielęgnacyjnych, wyjazdy z chorymi celem konsultacji do innych klinik, przyjmowanie nowych chorych do oddziału, edukacja pacjenta i promocja zdrowia, transport pacjentów na blok operacyjny, z bloku operacyjnego i opieka nad pacjentem

10.00	po operacji, wykonywanie zleceń godzinowych,
12.55 – 13.25	wypisy chorych, uporządkowanie sal chorych,
13.25 – 14.00	obiad
13.25 – 14.00	konsultacje z ordynatorem (badanie odbywa się w ciemni), wykonywanie zleceń godzinowych
14.00 – 17.00	czas wolny, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, wykonywanie zleceń godzinowych,
17.00 – 18.10	pomiar temperatury, RR, TT, przygotowanie pacjentów do badań specjalistycznych na dzień następny, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, wizyta lekarska, wykonanie zleceń lekarskich
18.10 – 18.30	kolacja
18.00 – 19.00	uporządkowanie sal chorych, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,
19.00 – 22.00	przygotowanie do wypoczynku nocnego: <ul style="list-style-type: none"> <li>- uporządkowanie sal chorych,</li> <li>- toaleta,</li> <li>- zabiegi pielęgnacyjne,</li> <li>- wykonywanie zleceń godzinowych.</li> </ul>
22.00 – 06.00	cisza nocna, wykonywanie zleceń godzinowych.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

3. Planowe zabiegi operacyjne w oddziale odbywają się w dni powszednie w godz. 08.00 – 15.00.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 10:00.

2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:

- dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
- dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
- wskazówki do dalszego postępowania,
- odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
- zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI DIAGNOSTYKI I MIKROCHIRURGII JASKRY**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom na wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych przypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry sprawuje Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane w:
  - a) Oddziale Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry – pododdział C,
  - b) Izbie Przyjęć,
  - c) Bloku Operacyjnym.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej (Poradnia Okulistyczna Ogólna) oraz Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ (Poradnia Okulistyczna przy ulicy Langiewicza 6A).
3. Ponadto przy Klinice Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry funkcjonuje Bank Tkanek Oka.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie: wypadków, urazów, stanu zagrożenia oraz otrzymania decyzji o przymusowej hospitalizacji.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

## § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lubinie

## Przepisy porządkowe

## § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

## § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza oddział pod opieką personelu medycznego.

## § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką oddziału.

## § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

## § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające nie zakłócały porządku swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

### § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotne po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenie stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłań), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta, lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 14

Osobą uprawnioną do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażania zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażania zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażania zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust 1, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).
3. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko, wyrażają oboje rodzice.
4. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.

5. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
6. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie, osobami uprawnionymi do wyrażania zgody na udzielania świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent i należy uzyskać zgodę każdego z nich (zgoda równoległa).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielenia informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

## § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

## § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczegółowe

### § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w poradniach we wtorek od godz. 08.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze od godz. 08.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice Prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

### § 21

1. Harmonogram dnia :

06.00 – 07.00	mierzenie temperatury, RR, tt, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,
07.00 – 07.20	toaleta chorych, prześcielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej,
07.20 – 08.00	śniadanie, porządkowanie sal chorych, przygotowanie do wizyty, przygotowanie chorych do operacji,
08.00 – 09.30	wizyta lekarska /badanie odbywa się w ciemni/, wykonywanie zleceń godzinowych,
09.30 – 12.00	wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów diagnostyczno- leczniczych zabiegów pielęgnacyjnych, wyjazdy z chorymi celem konsultacji do innych klinik, przyjmowanie nowych chorych do oddziału, edukacja pacjentów i promowanie zdrowia, transport pacjentów na blok operacyjny, z bloku operacyjnego i opieka nad pacjentami operowanymi, wykonywanie zleceń godzinowych,
12.00 – 12.55	wypisy chorych, wykonywanie zleceń godzinowych,
12.55 – 13.25	obiad,
13.25 – 14.00	konsultacje z ordynatorem /badanie odbywa się w ciemni/, wykonywanie zleceń godzinowych,
14.00 – 17.00	czas wolny, rozmowy z pacjentami, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, wykonywanie zleceń godzinowych
17.00 – 18.10	pomiar temperatury, RR, tt, przygotowanie pacjentów do badań specjalistycznych na dzień następny, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych wizyta lekarska, wykonywanie zleceń lekarskich
18.10 – 18.30	kolacja,
18.30 – 19.00	uporządkowanie sal chorych, wykonywanie zleceń lekarskich, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,
19.00 – 22.00	przygotowanie do wypoczynku nocnego: toaleta, uporządkowanie sal chorych, zabiegi pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych,
22.00 – 06.00	cisza nocna, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w oddziale, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Planowe zabiegi operacyjne odbywają się w dni powszednie w godz. 08.00-15.00

### § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 12.00, a w soboty od godz. 10:00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań

- diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
- dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.



## REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO KLINIK OKULISTYKI

### I. Charakterystyka Bloku Operacyjnego

1. Blok Operacyjny Klinik Okulistyki (Blok Operacyjny) z którego korzystają trzy Oddziały:

- Pododdział A - Oddział Okulistyki Ogólnej,
- Pododdział B - Oddział Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklistego,
- Pododdział C - Oddział Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry,

jest wydzieloną komórką organizacyjną Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.

2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzi:

- 3 sale operacyjne wraz z pomieszczeniami pomocniczymi,
- sala wybudzeń,
- 2 śluzy.

3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:

- przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie,
- realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

### II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego:

1. Nadzór nad pracą personelu Bloku Operacyjnego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego.

2. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego jest odpowiedzialna za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych.

3. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego współpracuje z Lekarzami Kierującymi Oddziałami Okulistyki, realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którymi zarządza i nadzoruje ich pracę.

4. Personel Bloku Operacyjnego stanowią:

- pielęgniarki operacyjne (w godzinach 07.00 – 19.00 pielęgniarki operacyjne Bloku Operacyjnego Kliniki Okulistyki, a w godzinach 19.00 – 07.00 pielęgniarki Bloku Operacyjnego SPSK1)
- pracownik gospodarczy,
- lekarze (wszystkich specjalności, rezydenci, stażyści),
- pielęgniarki anestezyjologiczne,
- studenci UM, którzy nie są pracownikami, ale mają prawo przebywania na Bloku Operacyjnym i obserwowania przebiegu operacji.

5. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego biorąc pod uwagę liczbę stanowisk oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.

6. W skład zespołu operacyjnego wchodzi:

- zespół lekarzy operujących - operator i asysta,
- zespół pielęgniarek operacyjnych (instrumentująca oraz pomocnicza),
- zespół anestezyjologiczny - lekarz i pielęgniarka.

7. W czasie każdego zabiegu jest do dyspozycji Bloku Operacyjnego pracownik gospodarczy.

8. Planując harmonogram pracy pracowników gospodarczych należy uwzględnić plan higieny dla Bloku Operacyjnego, sporządzany przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.

9. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
10. Za gospodarkę materiałową oraz zgłaszanie do Działu Aparatury Medycznej awarii aparatury i sprzętu medycznego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego (w części anestezjologicznej – Pielęgniarka Anestezjologiczna):
  - a. Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
  - b. Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
  - c. Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym. W trakcie zabiegu ograniczone do minimum jest wychodzenie personelu z Sali operacyjnej po narzędzia i materiały do magazynków zlokalizowanych poza Blokiem Operacyjnym.
  - d. Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie chronić przed zniszczeniem.

### III. Tryby wykonywania zabiegów:

1. zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w najszybszym możliwym terminie, niezwłocznie od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta po urazie oka lub pogorszeniem stanu klinicznego, które stanowi nieodwracalne zagrożenie dla zachowania struktur oraz funkcji narządu wzroku;
2. zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

### IV. Planowanie zabiegów operacyjnych – tryb planowy:

1. Kwalifikacja do operacji odbywa się po uprzedniej analizie choroby pacjenta i akceptacji lekarza wykonującego zabieg operacyjny lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem (w tym lekarza dyżurnego) w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Kliniką lub jego Zastępcą. Wpisu kwalifikacji do operacji w historii choroby pacjenta dokonuje lekarz prowadzący pacjenta /salę chorych, na której przebywa pacjent/ lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (w tym lekarz dyżurny).
2. Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych i zawiera:
  - planowaną datę i godzinę rozpoczęcia zabiegu przez zespół operujący,
  - imię i nazwisko pacjenta,
  - rodzaj operacji,
  - nazwisko głównego operatora,
  - kolejność zabiegów w danej sali operacyjnej,
  - przydział sali operacyjnej.
3. Harmonogram zabiegów operacyjnych ustalany jest w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcę, w rozumieniu pkt. II ppkt 1 niniejszego regulaminu. Zabiegi operacyjne ustalone są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych według klasy czystości z zachowaniem zasad aseptyki chirurgicznej oraz optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.
4. Harmonogram zabiegów operacyjnych uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające dezynfekcję sprzętu i pomieszczenia oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami.
5. Ustalany harmonogram zabiegów operacyjnych jest przekazywany niezwłocznie, jednakże nie później niż w przeddzień planowanych operacji do godz. 13.00 Lekarzowi Kierującemu Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail: [anestezjologia@spsk1.lublin.pl](mailto:anestezjologia@spsk1.lublin.pl) lub faxem 712 - tak, aby umożliwić kwalifikację preanestetyczną pacjenta oraz zaplanowanie pracy zespołu

anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu. Ostateczny plan zabiegów operacyjnych uzgadniany jest przez Lekarza Kierującego Oddziałem oraz Lekarza Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz przekazywany Pielęgniarsce Oddziałowej Bloku Operacyjnego.

6. W przypadku, gdy zabieg w trybie planowym ma się odbyć w pierwszy dzień roboczy po dniu wolnym od pracy, lista pacjentów do kwalifikacji do znieczulenia powinna być uzgodniona w ostatni dzień roboczy poprzedzający dzień wolny od pracy.

#### V. **Zmiany w planie zabiegów operacyjnych:**

1. Zarówno plan zabiegów operacyjnych, jak i zmiany w planie zabiegów operacyjnych są autoryzowane przez Lekarza Kierującego Oddziałem lub upoważnioną przez niego osobę, o której mowa w pkt. II ppkt. 1.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym są dokonywane i mogą nastąpić tylko za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcy. Zmiany w planie dokonywane są w sposób czytelny, nie budzący wątpliwości lub poprzez wydrukowanie kolejnej, obowiązującej wersji z określeniem daty i godz. zmiany (zabrania się skreślania, poprawiania itp.). Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach. **Wzór planu zabiegów operacyjnych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.**
3. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz prowadzący/sprawujący opiekę jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
4. Lekarz Kierujący Oddziałem ustala godzinę rozpoczęcia zabiegu.
5. W przypadku zabiegów w trybie pilnym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie. Wszelkich zmian planu zabiegów operacyjnych dokonuje Lekarz Kierujący Oddziałem w rozumieniu pkt. II ppkt. 1 niniejszego regulaminu.

#### VI. **Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu. Operator przed zabiegiem operacyjnym bada pacjenta.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego w przypadku pacjentów planowanych do zabiegu w znieczuleniu ogólnym, lub pod opiekę zespołu lekarsko-pielęgniarskiego Bloku Operacyjnego w przypadku pacjentów planowanych do znieczulenia miejscowego, który zapewniają stałą opiekę od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.
3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okółooperacyjnej karty kontrolnej":
  - sprawdzenie tożsamości pacjenta,
  - sprawdzenie przygotowania pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
  - sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej pacjenta (zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
  - sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,

- zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
  - zapewnienie poszanowania godności osobistej pacjenta.
5. Każda z części "Okółooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OKK. W SPSK Nr 1 funkcję Koordynator Okółooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie na danej sali, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.
  6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okółooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okółooperacyjnej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada lekarz prowadzący/sprawujący opiekę nad pacjentem (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwnieinfekcyjne).
  7. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa w przypadku chorych operowanych w znieczuleniu ogólnym lub przez lekarza prowadzącego zabieg, u pacjentów operowanych bez udziału lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału. Pacjent przekazywany jest zespołowi jednego z Oddziałów Okulistyki w służbie Bloku Operacyjnego.
  8. W razie wystąpienia poważnych powikłań śródoperacyjnych lub zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcę.
  9. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.

## VII. Zasady ogólne:

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzega szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespół anestezjologiczny i operacyjny jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane. W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:
  - dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej),
  - dane dotyczące kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierującego na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia),
  - dane dotyczące znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespół anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis,
  - protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespół operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji

– operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne).

4. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
5. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
6. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

#### **VIII. Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej:**

- Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego – 81 5030765, [rkrzyzanowska@spsk1.lublin.pl](mailto:rkrzyzanowska@spsk1.lublin.pl)
- Lekarz Kierujący Oddziałem – 81 5326149, [okulistyka1@umlub.pl](mailto:okulistyka1@umlub.pl)
- Sterylizacja – 81 5325049
- Szpitalny Oddział Anestezjologiczny – 81 5349785; [anestezjologia@spsk1.lublin.pl](mailto:anestezjologia@spsk1.lublin.pl)

**BLOK OPERACYJNY  
KLINIK OKULISTYKI  
SPSK NR 1 W LUBLINIE**

**PLAN OPERACJI NA DZIEŃ.....**

Dyżurni: .....

Sala oper.	Lp.	Planowana godzina rozpoczęcia operacji	Sala oddział	Imię i nazwisko	Rozpoznanie	Proponowany zabieg	Zespół operacyjny

Podpis osoby upoważnionej.....

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY II KLINIKI ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii:

1. Intensywna terapia, tj. postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu (oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego itd.) poprzez stałą obserwację i nadzór nad funkcjami życiowymi, intensywną pielęgnację i intensywną terapię,
2. Anestezja, tj. wykonywanie znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych,
3. Reanimacja, tj. działania mającego na celu przerwanie i odwrócenie procesu umierania,
4. Leczenie bólu niezależnie od jego przyczyny.

#### **§ 3**

Do pozostałych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie i pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania.”
3. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 4**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 5**

Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii stanowiącym komórkę organizacyjną Kliniki.

#### **§ 6**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.

2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

#### § 7

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### Przepisy porządkowe

#### § 8

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

#### § 9

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

#### § 10

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

#### § 11

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

#### § 12

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,



- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

### § 13

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

### § 14

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 15

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),
 osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.

3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 17

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 18

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji ,informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

## § 19

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

## § 20

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

## § 21

Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziałach i w Izbie Przyjęć przez całą dobę.

## § 22

1. Harmonogram dnia w Oddziale:

05:00 – 07:00	toaleta poranna,
07:00 – 07:30	raport pielęgniarski,
07:30 – 08:00	pobieranie materiałów do badań,
08:00	pierwszy posiłek,
08:00 – 08:15	raport lekarski,
08:15 – 09:00	podstawowa wizyta lekarska,
09:00	wykonywanie zabiegów pielęgniarskich,
od 11:00	odwiedziny,
16:00 – 18:00	toaleta wieczorna,
19:00 – 19:15	raport pielęgniarski,
22:00 – 05:00	cisza nocna.
2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 23

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 12.00, w soboty od godz. 10:00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobyków w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY I KLINIKI PSYCHIATRII, PSYCHOTERAPII I WCZESNEJ INTERWENCJI**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko-pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

#### **§ 2**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych na bazie których funkcjonuje I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji sprawuje Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 3**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
  - a. Oddział Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży,
  - b. Oddział Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania,
  - c. Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych,
  - d. Oddział Dzienny Psychiatryczny,
  - e. Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny,
  - f. Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Młodzieży,
  - g. Zespół Opieki Środowiskowej

Ponadto w I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji funkcjonuje Pracownia Badań Neurofizjologicznych.

2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej (Poradnia Psychiatryczna) oraz Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ (Poradnia Zdrowia Psychicznego przy ulicy Langiewicza 6A).

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania lub postanowienia sądu lub prokuratury o hospitalizacji.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradni udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania (osobom nieuprawnionym – za odpłatnością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
4. Świadczenia zdrowotne w poradni przez lekarzy psychiatrów udzielane są bez skierowania, a przez psychologów – na podstawie skierowania.

## § 5

1. W I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz w oparciu o obowiązujące w SPSK Nr 1 procedury.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne w I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

## § 6

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 18.30, a w przypadku odwiedzin pacjentów Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży w godz. od 08.00 do 18.30.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

## § 7

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

## § 8

1. Pacjenci mają prawo do pozostawienia odzieży i obuwia za pokwitowaniem w magazynie Szpitala lub do oddania ich osobom towarzyszącym.
2. Pacjenci mają prawo do skorzystania z depozytu szpitalnego w celu przechowania przedmiotów wartościowych.
3. Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.
4. Mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów nie jest dopuszczalne dostarczanie dodatkowych leków i suplementów diety pacjentom oraz zażywanie tych leków i suplementów bez zgody lekarza lub pielęgniarki Oddziału.
5. Z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w Oddziałach obowiązuje zakaz posiadania ostrych narzędzi i wszelkich przedmiotów mogących stanowić potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia. Zakaz dotyczy wszystkich Oddziałów Kliniki.

## § 9

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiegokolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

## § 10

Pacjenci zobowiązani są do:

- a) przestrzegania zasad obowiązujących w Oddziale, a także stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- b) nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- c) przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- d) przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom (w tym korzystania z telefonów komórkowych w sposób nie zakłócający innym spokoju),
- e) stosowania się do innych zaleceń, m.in. nakazów i zakazów Dyrektora Szpitala lub upoważnionego przez niego lekarza wydanych w szczególności w oparciu o art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów (w tym w celu zapewnienia prawidłowego przebiegu procesu leczniczego i terapeutycznego pacjentów) oraz ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala - w przypadku konieczności ograniczenia praw do kontaktu z innymi osobami, przy czym zalecenia powyższe muszą być udostępnione pacjentom w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi.

## § 11

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## § 12

1. Zasady szczególne obowiązujące w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży stanowią Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Zasady szczególne obowiązujące w Oddziale Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania stanowią element kontraktu terapeutycznego, do którego przystępuje pacjent podczas przyjęcia do Oddziału i szczegółowo określone są w tym kontrakcie.
3. Pacjenci na czas pobytu w Oddziale Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania tworzą Społeczność Terapeutyczną i wybierają spośród siebie Starostę Oddziału.
4. Starosta Oddziału Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania wybierany jest na okres 1 tygodnia w trakcie zebrania Społeczności.
5. Starosta Oddziału Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania reprezentuje wszystkich pacjentów wobec personelu terapeutycznego.
6. Społeczność Terapeutyczna w Oddziale Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania układa i realizuje program tygodniowy w Oddziale, a także reguluje problemy pojawiające się w czasie pobytu w Klinice.

## § 13

W celu zapewnienia bezpieczeństwa personel kliniki ma prawo doraźnie kontrolować rzeczy osobiste pacjentów. Kontrola taka dokonywana jest przez dwie osoby po uprzednim zawiadomieniu pacjenta i w jego obecności.

## Prawa pacjenta

### § 14

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 15

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

### § 17

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).

2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 18

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w szczególności małżonkom, przedstawicielowi ustawowemu /w tym rodzicom/, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 19

1. Prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 20

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### Przepisy szczególne

#### § 21

Przyjęcia planowe odbywają się w dni robocze w godz. 07.35 - 14.00 w Izbie Przyjęć Psychiatrii. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w poniedziałki, środy i piątki w godz. 08.00-15.00, we wtorki w godz. 08.00 - 18.00, oraz w czwartki w godz. 08.00 - 19.00.

#### § 22

1. Harmonogram dnia w Oddziałach:

06.00 – 07.00	dokonywanie pomiaru temperatury, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych u pacjentów tego wymagających,
07.00 – 08.00	gimnastyka, toaleta poranna, zabiegi pielęgnacyjne, czynności porządkowe na salach chorych,



08.00 – 10.00	śniadanie, przyjmowanie zleconych leków, udział w zabiegach i zajęciach terapeutycznych zgodnie z zaleceniami personelu leczącego,
10.00 – 11.00	wizyta lekarska,
11.00 – 13.00	zajęcia terapeutyczne, psychoterapia indywidualna, grupowa, psychoedukacja, badania lekarskie i psychologiczne, zebrania społeczności
13.00 – 14.00	obiad, przyjmowanie zleconych leków,
14.00 – 17.00	zajęcia terapeutyczne, spacer, zajęcia indywidualne,
17.00 – 18.00	kolacja,
18.00 – 19.00	zajęcia indywidualne i grupowe,
19.00 – 20.00	wizyta lekarska,
20.00 – 21.30	przyjmowanie leków, czynności pielęgnacyjne, toaleta wieczorna,
22.00 – 06.00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

### § 23

1. Wypisywanie pacjentów odbywa w dni robocze od godz. 10.00 do 14.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Zasady szczególne obowiązujące w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży**  
**I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji**

1. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów obowiązuje zakaz posiadania przez pacjentów Oddziału:
  - a) jakichkolwiek leków i suplementów diety, w tym maści, witamin, czy kropli (jeśli podczas przyjęcia pacjent posiada leki/suplementy powinny być one zabrane przez rodzinę, natomiast jeśli przy przyjęciu nie ma rodziny leki/suplementy podpisane imieniem i nazwiskiem pacjenta są pozostawiane w depozycie i zwracane rodzinie/przedstawicielowi ustawowemu przy najbliższej wizycie; leki przeterminowane, trudne do zidentyfikowania, przesypane do innych niż oryginalne opakowań będą utylizowane zgodnie z odpowiednią procedurą szpitala),
  - b) pasków, przewodów, szelek, „smyczy”, długich wisiorów, kolczyków, słuchawek przewodowych, krawatów, obuwia z długimi sznurówkami, ubrań z tasiemkami i innymi podobnymi elementami (jeżeli niemożliwe jest usunięcie tasiemki lub innych długich elementów z odzieży zostanie ona zwrócona rodzinie lub umieszczona w depozycie) oraz innych podobnych rzeczy,
  - c) słoików, szklanych butelek, szklanek ze „zwykłego” szkła, nożyczek ani noża (dozwolone posiadanie sztućców i naczyń plastikowych),
  - d) lusterek, ostrych przyborów kosmetycznych, kosmetyków w sprayu, maszynek do golenia (dozwolone środki do depilacji to kremy lub plastry); wskazane w pierwszym zdaniu przedmioty mogą być za zgodą lekarza przynoszone przez rodzinę podczas wizyty i używane pod jej nadzorem, po czym zabierane przez rodzinę lub pozostawiane w depozycie; istnieje również możliwość wydawania powyższych przedmiotów pacjentowi i używania ich pod nadzorem personelu, za zgodą lekarza; zakazuje się wyrzucania zużytych golarek do kosza na śmieci - należy oddać je pielęgniarce; pielęgniarka obowiązana jest każdorazowo sprawdzić, czy w koszach nie pozostawiono golarek, a w przypadku ich stwierdzenia – usunąć je).
2. Z uwagi na konieczność zapewnienia właściwego procesu terapeutycznego oraz w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów zabrania się w Oddziale:
  - a) posiadania i używania jakichkolwiek urządzeń rejestrujących dźwięk i obraz oraz wszelkich urządzeń mogących nawiązywać połączenie z internetem (w przypadku posiadania takich urządzeń pacjent oddaje je do depozytu, zaś zwrot następuje w dniu wypisu ze szpitala; za wszelkie treści nagrywane, filmowane i upubliczniane przez pacjenta odpowiedzialność ponosi pacjent i/lub jego przedstawiciele ustawowi); istnieje możliwość posiadania modeli telefonów bez funkcji pozwalających na rejestrowanie obrazu i dźwięku i nawiązywania połączenia z internetem; w celu realizacji prawa do kontaktów z innymi osobami pacjenci mają możliwość nieodpłatnego korzystania z ogólnodostępnego aparatu telefonicznego zainstalowanego na terenie Oddziału,
  - b) posiadania i używania jakichkolwiek używek, w tym alkoholu, papierosów, substancji psychoaktywnych, wszelkiego rodzaju środków odurzających oraz przebywania na terenie Oddziału pod ich wpływem.

3. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz osób trzecich (np. innych pacjentów, personelu) lekarz/pielęgniarka ma prawo:
  - a) kontrolowania rzeczy osobistych pacjenta oraz odebrania i umieszczania w depozycie każdej rzeczy uznanej za potencjalnie niebezpieczną (kontrola taka może być zarządzana przez Dyrektora Szpitala lub upoważnionego przez niego lekarza i musi odbywać się dwuosobowo, z poszanowaniem praw pacjenta, po uprzednim uprzedzeniu oraz podjęciu próby uzyskania zgody pacjenta i w obecności pacjenta; czynność przeszukania wraz ze szczegółowym wskazaniem okoliczności oraz podjętych czynności, musi być dokładnie opisana w dokumentacji medycznej pacjenta),
  - b) niewyrażenia lub cofnięcia zgody na wyjścia pacjenta poza oddział w sytuacjach wzbudzających podejrzenie zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa albo nieprzestrzegania regulaminu lub podpisanych kontraktów.
4. Pacjenci podlegający obowiązkowi szkolnemu mogą być zwolnieni z obowiązku uczestnictwa w lekcjach i zajęciach świetlicowych tylko w uzasadnionych przypadkach określonych przez lekarza (zwolnienie takie musi być zamieszczone w dokumentacji medycznej pacjenta).
5. Odwiedziny odbywają się codziennie w godzinach od 08.00 do 18.30 (z wyłączeniem przypadków szczególnych). Lekarz/pielęgniarka ma możliwość przerwania, uniemożliwienia wizyty lub wstrzymania odwiedzin w sytuacjach wzbudzających podejrzenie zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta lub innych osób.
6. Powyższe zasady obowiązują do odwołania.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY** **II KLINIKI PSYCHIATRII I REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej jest zapewnienie pacjentom poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

#### **§ 2**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje p.o. Kierownika Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa, która współpracuje również z pracownikami firmy sprzątającej oraz pracownikami firmy ochroniarskiej.

#### **§ 3**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
  - a. Oddział Ogólnopsychiatryczny,
  - b. Oddział Sądowo-Psychiatryczny.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej (Poradnia Psychiatryczna) oraz Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ (Poradnia Zdrowia Psychicznego przy ulicy Langiewicza 6A).

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania lub postanowienia sądu lub prokuratora o hospitalizacji.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Pacjenci przyjmowani są do Oddziałów Ogólnopsychiatrycznych w miarę posiadanych wolnych miejsc.
4. Kolejka oczekujących na przyjęcie prowadzona jest w Izbie Przyjęć Szpitala, a kwalifikacje i weryfikacja kolejki następują po tzw. wizytach gabinetowych w poniedziałek i wtorek każdego tygodnia.

#### **§ 5**

1. W II Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz w oparciu o obowiązujące w SPSK Nr 1 w Lublinie procedury.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### **Przepisy porządkowe**

#### **§ 6**

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych.

Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.

2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

#### § 7

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

#### § 8

1. Dostarczenie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.
2. Nie jest dopuszczalne dostarczenie dodatkowych leków pacjentom bez porozumienia z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

#### § 9

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiejkolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych, przez osoby nieuprawnione.

#### § 10

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzeganie ciszy i zachowania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzającej nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

#### § 11

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## § 12

W celu zapewnienia bezpieczeństwa personel kliniki ma prawo doraźnie kontrolować rzeczy osobiste pacjentów. Czynności kontrolne podejmowane są w obecności Pacjenta i po jego wcześniejszym poinformowaniu.

### **Przepisy szczególne dotyczące pacjentów** **Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego**

## § 13

W stosunku do pacjentów hospitalizowanych w trybie wykonywania środków zabezpieczających stosuje się ponadto regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu).

## § 14

1. W stosunku do pacjentów hospitalizowanych w trybie skierowania na badania psychiatryczne połączone z obserwacją tymczasowo aresztowanych prawo do korespondencji, kontaktów telefonicznych, odwiedzin, otrzymywania paczek i dokonywania zakupów podlega ograniczeniom, wynikających z tymczasowego aresztowania, w szczególności zabronione jest:
  - a) przekazywanie korespondencji do i od pacjentów tymczasowo aresztowanych za wyjątkiem korespondencji do i od jednostki prowadzącej postępowanie,
  - b) posiadanie i korzystanie z telefonów komórkowych,
  - c) kontaktowanie się z osobami badanymi ambulatoryjnie oraz pacjentami z innych oddziałów.
2. W stosunku do pacjentów hospitalizowanych w trybie skierowania na badania psychiatryczne połączone z obserwacją odbywających karę pozbawienia wolności prawo do korespondencji, kontaktów telefonicznych, odwiedzin, otrzymywania paczek i dokonywania zakupów podlega ograniczeniom, wynikających z odbywania kary pozbawienia wolności w szczególności:
  - a) zabronione jest kontaktowanie się z osobami badanymi ambulatoryjnie oraz pacjentami z innych oddziałów,
  - b) odwiedziny rodziny i osób bliskich odbywają się za wiedzą i pod nadzorem osób uzgodnionych z administracją Zakładu karnego,
  - c) korespondencja podlega cenzurze osób uzgodnionych z administracją Zakładu karnego,
  - d) zabronione jest posiadanie i korzystanie z telefonów komórkowych a rozmowy telefoniczne podlegają kontroli osób uzgodnionych z administracją Zakładu karnego.

## § 15

1. Zmiana łóżka może nastąpić za zgodą Pielęgniarki Oddziałowej lub pielęgniarki dyżurnej.
2. Pacjenci internowani mogą korzystać z automatu telefonicznego.
3. Odwiedziny osób tymczasowo aresztowanych odbywają się wyłącznie za zgodą odpowiedniego organu wymiaru sprawiedliwości. Odwiedziny odbywają się w czwartki, niedziele i święta w godz. 10.00 - 13.00.
4. Osoby tymczasowo aresztowane mogą otrzymywać paczki wyłącznie za zgodą organu wymiaru sprawiedliwości. Paczki podlegają kontroli przez wyznaczony personel.

### **Prawa pacjenta**

## § 16

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.

2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 17

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (zgoda wyłączna). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 18

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (zgoda zastępcza).
2. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
3. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przy pacjenta życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadku, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile to możliwe, opinii drugiego lekarza w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 19

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego

rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 20

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielona jest osobie upoważnionej.

#### § 21

1. Pozostałe prawa pacjenta w II Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. II Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel II Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.
4. Personel Kliniki współpracuje z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w zakresie realizacji jego zadań wynikających z przepisów Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

#### § 22

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### **Przepisy szczególne**

#### § 23

Przyjęcia planowe odbywają się w dni robocze w godz. 07.35 do 14.00 w Izbie Przyjęć. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane się w poniedziałki, środy i piątki w godz. 08.00 – 15.00, we wtorki w godz. 08.00 – 18.00 oraz w czwartki w godz. 08.00 – 19.00.

#### § 24

1. Harmonogram dnia w Oddziałach:

- |               |   |
|---------------|---|
| 06.00 – 07.00 | dokonywanie pomiaru temperatury, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych u pacjentów tego wymagających,                         |
| 07.00 – 08.00 | gimnastyka, toaleta poranna, zabiegi pielęgnacyjne, czynności porządkowe na salach chorych,   |
| 08.00 – 10.00 | śniadanie, przyjmowanie zleconych leków, udział w zabiegach i zajęciach terapeutycznych zgodnie z zaleceniami personelu leczącego,    |
| 10.00 – 11.00 | wizyta lekarska,  |
| 11.00 – 13.00 | zajęcia terapeutyczne, psychoterapia indywidualna, grupowa, psychoedukacja, badania lekarskie i psychologiczne zebrania społeczności, |
| 13.00 – 14.00 | obiad, przyjmowanie leków,  |
| 14.00 – 17.00 | zajęcia terapeutyczne, spacer, zajęcia indywidualne,  |
| 17.00 – 18.00 | kolacja,  |
| 18.00 – 19.00 | zajęcia indywidualne i grupowe,   |
| 19.00 – 20.00 | wizyta lekarska,  |
| 20.00 – 21.30 | przyjmowanie leków, czynności pielęgnacyjne, toaleta wieczorna,   |



22.00 – 06.00    cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w II Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

#### § 25

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 10.00 do 14.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia, - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN ORGANIZACYJNO-PORZĄDKOWY WYKONYWANIA ŚRODKÓW ZABEZPIECZAJĄCYCH**

### **§ 1**

Przy przyjęciu do zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia osoba, wobec której wykonywany jest środek zabezpieczający:

- 1) jest informowana o przysługujących jej prawach i obowiązkach;
- 2) jest poddawana czynnościom mającym na celu jej identyfikację;
- 3) jest poddawana, przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tej osoby lub innych osób;
- 4) podaje informacje o posiadanych pieniądzach i przedmiotach wartościowych;
- 5) oddaje do depozytu dokumenty oraz rzeczy, o których mowa w pkt 3 i 4.

### **§ 2**

1. Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma prawo do:

- 1) przebywania w warunkach zapewniających higienę, bezpieczeństwo, ochronę przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej oraz ochronę i poszanowanie jej godności osobistej;
- 2) świadczeń zdrowotnych, opieki psychologicznej i wsparcia socjalnego;
- 3) wykonywania praktyk i korzystania z usług religijnych;
- 4) ochrony więzi rodzinnych;
- 5) wysyłania i otrzymywania korespondencji oraz, w przypadku wydzielenia aparatów telefonicznych do użytku dla pacjentów, niekontrolowanych rozmów telefonicznych w godzinach ustalonych przez kierownika zakładu;
- 6) poszanowania prywatności z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki zakładu;
- 7) składania próśb, skarg, wniosków i odwołań do organu właściwego do ich rozpatrywania.

2. Korzystanie przez osoby, wobec których realizowany jest środek zabezpieczający, z przysługujących im praw nie może naruszać praw innych osób i zakłócać ustalonego w zakładzie porządku.

### **§ 3**

Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma obowiązek:

- 1) przestrzegać ustalonego w zakładzie regulaminu;
- 2) przestrzegać zasad współżycia społecznego;
- 3) przestrzegać zasad bezpieczeństwa na terenie zakładu;
- 4) stosować się do poleceń personelu;
- 5) poprawnie traktować inne osoby;
- 6) dbać o stan zdrowia i higienę osobistą;
- 7) dbać o kulturę osobistą i kulturę słowa;
- 8) sprzątać pomieszczenia, w których przebywa, i utrzymywać należyty porządek, chyba że aktualny stan zdrowia to uniemożliwia;
- 9) uczestniczyć w programach rehabilitacyjno-leczniczych i resocjalizacyjnych zakładu.

### **§ 4**

1. Personel zakładu ma prawo do kontroli rzeczy osobistych, łóżka, szafek i innych mebli oraz przedmiotów.

2. Kontroli, o której mowa w ust.1, dokonują co najmniej dwie osoby spośród personelu; informację o przeprowadzonej kontroli umieszcza się w raporcie pielęgniarstwowym. W przypadku znalezienia przedmiotów zabronionych niezwłocznie informuje się o tym fakcie lekarza dyżurnego zakładu, a przedmioty te przekazuje się do depozytu.

## § 5

Personel zakładu zobowiązany jest do:

- 1) dbania o przestrzeganie praw i obowiązków określonych w niniejszym regulaminie;
- 2) zapewniania prawidłowego procesu leczenia i rehabilitacji;
- 3) dbania o bezpieczeństwo osób leczonych, personelu i osób odwiedzających;
- 4) natychmiastowego interweniowania i reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia osób przebywających w zakładzie;
- 5) systematycznego uczestniczenia w szkoleniach wewnątrzzakładowych.

## § 6

Zakłady dysponujące wzmocnionymi i maksymalnymi warunkami zabezpieczenia posiadają procedury postępowania na wypadek wystąpienia pożaru, buntu, ucieczki lub innych zagrożeń, uzgodnione z właściwymi jednostkami Policji, straży pożarnej i pogotowia ratunkowego.

## § 7

Odwiedziny pacjentów odbywają się w godzinach wyznaczonych przez kierownika zakładu.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHIRURGII SZCZĘKOWO - TWARZOWEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należą:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie i pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i podnoszenie poziomu jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego i niższego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Chirurgii Szczękowo – Twarzowej z salą zabiegową (zlokalizowanym przy ul. Staszica 11) stanowiącym komórkę organizacyjną Kliniki.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chirurgii Szczękowo - Twarzowej, zlokalizowanej przy ul. Staszica 14a.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.

#### **§ 6**

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych

## Przepisy porządkowe

### § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

### § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

### § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

### § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

### § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

### § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.

2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## **Prawa pacjenta**

### **§ 13**

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda w formie pisemnej wymagana jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko, według Listy procedur wymagających pisemnej zgody pacjenta obowiązujące w SPSK 1.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Jeżeli życzeniem pacjenta jest zapoznanie się z pełną informacją o złym rokowaniu – ma do tego prawo.

### **§ 14**

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### **§ 15**

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu

opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu*).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### Przepisy szczególne

#### § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale przez całą dobę, natomiast w poradnia w dni robocze od godz. 8.00-15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

## § 21

### 1. Harmonogram dnia:

5.30 – 6.30	pomiar temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych,
6.30 – 7.00	toaleta chorych, ślanie łóżek
7.00 – 7.30	pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
7.30 – 8.15	śniadanie, podawanie leków doustnych, karmienie chorych, toaleta jamy ustnej po śniadaniu,
8.15 – 8.40	wizyta lekarska,
8.40 - 9.20	wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych
9.20 – 12.30	wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarskich, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych ( EKG, opatrunki )
12.30 – 13.30	obiad, podawanie leków doustnych, karmienie chorych,
13.30 – 14.00	wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych,
14.00 – 16.00	czas wolny dla pacjentów,
16.00 – 17.30	przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych i leczniczych, pomiar temperatury,
17.30 – 18.00	wieczorna wizyta lekarska
18.00 – 19.00	kolacja, podawanie leków doustnych, karmienie chorych, realizacja zabiegów lekarsko – pielęgniarskich i zleceń godzinowych, toaleta jamy ustnej po kolacji,
19.00 – 22.00	wykonywanie godzinowych zleceń lekarsko – pielęgniarskich, toaleta wieczorna,
22.00 – 6.00	cisza nocna,

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 09.00 do 19.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.



## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI HEMATOONKOLOGII I TRANSPLANTACJI SZPIKU**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należą w szczególności:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Podejmowanie działań edukacyjnych w stosunku do pacjenta i jego rodziny oraz promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
  - a. Oddział Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii,
  - b. Pracowni Cytogenetycznej,
  - c. Pracowni Cytometrii Przepływowej,
  - d. Pracowni Aferez i Manipulacji Komórkowych.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Hematoonkologii.
3. W skład Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku wchodzi Bank Komórek Krwiotwórczych.
4. Ponadto na bazie Oddziału Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii funkcjonuje laboratorium Uniwersytetu Medycznego w Lublinie - Specjalistyczne Laboratorium Diagnostyki Hematologicznej i Transplantacyjnej „HEMlab”.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, na podstawie skierowania.

## § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
3. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Oddziale prowadzona jest lista osób oczekujących.

## Przepisy porządkowe

## § 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. W szczególnych przypadkach związanych z obniżoną odpornością pacjentów możliwym jest ograniczenie odwiedzin celem zapewnienia optymalnego bezpieczeństwa pacjenta.

## § 8

1. Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.
2. W czasie przekazania pacjenta do innych jednostek Szpitala zapewnia się stałą opiekę wykwalifikowanego personelu.

## § 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

## § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

## § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,

- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający pracy urządzeń medycznych oraz porządku.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

## § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).

2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji ,informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

## § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.

2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### Przepisy szczególne

#### § 20

3. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziałach i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są we wtorki w godz. od 11.00 do 18.00, w pozostałe dni robocze w godz. od 08.00 do 15.00.
4. Przyjęcia planowe odbywają się w dni robocze w godz. od 07.35 do 14.00 w Izbie Przyjęć Ogólnej przy ul. Staszica 11.

#### § 21

1. Harmonogram dnia:

06:00 – 07:00	mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia,
07:00 – 08:00	wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
08:00 – 09:00	śniadanie, podawanie leków doustnych, karmienie chorych,
09:00 – 12:00	przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych, wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarских, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wizyty lekarskie,
12:00 – 12:30	czas wolny dla pacjentów,
12:30 – 13:30	obiad, podawanie leków doustnych, karmienie chorych,
13:30 – 15:00	czas wolny dla pacjentów
15:00 – 19:00	realizacja zabiegów lekarsko- pielęgniarских, zabiegi pielęgnacyjne, przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych i leczniczych, mierzenie temperatury, podawanie leków doustnych, wizyta wieczorna,
19:00 – 22:00	wykonywanie zleceń lekarsko–pielęgniarskich, toaleta wieczorna,
22:00 – 06:00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

#### § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się we wszystkie dni tygodnia od godz. 09.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobyków w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania, w tym informacje dotyczące samoopieki i samopielęgnacji,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHOROÓB ZAKAŻNYCH**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Kliniki Chorób Zakaźnych jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko - pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania”.
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach (reanimacja).
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo - zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki, zlokalizowanych przy ul. Staszica 16:
  - a. Oddział Chorób Zakaźnych,
  - b. Izba Przyjęć Chorób Zakaźnych.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chorób Zakaźnych, zlokalizowanej przy ul. Staszica 16, Poradni Diagnostyczno-Leczniczej, zlokalizowanej przy ul. Radziwiłłowskiej 13 oraz Poradni Hepatologicznej zlokalizowanej przy ul. Staszica 16.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w Poradni Chorób Zakaźnych udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, skierowania, natomiast w Poradni Diagnostyczno-Leczniczej udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

## § 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## § 7

1. Kontakt chorych z osobami odwiedzającymi zapewniony jest przez wideotelefony, w które są wyposażone sale chorych oraz pomieszczenie dla odwiedzających.
2. W szczególnych przypadkach za zgodą Kierownika Kliniki, lekarza dyżurnego i lekarza prowadzącego, kontakt osób odwiedzających z chorym może być bezpośredni, odwiedzający odpowiednio zabezpieczeni w ubranie ochronne mogą wejść do sali chorego.

## § 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

## § 9

W Oddziale zapewnia się lodówkę do przechowywania żywności.

## § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

## § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- nie wychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## § 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

### § 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

### § 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,



- ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
- osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
  3. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### Przepisy szczególne

#### § 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w poradniach we wtorek w godzinach 08.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach 08.00 -14.00.
2. W sytuacji braku miejsc w Klinice Chorób Zakaźnych prowadzona jest lista oczekujących niewymagających przyjęcia w trybie pilnym.

#### § 21

1. Harmonogram dnia:
 

06:00 – 07:00	mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń, godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
07:00 – 08:00	toaleta poranna i ścielenie łóżek,
08:00 – 09:00	śniadanie ,rozdanie leków doustnych, karmienie chorych,
09:00 – 10:00	obchód lekarski,

10:00 – 12:30	badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarские,
12:30 – 13:30	obiad, rozdanie leków doustnych,
13:30 – 14:30	wykonywanie zleceń godzinowych,
14:30 – 16:00	cisza poobiednia,
16:00 – 17:00	pomiar temperatur, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych,
17:00 – 17:30	wizyta lekarska,
17:30 – 18:15	wykonywanie zleceń doraźnych,
18:15 – 18:45	kolacja, karmienie chorych, rozdanie leków doustnych,
20:00 – 21:00	toaleta wieczorna,
21:00 – 22:00	wykonywanie zleceń godzinowych,
22:00 – 06:00	cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 08.00 do 13.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY IZBY PRZYJĘĆ OGÓLNEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Izby Przyjęć Ogólnej jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

- badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
- przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do hospitalizacji,
- udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
- kierowanie do leczenia szpitalnego we właściwych Oddziałach chorych, którzy się do niego kwalifikują a zostali przywiezieni przez zespół ratownictwa medycznego lub zgłosili się we własnym zakresie, w stanie zagrożenia zdrowotnego,
- organizowanie pomocy medycznej w przypadku masowego napływu chorych, rozpoczynanie akcji ratowniczej, powiadamianie personelu o konieczności natychmiastowego przybycia do Szpitala,
- prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.

#### **§ 3**

1. Nadzór formalny nad funkcjonowaniem Izby Przyjęć sprawuje Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
2. Nadzór medyczny nad funkcjonowaniem Izby Przyjęć Ogólnej sprawuje lekarz dyżurny Izby Przyjęć.
3. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

Świadczenia zdrowotne udzielane są w:

1. Izbie Przyjęć Planowych, w której pacjenci przyjmowani są do Szpitala na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu;
2. Izbie Przyjęć Ambulatoryjnych (Nagłych), w której udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku niemożności osiągnięcia celu leczniczego pacjenci IPA przyjmowani są do Szpitala.
3. Przyjęcia pacjentów oraz świadczenia zdrowotne udzielane w Izbie Przyjęć odbywają się zgodnie z obowiązującą Procedurą pracy Izby Przyjęć Ogólnej SPSK Nr 1.

#### **§ 5**

1. **Przyjęcie ze wskazań nagłych** - przyjęcie do Oddziału pacjenta z objawami nagłego zagrożenia zdrowotnego bez skierowania lub ze skierowaniem od lekarza w trybie pilnym.
2. **Przyjęcie planowe** - przyjęcie do Oddziału pacjenta z lub bez objawów zagrożenia zdrowia, po uprzednim uzgodnieniu terminu przyjęcia na podstawie skierowania od lekarza.

Przyjęcia pacjentów w trybie planowym odbywają się w dni robocze w godz. 07:00 do 14:35, w Izbie Przyjęć Planowych, a po godzinie 14:35 i w dniach wolnych w Izbie Przyjęć AmbulATORYJNYCH (Nagłych). Izba Przyjęć AmbulATORYJNYCH pracuje w systemie całodobowym, siedem dni w tygodniu.

#### § 6

1. W Izbie Przyjęć Ogólnej udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### Przepisy porządkowe

#### § 7

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, a także używania substancji, które znajdują się na liście środków kontrolowanych przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii.

#### § 8

1. Pacjenci zobowiązani są do:
  - stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
  - nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
  - zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
  - zachowywania się w sposób nie zakłócający prawidłowego przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
  - poszanowania mienia Szpitala znajdującego się na obszarze Izby Przyjęć.
2. Z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów przyjętych w celu udzielenia pomocy medycznej, niedozwolone jest samowolne i bez wiedzy personelu medycznego opuszczanie Izby Przyjęć przez Pacjentów.
3. Samowolne rejestrowanie obrazu oraz dźwięku urządzeniami nagrywającymi na terenie Izby Przyjęć jest zabronione.

### Prawa pacjenta

#### § 9

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

## § 10

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, który jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 11

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,Osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńskiego.
6. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńskiego.
7. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńskiego, po zasięgnięciu, o ile jest możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 12

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby upoważnionej do danych na temat jego stanu zdrowia i leczenia, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o hospitalizacji pacjenta wraz ze wskazaniem Oddziału, w którym pacjent jest leczony udzielana jest osobom przez niego upoważnionym lub osobom bliskim (w przypadku chorych niezdolnych w chwili przyjęcia do wyrażenia upoważnienia)
4. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.

5. Informacji w formie telefonicznej może zostać udzielona jedynie w wyjątkowych przypadkach – w sytuacji wyższej konieczności, gdy nie ma wątpliwości, że odbiorcą jest osoba upoważniona do uzyskania informacji na temat pacjenta.
6. Na prośbę pacjenta lekarz dyżurny lub pielęgniarka dyżurna powiadamia rodzinę lub najbliższych o jego pobycie w Szpitalu.

### § 13

1. Pozostałe prawa pacjenta w określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Personel Izby Przyjęć umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami. Treść obowiązującej w Szpitalu Karty Praw Pacjenta jest dostępna dla Pacjentów Izby Przyjęć.
3. Personel Izby Przyjęć sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do poszanowania i przestrzegania praw pacjentów.

### § 14

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

### § 15

1. Sytuacje problematyczne i kontrowersyjne oraz wnioski na temat procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć rozstrzyga Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.
  2. Książka przyjęć i wypisów Izby Przyjęć Planowych oraz Izby Przyjęć AmbulATORYJNYCH (Nagłych) jest prowadzona w formie elektronicznej, w postaci archiwizowanych wydruków ze Szpitalnego Systemu Obsługi Informatycznej.
  3. Zakres informacji na temat pacjentów Szpitala udostępnianych policji reguluje ustawa o działalności leczniczej (art. 28a ust. 2, nowelizacji z 15 lipca 2016 r.: „Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji”).
  4. Na podstawie ww. przepisu obowiązek dotyczy udzielenia informacji wyłącznie o przyjęciu – hospitalizacji, poradzie ambulatoryjnej udzielonej osobie zaginionej. W innych sytuacjach informacji mogą zostać udostępnione policji jedynie na pisemne zlecenie sądu lub prokuratury.
  5. Każdy przypadek udostępnienia policji informacji na temat pacjenta Szpitala podlega rejestracji. Odnotowane zostają dane takie jak:
    - dane personalne funkcjonariusza policji,
    - jego stopień oraz komisariat, który reprezentuje,
    - numer legitymacji służbowej,
    - dane pacjenta, którego dane zostają udostępnione,
    - powód/cel dla którego dane pacjenta służą policji,
    - podpis policjanta,
    - podpis pielęgniarki/lekarza udzielającego informacji.
- Informacji nie udziela się drogą telefoniczną a wyłącznie po osobistym zgłoszeniu się funkcjonariusza policji.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU RADIOLOGII ZABIEGOWEJ I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Zakładu jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie diagnostyki obrazowej z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego jak i promieniowania jonizującego, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań naukowo-badawczych i dydaktycznych.

#### **§ 2**

Do zadań Zakładu należy:

1. Wykonywane badań diagnostyki obrazowej metodą jądrowego rezonansu magnetycznego.
2. Wykonywane badań diagnostyki obrazowej angiografii.
3. Wykonywane mało inwazyjnych przezskórnych zabiegów leczniczych.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z aktami prawnymi i procedurami obowiązującymi w SPSK Nr 1 w Lublinie.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości badań diagnostycznych.
6. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu sprawuje Kierownik Zakładu.
2. Nadzór nad organizacją pracy techników elektroradiologii sprawuje Kierownik Zespołu Techników.
3. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Koordynująca.

#### **§ 4**

Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:

1. Samodzielna Pracownia Diagnostyki Obrazowej,
2. Pracownia Radiologii Zabiegowej.

#### **§ 5**

W Zakładzie wykonywane są badania diagnostyczne z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego jak i promieniowania jonizującego oraz zabiegi naczyniowe.

#### **§ 6**

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala oraz pacjentom innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne co do wykonywania których nie ma przeciwwskazań mogą być udzielane także bez skierowania.
3. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie lub za odpłatnością, na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego.

## § 7

1. W Zakładzie udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## § 8

Za realizację systemu jakości w Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Diagnostyki Obrazowej odpowiada Pełnomocnik ds. Systemu Jakości w Radiologii.

## § 9

Za ochronę radiologiczną w Zakładzie Radiologii Zabiegowej i Diagnostyki Obrazowej jest odpowiedzialny Inspektor Ochrony Radiologicznej, który opracowuje instrukcje ochrony radiologicznej, prowadzi okresową kontrolę dozymetryczną oraz prowadzi nadzór nad indywidualnymi środkami ochrony radiologicznej.

## **Przepisy porządkowe**

### § 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

### § 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
- zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych.

## **Prawa pacjenta**

### § 12

1. Świadczenia udzielane są po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 13

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.



## § 14

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 16

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.

4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 17

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 18

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### **Przepisy szczególne**

#### § 19

Świadczenia zdrowotne planowe udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 08.00 do 13.00, w pozostałych przypadkach całodobowo.

#### § 20

1. Rejestracja pacjentów odbywa się w sekretariacie Zakładu Radiologii Zabiegowej i Diagnostyki Obrazowej od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.30 do 14.30 tel. (81) 534 01 58.
2. W trakcie rejestracji ustalany jest termin badania a pacjent otrzymuje wytyczne do przygotowania się do zabiegu.
3. Na badanie pacjent zgłasza się z ważnym skierowaniem.

#### § 21

1. Wydawanie opisów wyników badań lub zabiegów odbywa się od poniedziałku do piątku od 07.30 - 14.30.
2. Opisy wyników pacjentów SPSK Nr 1 w Lublinie (wersja papierowa i nośnik CD) dołączane są do Historii Choroby danego pacjenta bezpośrednio po wykonanej procedurze. Historia Choroby przekazywana jest personelowi oddziału towarzyszącego pacjentowi.
3. Opisy wyników pacjentów ambulatoryjnych (wersja papierowa i nośnik CD) wydawane są pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym w terminie dwóch dni od wykonania badania.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU RADIOLOGII LEKARSKIEJ**

### **§ 1**

Głównym celem działalności Zakładu Radiologii Lekarskiej jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: diagnostyki, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych oraz praca naukowo - badawczą.

### **§ 2**

Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu sprawuje Kierownik Zakładu oraz jego Zastępca, natomiast nadzór nad organizacją pracy personelu średniego Kierownik Zespołu Techników.

### **§ 3**

1. W Zakładzie Radiologii wykonywane są badania diagnostyczne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### **§ 4**

Zakład posiada :

1. Trzy Pracownie Radiografii
  - a) Pracownia radiografii cyfrowej przy ul. Staszica 16
  - b) Pracownia radiografii cyfrowej przy ul. Staszica 11
  - c) Pracownia analogowa przy ul. Langiewicza 6A
2. Pracownię Fluoroskopii przy ul. Staszica 16
3. Dwie Pracownie Tomografii Komputerowej przy ul. Staszica 16
4. Dwie pracownie Ultrasonografii przy ul. Staszica 16
5. Pracownię Mammografii przy ul. Radziwiłłowskiej 13

### **§ 5**

Do podstawowych zadań Zakładu Radiologii należy w szczególności:

1. Zapewnienie właściwej jakości badań diagnostycznych.
2. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
3. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości diagnostyki.
4. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
5. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
6. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

### **§ 6**

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Badania diagnostyczne w Zakładzie wykonywane są u pacjentów Klinik i Przychodni Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie na podstawie skierowania wystawionego przez lekarzy SPSK Nr1.
2. Badania diagnostyczne u pacjentów kierowanych z innych jednostek opieki medycznej wykonywane są zgodnie z oddzielną umową zawartą pomiędzy SPSK Nr1 a dana jednostką, na podstawie skierowań wystawionych przez uprawnione osoby.
3. W Zakładzie Radiologii są wykonywane badania u pacjentów z innych jednostek opieki medycznej, które posiadają odrębną umowę z NFZ na badania Kosztochłonne i w zakresie Kontraktu SPSK Nr1 z NFZ.
4. Badania u pacjentów posiadających skierowanie wystawione przez uprawnioną do tego osobę,

lecz nie będące skierowaniem z: SPSK Nr1 bądź jednostki mającej zawartą odrębną umowę z SPSK Nr1, bądź też skierowaniem na badanie kosztochłonne, wykonywane są odpłatnie.

5. Przesiewowe badania mammograficzne są wykonywane bez skierowania u pacjentek spełniających kryteria programów finansowanych przez NFZ określonych w oddzielnej umowie lub w ramach programów finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z warunkami zawieranych okresowo kontraktów.

## § 7

1. Prawa pacjenta w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie określa Karta Praw Pacjenta.
2. Zakład umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami.
3. Personel Zakładu sprawujący opiekę nad pacjentem trakcie badania zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz udzielania pacjentowi informacji w zakresie przysługujących mu praw.

## § 8

Rejestracja na badania diagnostyczne:

1. Zdjęcia rentgenowskie wykonywane są bez wcześniejszej rejestracji.
2. Tomografia Komputerowa – rejestracja codziennie w dni robocze od 08.00 do 14.00 w Rejestracji Tomografii Komputerowej lub telefonicznie **(81) 53 49 790**.
3. Ultrasonografia, badania kontrastowe (SKOPIA) wykonywane w pracowniach przy ul. Staszica 16 – rejestracja codziennie w dni robocze od 08.00 do 14.00 w sekretariacie lub telefonicznie **(81) 53 21 084**.
4. Ultrasonografia (pracownia Langiewicza 6A) rejestracja codziennie w dni robocze od 08.00 do 14.00 w rejestracji poradni lub telefonicznie od godz. 09.00 pod numerami **(81) 52 47 820** lub **(81) 52 47 835**.
5. Badania mammograficzne – rejestracja codziennie w dni robocze od 08.00 do 14.00 w rejestracji przy ul. Radziwiłłowskiej 13 lub telefonicznie od godz. 09.00 pod numerem **(81) 524 78 35**.
6. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie prowadzona jest lista osób oczekujących.

## § 9

1. Na badania pacjent winien się zgłosić z ważnym skierowaniem.
2. Na badania wymagające wcześniejszej rejestracji pacjent zgłasza się w terminie wyznaczonym podczas rejestracji.
3. Na badania pacjent zgłasza się przygotowany do badania (szczegółowy opis przygotowania pacjenta do badania w regulaminie każdej pracowni).

## § 10

Wydawanie wyników zdjęć RTG (wykonane w pracowniach przy ul. Staszica 16 i ul. Staszica 11) i SKOPII odbywa się w sekretariacie w dni robocze w godzinach od 08.00 do 14.00.

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów SPSK Nr1 obejmujące dokumentację zdjęciową i opis wydawane są jednostkom kierującym.
2. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

Wydawanie wyników Tomografii Komputerowej odbywa się w Rejestracji Tomografii Komputerowej w dni robocze godzinach od 08.30 do 14.00.

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów SPSK Nr1 obejmujące dokumentację zdjęciową i opis wydawane są jednostkom kierującym.
2. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

Wydawanie wyników zdjęć RTG (wykonane w pracowni przy ul. Langiewicza 6A) odbywa się w dni robocze w godzinach od 08.00 do 18.00 w rejestracji.

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom

posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

Wydawanie wyników badań mammograficznych odbywa się w rejestracji w dni robocze w godzinach 08.00 do 14.00.

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów SPSK Nr1 obejmujące dokumentację zdjęciową i opis wydawane są jednostkom kierującym.
2. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

#### § 11

Świadczenia diagnostyczne udzielane w Zakładzie Radiologii wykonywane są przez całą dobę:

1. W godz. 08.00 – 13.00 w pełnym zakresie, we wszystkich pracowniach,
2. W godz. 13.00 – 17.00 w niepełnym zakresie, w wybranych pracowniach,
3. W godz. 13.00 – 08.00 w systemie pracy dyżurowej diagnostyki pacjentów kierowanych z Izby Przyjęć i Oddziałów Klinicznych.

#### § 12

Na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i pielęgniarce, lekarz informuje pacjenta o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych.

#### § 13

Dzienny harmonogram pracy:

08.00 – 13.00

1. Pracownia Radiografii Cyfrowej nr 1 (ul. Staszica 16) – wykonywanie zdjęć rentgenowskich u pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr 1, Poradni Specjalistycznych SPSK Nr1, Izby Przyjęć SPSK Nr 1 oraz jednostek opieki medycznej z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
2. Zdjęcia wykonywane poza Zakładem (na Oddziałach klinicznych SPSK Nr1) – zdjęcia przy łóżku pacjenta
3. Pracownia Fluoroskopii – wykonywanie badań radiologicznych u pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr1, Poradni Specjalistycznych SPSK Nr 1, Izby Przyjęć SPSK Nr 1 oraz jednostek opieki medycznej, z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
4. Pracownia Tomografii Komputerowej nr1 (Tomograf GE VCT) – wykonywanie badań TK u pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr1, Poradni Specjalistycznych SPSK Nr1, Izby Przyjęć i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPSK Nr1, oraz jednostek opieki medycznej, z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
5. Pracownia Tomografii Komputerowej nr2 (Tomograf GE GSI) – wykonywanie badań TK u pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr1, Poradni Specjalistycznych SPSK Nr1, Izby Przyjęć i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPSK Nr1 oraz jednostek opieki medycznej, z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
6. Pracownia Ultrasonografii (ul. Staszica 16) – wykonywanie badań USG radiologicznych u pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr1, Poradni Specjalistycznych SPSK Nr1, Izby Przyjęć i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SPSK Nr1, oraz jednostek opieki medycznej, z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
7. Pracownia Ultrasonografii (ul. Langiewicza 6A) – wykonywanie badań USG radiologicznych u pacjentów Poradni Specjalistycznych SPSK Nr1.
8. Pracownia Radiografii analogowej (ul. Langiewicza 6A) – wykonywanie zdjęć rentgenowskich u pacjentów Poradni Specjalistycznych SPSK Nr1,
9. Pracownia Mammografii – wykonywanie zdjęć RTG piersi u pacjentek Klinik i Oddziałów SPSK Nr 1, Przychodni Specjalistycznych SPSK Nr1, jednostek opieki medycznej, z którymi Szpital ma oddzielną umowę oraz w ramach programów przesiewowych.

09.00 – 14.00

1. Pracownia Radiografii Cyfrowej nr 2 (ul. Staszica 11) – wykonywanie zdjęć rentgenowskich u pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr 1.
2. Zdjęcia wykonywane poza Zakładem (na Oddziałach klinicznych SPSK Nr1) – zdjęcia przy łóżku pacjenta.

13.00 – 17.00

1. Tomografia Komputerowa nr1/nr2 (Tomograf GE VCT / GE GSI) – w ramach zmiany popołudniowej, wyznaczanej przez Kierownika Zakładu, jeden dzień w tygodniu, wykonywanie badań TK u pacjentów Poradni Specjalistycznych SPSK Nr1, z innych jednostek opieki medycznej, które posiadają odrębną umowę z NFZ na badania Kosztochłonne oraz jednostek opieki medycznej, z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.

13.00 – 08.00 – praca w systemie dyżurowym

1. Pracownia Radiografii nr1 – wykonywanie zdjęć u pacjentów Izby Przyjęć SPSK Nr1 oraz przypadkach zagrażających życiu pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr1.
2. Zdjęcia wykonywane poza Zakładem – zdjęcia przy łóżku pacjenta.
3. Pracownia Tomografii Komputerowej – wykonywanie badań TK u pacjentów Izby Przyjęć SPSK Nr1 oraz w przypadkach zagrażających życiu pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr1.
4. Pracownia Ultrasonografii – wykonywanie badań USG u pacjentów Izby Przyjęć SPSK Nr1 oraz w przypadkach zagrażających życiu pacjentów Klinik i Oddziałów SPSK Nr1.

12.00 – 13.00

1. Pracownia Pantomografii (pracownia Kliniki chirurgii szczękowo-twarzowej) - wykonywanie zdjęć u pacjentów Izby Przyjęć SPSK Nr1, Klinik i Oddziałów SPSK Nr1
2. Pracownia Radiografii (pracownia Kliniki chorób zakaźnych) wykonywanie zdjęć u pacjentów Kliniki i Izby Przyjęć Chorób Zakaźnych SPSK Nr1.

#### §14

Pacjenci zobowiązani są do:

1. Stosowania się do wszelkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i techników elektroradiologii.
2. Przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym chorym.
3. Zasad poszanowania pracowników Szpitala i innych pacjentów.
4. Poszanowania mienia będącego własnością Szpitala i ponoszenia odpowiedzialności za szkody powstałe z ich winy.
5. Przyczyniania się do utrzymania porządku w Szpitalu.

Zabrania się:

1. Wnoszenia i spożywania na teren Szpitala napojów alkoholowych.
2. Palenia tytoniu w pomieszczeniach Szpitala.
3. Manipulowania przy aparatach i urządzeniach medycznych.
4. Korzystania z telefonu w sposób zakłócający porządek w Szpitalu, oraz przebieg badania diagnostycznego.

#### § 15

Za ochronę radiologiczną w Zakładzie jest odpowiedzialny Inspektor Ochrony Radiologicznej, który opracowuje instrukcje ochrony radiologicznej, prowadzi okresową kontrolę dozymetryczną oraz prowadzi nadzór nad indywidualnymi środkami ochrony radiologicznej.

#### § 16

Za realizację systemu jakości w Zakładzie Radiologii Lekarskiej odpowiada Pełnomocnik ds. Systemu Jakości w Radiologii powołany zarządzeniem Dyrektora SPSK Nr1.

#### § 17

Każda pracownia diagnostyczna posiada swój regulamin zatwierdzony przez Kierownika Zakładu.

#### § 18

Pracownicy Zakładu są zobowiązani do przestrzegania regulaminu oraz instrukcji obsługi urządzeń i przestrzegania zasad ochrony radiologicznej.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU MEDYCYNY RODZINNEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Zakładu jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Zakładu należy:

1. Udzielane świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej, mających służyć także realizacji zadań dydaktycznych wynikających ze współpracy Zakładu Medycyny Rodzinnej z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie.
2. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.
3. Organizowanie i prowadzenie oświaty zdrowotnej w reprezentowanych specjalnościach.
4. Orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia.
5. Prowadzenie staży specjalizacyjnych lekarzy i szkolenia podyplomowego.
6. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu sprawuje Kierownik Zakładu.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Zakładu, zlokalizowanych przy ul. Langiewicza 6A:

- a. Poradnia Lekarza Rodzinnego, w skład której wchodzi Poradnia Lekarza POZ i Poradnia Pielęgniarki POZ,
- b. Poradnia Diabetologiczna.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne w Poradni Lekarza Rodzinnego udzielane są bez skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne w Poradni Diabetologicznej udzielane są pacjentom jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala oraz pacjentom innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na podstawie skierowania.
3. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie lub za odpłatnością, na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego.

#### **§ 6**

1. W Zakładzie udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

### § 7

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

### § 8

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
- zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych.

## Prawa pacjenta

### § 9

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 10

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### § 11

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty



przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 12

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 13

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu*).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

## § 14

1. Pozostałe prawa pacjenta w Zakładzie określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Zakład umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Zakładu sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

## § 15

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

### § 16

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Poradni Lekarza Rodzinnego w dni powszednie w godzinach od 08:00 do 18:00, natomiast w Poradni Diabetologicznej w poniedziałki i wtorki w godz. 08.00 do 18.00, w środy w godz. 08.00 do 13.00, oraz w czwartki i piątki w godz. 08.00 do 15.00.
2. W nagłych przypadkach świadczenia udzielane są w Ośrodku DMP Lublin, zlokalizowanym przy ul. Melgiewskiej 7/9, w dni powszednie w godzinach od 18:00 do 08:00 oraz całodobowo w weekendy i święta.
3. W uzasadnionych przypadkach świadczenia zdrowotne udzielane są w domu pacjenta.

### § 17

1. Rejestracja pacjentów odbywa się osobiście, przez członków rodziny lub telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w dniu zgłoszenia lub w terminie uzgodnionym z pacjentem.

### § 18

1. Lekarze Zakładu kierują osoby zapisane na swoje listy, do poradni specjalistycznych poprzez wystawienie skierowania na konsultację jednorazową, a gdy wymaga tego proces leczenia - skierowania na leczenie stałe.
2. Lekarze Zakładu kierują pacjenta na leczenie szpitalne, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie, a konieczność hospitalizacji zostanie uzasadniona na skierowaniu.
3. Skierowanie na konsultację, poradę specjalistyczną lub planowaną hospitalizację, powinno być poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi i uzupełniającymi skierowanie, należącymi do zakresu badań diagnostycznych lekarza POZ.
4. Lekarze Zakładu mogą kierować pacjentów zdiagnozowanych na zabiegi fizjoterapeutyczne.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU DIAGNOSTYKI I TERAPII ENDOSKOPOWEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Zakładu jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Zakładu należy w szczególności wykonywanie badań diagnostycznych i zabiegów endoskopowych, z wykorzystaniem promieniowania jonizującego zgodnie z obowiązującymi procedurami.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu sprawuje Kierownik Zakładu.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala oraz pacjentom innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na podstawie skierowania.
2. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie lub za odpłatnością, na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego.

#### **§ 5**

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### **Przepisy porządkowe**

#### **§ 6**

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

#### **§ 7**

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
- zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych.

## Prawa pacjenta

### § 8

1. Świadczenia udziela się po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 9

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

### § 10

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 11

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu*).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 12

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

#### § 13

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### Przepisy szczególne

#### § 14

Świadczenie zdrowotne udzielane są w Zakładzie od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 14.00.

#### § 15

1. Przyjmowanie chorych do badań i zabiegów endoskopowych odbywa się planowo, według planu uzgodnionego z Oddziałowymi poszczególnych Oddziałów i poszczególnymi pacjentami ambulatoryjnymi.
2. Niezależnie od ustalonej planem liczby badań dziennych należy poddać badaniu wszystkich chorych, u których wystąpiła nagła potrzeba wykonania badania.
3. Do badania lub zabiegu endoskopowego pacjent jest ostatecznie zakwalifikowany przez lekarza - endoskopistę wykonującego daną procedurę, po uzyskaniu pisemnej świadomej zgody pacjenta.
4. Opisy badań dokonywane są przez lekarza – endoskopistę na bieżąco i wydawane pacjentom (dołączane do dokumentacji szpitalnej) bezpośrednio po badaniu.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie diagnostyki bakteriologicznej, mikologicznej, wirusologicznej i parazytologicznej.

#### **§ 2**

Nadzór merytoryczny i organizacyjny nad całym Zakładem Diagnostyki Mikrobiologicznej pełni Kierownik natomiast, w przypadku nieobecności Kierownika – Zastępca Kierownika.

#### **§ 3**

1. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej zapewnia szeroki zakres badań mikrobiologicznych (diagnostyka bakteriologiczna, mikologiczna, serologiczna, parazytologiczna i wirusologiczna) świadczonych w oparciu o aktualną wiedzę oraz najnowsze, obowiązujące standardy medyczne.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą również do realizacji zadań dydaktycznych dotyczących zarówno studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie jak i absolwentów, czy specjalizantów.
3. Lista prowadzonych badań mikrobiologicznych (bakterie, grzyby, wirusy i pasożyty) jest corocznie aktualizowana i zatwierdzana przez Dyrektora SPSK Nr 1 w Lublinie.

#### **§ 4**

Do podstawowych zadań Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej należy w szczególności:

- Zapewnienie właściwej jakości i wiarygodności badań z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej.
- Uczestnictwo Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej zarówno w kontroli wewnątrzlaboratoryjnej jak i zewnątrzlaboratoryjnej.
- Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
- Monitorowanie i ciągła poprawa jakości procesu diagnostycznego.
- Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
- Ścisła współpraca z Klinikami, Przychodniami SPSK Nr 1 w Lublinie, jednostkami opieki zdrowotnej posiadających umowę zawartą z SPSK Nr 1 w Lublinie.

#### **§ 5**

1. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej przy ulicy Staszica 11 posiada:
  - Pracownię bakteriologiczną wraz z diagnostyką schorzeń jelitowych.
  - Pracownię biologii molekularnej.
  - Pracownię serologiczną.
  - Pracownię zakażeń szpitalnych.
  - Punkt przyjmowania materiału i wydawania wyników.
2. W skład Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej wchodzi również odrębnie wydzielona jednostka - Pracownia Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową, posiadająca punkt pobrań materiału biologicznego mieszczący się przy Poradni Dermatologicznej SPSK Nr 1 w Lublinie.

## § 6

Nad realizacją i przestrzeganiem obowiązujących standardów medycznych oraz sprawnym funkcjonowaniem systemu jakości w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej czuwa osoba pełniąca funkcję Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania Jakością w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej.

## Prawa pacjenta

### § 7

1. Prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami.
3. Wszyscy pracownicy Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej znają i przestrzegają prawa pacjenta, a ponadto zobowiązani są do udzielenia pacjentowi informacji w zakresie przysługujących mu praw.

## Przepisy szczególne

### § 8

Organizacja czasu pracy w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej:  
od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.30 do 15.05,  
dyżur sobotni w godzinach od 08.00 do 15.00.

### § 9

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej wykonuje mikrobiologiczne badania diagnostyczne dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie na podstawie prawidłowo wypełnionego skierowania bądź to w formie elektronicznej, bądź papierowej przez lekarzy SPSK Nr 1 w Lublinie.
2. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej wykonuje mikrobiologiczne badania diagnostyczne dla pacjentów kierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej zgodnie z oddzielną umową zawartą pomiędzy SPSK Nr 1 w Lublinie, a daną jednostką na podstawie ważnych skierowań wystawionych przez osoby do tego upoważnione.
3. Mikrobiologiczne badania diagnostyczne u pacjentów posiadających skierowanie na badanie wystawione przez osoby do tego upoważnione lecz nie będące skierowaniem z SPSK Nr 1 w Lublinie, ani z jednostki mającej zawartą odrębną umowę z SPSK Nr 1 w Lublinie, wykonywane są odpłatnie.
4. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej świadczy również odpłatnie mikrobiologiczne badania diagnostyczne dla pacjentów nie posiadających skierowania lekarskiego. Opłata, zgodnie z cennikiem badań diagnostycznych corocznie aktualizowanym i akceptowanym przez Dyrektora SPSK nr 1 w Lublinie, pobierana jest w kasie SPSK Nr 1 w Lublinie.
  - a) w pracowniach Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej przy ulicy Staszica 11, z uwagi na brak punktu pobrań materiału do badań, badania odpłatne, wykonywane są po dostarczeniu materiału diagnostycznego w odpowiednim sterylnym podłożu transportowym lub sterylnym pojemniku nabytym w aptece lub otrzymanym wcześniej w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej. O formie pobrania materiału i dostarczenia go do Zakładu pacjent instruowany jest przez pracownika Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej.

- b) Pracownia Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową materiał diagnostyczny do badań odpłatnych pobiera w punkcie pobrań znajdującym się przy Poradni Dermatologii SPSK Nr 1 w Lublinie.

#### § 10

1. Pobieranie materiału biologicznego do badania, jego transport lub ewentualne zabezpieczenie przeprowadzane jest zgodnie z obowiązującymi w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie procedurami ogólnymi.
2. Materiał do badań diagnostycznych w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej przy ulicy Staszica 11 przyjmowany jest:  
od poniedziałku do piątku w godzinach od 09.00 do 11.00 oraz od 13.00 do 14.00,  
podczas dyżuru sobotniego w godzinach od 08.30 do 12.00.
3. Pracownia Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową materiał do badań diagnostycznych pobiera w punkcie pobrań mieszczącym się przy Poradni Dermatologii w wyznaczonych dniach:  
Poniedziałek w godzinach od 12.00 do 14.00,  
wtorek, czwartek w godzinach od 08.00 do 10.00.
4. Materiał biologiczny pobrany na oddziale szpitalnym od pacjentów hospitalizowanych dostarczany jest do Pracowni od poniedziałku do piątku w godzinach od 09.00 do 11.00 oraz od 13.00 do 14.00.
5. Do Pracowni Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową pacjent zgłasza się przygotowany do badania (szczegółowy opis przygotowania pacjenta znajduje się w obowiązujących procedurach Zakładu).

#### § 11

1. Wydawanie wyników badań z mikrobiologicznego toku diagnostycznego odbywa się w pokoju wydawania wyników w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej.
2. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych w SPSK Nr 1 w Lublinie przekazywane są gońcom szpitalnym po dokonaniu wpisu odbioru w zeszycie „Wydawania Wyników” w godzinach 12.30-13.00.
3. Wyniki badań pacjentów wykonujących je odpłatnie wydawane są pacjentom osobiście, bądź osobie upoważnionej po okazaniu dowodu upoważnienia.

#### § 12

1. W pracowniach Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej obowiązuje drugi poziom bezpieczeństwa biologicznego.
2. Przed wejściem na pracownię Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej należy nałożyć na siebie odzież ochronną (fartuchy, obuwie na twardej podeszwie), a podczas wykonywania czynności diagnostycznych należy korzystać również ze sprzętu ochrony osobistej to jest: okularów, masek, rękawiczek gumowych jednorazowego użytku itp.
3. Rzeczy osobiste i ubrania wierzchnie pozostawia się w specjalnie przygotowanych szafkach ubraniowych znajdujących się w czystej części Zakładu.
4. Praca diagnostyczna z materiałem zakaźnym wykonywana jest na specjalnie wyznaczonych stołach laboratoryjnych.
5. Podczas wykonywania czynności diagnostycznych zabrania się:
  - a) opuszczania swojego stanowiska pracy oraz układania na stołach laboratoryjnych i stanowiskach pracy: książek, czasopism oraz przedmiotów osobistych (torebki, telefony, lusterka itp.),
  - b) prowadzenia głośnych rozmów lub innych form zachowania rozpraszających uwagę personelu.
6. W pracowniach Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej obowiązuje zakaz spożywania posiłków, picia napojów alkoholowych, palenia papierosów.
7. Po skończonej pracy, przed opuszczeniem stanowiska należy pamiętać o dezynfekcji powierzchni roboczej.



8. Przed wyjściem z pracowni należy zdjąć rękawiczki ochronne i wrzucić je do oznakowanego kosza jako odpad medyczny. Ręce umyć z zachowaniem zasad aseptyki.

### § 13

Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej prowadzi ścisłą współpracę z podwykonawcami.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZESPOŁU PORADNI SPECJALISTYCZNYCH I POZ**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, położnej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ należy:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.
3. Organizowanie i prowadzenie oświaty zdrowotnej.
4. Orzekanie o zdolności do wykonywania pracy, zawodu lub czasowej niezdolności do pracy.
5. Wykonywanie szczepień ochronnych, zabiegów pielęgniarskich.
6. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

#### **§ 3**

1. Zespołem Poradni Specjalistycznych i POZ (przy ul. Langiewicza 6A i ul. Nadbystrzyckiej 42A) kieruje i nadzoruje pracę Lekarz Kierujący służbowo podległy Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, a w razie nieobecności Kierownika wyznaczony przez niego lekarz.
2. Nadzór nad organizacją pracy pielęgniarki i położnej sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

#### **§ 4**

Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ:

1. Poradnia Lekarza POZ (przy ul. Langiewicza 6A)
2. Poradnia Lekarza Rodzinnego (przy ul. Langiewicza 6A)
3. Poradnia Chirurgii Ogólnej (przy ul. Langiewicza 6A)
4. Poradnia Dermatologiczna (przy ul. Langiewicza 6A)
5. Poradnia Okulistyczna (przy ul. Langiewicza 6A)
6. Poradnia Otolaryngologiczna (przy ul. Langiewicza 6A)
7. Poradnia Neurologiczna (przy ul. Langiewicza 6A)
8. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza (przy ul. Langiewicza 6A)
9. Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy (przy ul. Langiewicza 6A)
10. Poradnia Zdrowia Psychicznego (przy ul. Langiewicza 6A)
11. Poradnia Stomatologiczna (przy ul. Langiewicza 6A)
12. Poradnia Medycyny Pracy (przy ul. Langiewicza 6A)
13. Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej (przy ul. Langiewicza 6A)
14. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej (przy ul. Langiewicza 6A)

15. Pracownia USG (przy ul. Langiewicza 6A)
16. Pracownia EKG (przy ul. Langiewicza 6A)
17. Pracownia Audiometryczna (przy ul. Langiewicza 6A)
18. Pracownia Fizjoterapii (przy ul. Langiewicza 6A)
19. Pracownia Kinezyterapii (przy ul. Langiewicza 6A)
20. Pracownia Fizykoterapii (przy ul. Langiewicza 6A)
21. Pracownia Hydroterapii (przy ul. Langiewicza 6A)
22. Pracownia Krioterapii (przy ul. Langiewicza 6A)
23. Pracownia Masażu Leczniczego (przy ul. Langiewicza 6A)
24. Gabinet Pielęgniarstwa POZ (przy ul. Langiewicza 6A)
25. Gabinet Położnej POZ (przy ul. Langiewicza 6A)
26. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (przy ul. Langiewicza 6A)
27. Punkt Szczepień (przy ul. Langiewicza 6A)
28. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Okulistyki (przy ul. Langiewicza 6A)
29. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Otolaryngologii (przy ul. Langiewicza 6A)

#### § 5

1. Świadczenia zdrowotne w Poradni Lekarza POZ / Lekarza Rodzinnego, Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Poradni Stomatologicznej i Poradni Zdrowia Psychicznego (Psychiatra), Poradni Medycyny Pracy udzielane są bez skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne w Poradniach: Chirurgii Ogólnej, Dermatologicznej, Okulistycznej, Otolaryngologicznej, Neurologicznej, Chorób Płuc i Gruźlicy i Poradni Zdrowia Psychicznego (Psycholog) udzielane są pacjentom na podstawie skierowania.
3. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie lub za odpłatnością, na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego.

#### § 6

W Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

### **Przepisy porządkowe**

#### § 7

Na terenie Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiejkolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych, przez osoby nieuprawnione.

#### § 8

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
- zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom.

## Prawa pacjenta

### § 9

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

### § 10

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

### § 11

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - która nie ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną i nie mającą rozeznania,
  - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

### § 12

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - małoletnią która ukończyła 16 lat,
  - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

- chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznanie, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
- 2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
- 3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
- 4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

### § 13

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu*).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

### § 14

1. Pozostałe prawa pacjenta w Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Zespół Poradni Specjalistycznych i POZ umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

## Przepisy szczególne

### § 15

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Poradni Lekarza POZ / Lekarza Rodzinnego (przy ul. Langiewicza 6A) w dni powszednie w godzinach od 08:00 do 18:00, natomiast w godz. 18.00 - 08.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta pacjenci mają zapewnione świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ, zgodnie z opisem na tablicy informacyjnej. Każdy ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Zmiana lekarza, pielęgniarki i położnej POZ przysługuje bezpłatnie osobie ubezpieczonej nie częściej niż 3 razy w roku kalendarzowym. W przypadku czwartej i każdej kolejnej zmiany pacjent wnosi opłatę w wysokości 80 zł na rachunek LOW NFZ.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Poradni Lekarza POZ (przy ul. Nadbystrzyckiej 42A) w dni powszednie w godzinach od 08.00 do 13.00, od godz. 13.00 do 18.00 ww. świadczenia udzielane są w Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ przy ul. Langiewicza 6A, natomiast w godz. 18.00 - 08.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta pacjenci mają zapewnione

świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ, zgodnie z opisem na tablicy informacyjnej. Każdy ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Zmiana lekarza, pielęgniarki i położnej POZ przysługuje bezpłatnie osobie ubezpieczonej nie częściej niż 3 razy w roku kalendarzowym. W przypadku czwartej i każdej kolejnej zmiany pacjent wnosi opłatę w wysokości 80 zł na rachunek LOW NFZ.

3. Świadczenia zdrowotne w Poradniach: Chirurgii Ogólnej, Dermatologicznej, Okulistycznej, Otolaryngologicznej, Neurologicznej, Ginekologiczno-Położniczej, Chorób Płuc i Gruźlicy, Zdrowia Psychicznego udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy poradni. Harmonogram znajduje się na tablicy informacyjnej.
4. Świadczenia zdrowotne w Poradni Stomatologicznej udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy poradni. Harmonogram znajduje się na tablicy informacyjnej. Świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane są zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych regulowanych przepisami prawa. Świadczenia udzielone przy użyciu materiałów innych niż gwarantowane bądź świadczenia inne niż gwarantowane nie są refundowane przez NFZ – pacjent pokrywa 100% kosztów udzielonego świadczenia.
5. Świadczenia zdrowotne, zabiegi fizjoterapeutyczne w Pracowniach Fizjoterapii: Kinezyterapii, Fizykoterapii, Hydroterapii, Krioterapii i Masażu Leczniczego udzielane są w dni powszednie w godzinach od 08:00 do 18:00 według kolejności zgłoszeń na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, które jest ważne 30 dni od daty wystawienia. Pacjent ma prawo do fizjoterapii w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, nie więcej, niż 5 procedur dziennie.
6. Świadczenia w Pracowniach diagnostyki laboratoryjnej – punkt pobrań, rentgenodiagnostyki ogólnej, USG, audiometrycznej, EKG i spirometrii wykonywane są na podstawie aktualnych skierowań wystawionych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie jest ważne 30 dni od daty wystawienia. Badania diagnostyczne bez skierowania wykonane na prośbę pacjenta są odpłatne na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego (badanie w zakresie rentgenodiagnostyki wykonuje się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza).
7. Świadczenia zdrowotne w Poradni Medycyny Pracy udzielane są przez lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych w trybie odrębnych przepisów, a także lekarzy specjalistów i pielęgniarki medycyny pracy. Badania profilaktyczne przeprowadzane są na podstawie oryginału skierowania wystawionego przez pracodawcę lub inny podmiot według obowiązujących przepisów. Skierowanie powinno zawierać wszystkie niezbędne informacje o występowaniu czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia na stanowisku pracy. W przypadku badań kontrolnych po okresie 30 dniowej absencji w pracy pracownik oprócz skierowania od pracodawcy powinien posiadać zaświadczenie o zakończonym leczeniu od lekarza prowadzącego. Zakres badań pracownika zależy od charakterystyki danego stanowiska pracy. Odpłatność za wykonanie świadczeń profilaktycznych ponosi pracodawca zgodnie z zawartymi z Zakładem umowami.
8. W uzasadnionych przypadkach świadczenia zdrowotne udzielane są w domu pacjenta.

#### § 16

1. Rejestracja pacjentów odbywa się osobiście, przez członków rodziny lub telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w dniu zgłoszenia lub w terminie uzgodnionym z pacjentem.

#### § 17

1. Lekarze Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ kierują osoby zapisane na swoje listy, do poradni specjalistycznych poprzez wystawienie skierowania na konsultację jednorazową, a gdy wymaga tego proces leczenia - skierowania na leczenie stałe.
2. Lekarze Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ kierują pacjenta na leczenie szpitalne, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie, a konieczność hospitalizacji zostanie uzasadniona na skierowaniu.

3. Skierowanie na konsultację, poradę specjalistyczną lub planowaną hospitalizację, powinno być poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi i uzupełniającymi skierowanie, należącymi do zakresu badań diagnostycznych lekarza POZ.
4. Lekarze Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ mogą kierować pacjentów zdiagnozowanych na zabiegi fizjoterapeutyczne.

## **REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU RADIOTERAPII**

### **Przepisy ogólne**

#### **§ 1**

Głównym celem działalności Zakładu Radioterapii jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie leczenia napromienianiem w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowych.

#### **§ 2**

Do podstawowych zadań Zakładu Radioterapii należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki pacjentom napromienianym.
2. Realizowanie napromieniania według aktualnej wiedzy medycznej.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbłość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

#### **§ 3**

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu Radioterapii sprawuje Kierownik Zakładu Radioterapii - lekarz kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy Pracowni Fizyki Medycznej sprawuje Kierownik Pracowni Fizyki Medycznej.
3. Nadzór nad organizacją pracy zespołu techników elektroradiologii sprawuje Kierownik Zespołu Techników Elektroradiologii.
4. Kierownik Pracowni Fizyki Medycznej i Kierownik Zespołu Techników Elektroradiologii raportują Kierownikowi Zakładu Radioterapii uwagi dotyczące organizacji pracy podległych zespołów.

#### **§ 4**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym są udzielane w:
  - a. Pracowni Teleradioterapii i Radioterapii Śródoperacyjnej, obejmuje poziom 0 budynku przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie, mieszczący dwa akcelatory liniowe Versa HD, pracownię tomografii komputerowej, modelarnię oraz pracownię fizyki medycznej;
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są dla pacjentów Oddziału Radioterapii Kliniki Chirurgii Onkologicznej w:
  - a. Pracowni Teleradioterapii i Radioterapii Śródoperacyjnej, obejmuje poziom 0 budynku przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie, mieszczący dwa akcelatory liniowe Versa HD, pracownię tomografii komputerowej, modelarnię oraz pracownię fizyki medycznej,
  - b. Na Bloku Operacyjnym Sala nr 2 Oddziału Chirurgii Onkologicznej (poziom 1 budynku przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie) mieszczącym akcelerator Mobetron 2000.

#### **§ 5**

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i ambulatoryjnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.



2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i ambulatoryjnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

#### § 6

1. W Zakładzie Radioterapii udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

### **Przepisy porządkowe**

#### § 7

Na terenie Zakładu Radioterapii obowiązuje zakaz palenia tytoniu, spożywania napojów alkoholowych oraz środków psychoaktywnych.

#### § 8

Pacjenci zobowiązani są do:

1. Stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Zakładzie.
2. Niewychodzenia poza Zakład bez wiedzy i zgody personelu medycznego w przypadku pacjentów, którym udzielane są świadczenia szpitalne (Zakład Radioterapii nie ponosi odpowiedzialności za pacjentów, którzy samodzielnie i bez zgody opuszczają teren Zakładu).
3. Przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.
4. Nie manipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych.

#### § 9

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

### **Prawa pacjenta**

#### § 10

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej w formie pisemnej.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę

upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu pełnej informacji.

## § 11

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody. Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

## § 12

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - a. która nie ukończyła 16 lat,
  - b. ubezwłasnowolnioną i niemającą rozeznania,
  - c. niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo)osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy.
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

## § 13

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
  - a. małoletnią, która ukończyła 16 lat,
  - b. ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
  - c. chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich.
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

#### § 14

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku, gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w szczególności małżonkom, przedstawicielom ustawowym /w tym rodzicom/, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

#### § 15

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

### Przepisy szczegółowe

#### § 16

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Poradni Radioterapii od poniedziałku do piątku w godzinach od 09:00 do 15:00.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Zakładzie Radioterapii od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.00 do 15.05.
3. W sytuacji wyłączenia z pracy jednego akceleratora (przeglądy, awarie) napromienianie będzie realizowane na drugim akceleratorze do godz. 18:00.
4. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radioterapii i Poradni Radioterapii prowadzona jest lista osób oczekujących.

#### § 17

1. Harmonogram dnia:
  - a. zespołu Lekarzy:
    - 07:30 – 08:30** raport lekarski,
    - 08:30 – 15:05** wewnętrzne konsylia Zakładu Radioterapii, przygotowanie i realizacja napromieniania pacjentów, cotygodniowa ocena stanu chorego- badanie lekarskie, wydawanie wypisów, udział w zewnętrznych konsyliach.
  - b. zespołu Fizyków:
    - 07:00 – 08:00** dozymetria poranna,
    - 08:00 – 15:05** planowanie, dozymetria tygodniowa,
    - 10:25 – 18:00** dotyczy okresowych przeglądów aparatów i kwartalnych pomiarów dozymetrycznych
  - c. Zespołu Techników Elekroradiologii:
    - 07:00 – 08:00** dozymetria poranna, (aparaty terapeutyczne Elekta 1, Elekta 2, Tomograf Komputerowy)
    - 08:00 – 15:05** praca kliniczna.
2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizacją pracy w Zakładzie, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

## § 18

1. Wypisy pacjentów po zakończonym leczeniu odbywają się w godzinach od 11.00 do 15.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
  - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
  - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
  - wskazówki do dalszego postępowania,
  - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia.
  - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## **REGULAMIN KORZYSTANIA Z POKOI NOCLEGOWYCH DLA PACJENTÓW**

### **I. Warunki ogólne**

1. Regulamin określa warunki korzystania z pokoi noclegowych dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Pokoje są przeznaczone dla pacjentów szpitala, którzy korzystają z leczenia w ramach umowy z NFZ w zakresie chemioterapii w trybie całodobowym lub w ramach świadczeń teleradioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym.
3. Udostępniający pokoje noclegowe zwany jest w dalszej części Regulaminu „Szpitalem”, natomiast osoba korzystająca z pokoju zwana jest w dalszej części Regulaminu „Pacjentem”.
4. Regulamin dostępny jest w hallu oraz w każdym pokoju noclegowym.
5. Pokoje noclegowe przydzielane są pacjentom na podstawie skierowania lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, zawierającego co najmniej pieczęć jednostki kierującej, datę, pieczęć i podpis lekarza oraz wskazanie okresu, w jakim pacjent będzie uprawniony do korzystania z noclegu.
6. Pokoje noclegowe udostępniane są pacjentom nieodpłatnie wyłącznie w okresie wskazanym w skierowaniu. W pozostałe dni, nieobjęte skierowaniem, pacjenci mają prawo do odpłatnego zakwaterowania, z odpłatnością według stawek określonych w aktualnie obowiązującym w Szpitalu cenniku.
7. Osoby towarzyszące pacjentom są uprawnione wyłącznie do odpłatnego korzystania z pokoi z odpłatnością według stawek określonych w aktualnie obowiązującym w Szpitalu cenniku.
8. Szpital nie gwarantuje dostępności pokoi dla wszystkich pacjentów (pokoje będą udostępniane w zależności od możliwości organizacyjnych szpitala).

### **II. O obiekcie**

1. Pokoje noclegowe dla pacjentów znajdują się na I piętrze budynku A-13 przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie. Budynek A-13 w dalszej części Regulaminu jest zwany „Obiektem”.
2. W budynku znajduje się winda.
3. W obiekcie funkcjonuje czynna całą dobę portiernia. Portier w szczególności udziela wszelkich informacji związanych z pobytem, obsługuje szatnię, kieruje pacjentów do pokoi, wydaje i odbiera klucze do pokoi, sprawdza stan pokoi podczas opuszczania ich przez pacjentów oraz dba o porządek na terenie obiektu i na terenie posesji.
4. Do dyspozycji pacjentów są pokoje jedno i wieloosobowe.
5. We wszystkich pokojach znajdują się łazienki z dostępem do WC i prysznica.
6. Pokoje wyposażone są w pościel (koc, poduszka, bielizna pościelowa) oraz podstawowe umeblowanie.
7. Do dyspozycji pacjentów jest ogólnodostępna kuchnia wyposażona w talerze, kubki, sztućce oraz lodówkę.

### **III. Obowiązki Szpitala**

1. Szpital ma obowiązek zapewnić:
  - a) warunki całodobowego i nieskrępowanego pobytu pacjentów / osób towarzyszących,
  - b) bezpieczeństwo pobytu oraz ochronę danych osobowych pacjentów / osób towarzyszących,
  - c) sprzątanie pokoi,
  - d) wykonywanie niezbędnych napraw urządzeń znajdujących się w pokojach.
2. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy pozostawione w pokojach przez Pacjentów lub towarzyszące im osoby.
3. Szpital nie ponosi odpowiedzialności z tytułu kradzieży pieniędzy, innych rzeczy, uszkodzenia lub zniszczenia papierów wartościowych, kosztowności albo przedmiotów czy urządzeń elektronicznych należących do Pacjentów lub towarzyszących im osób.

### **IV. Odpowiedzialność Pacjentów**

1. Pacjent ponosi pełną odpowiedzialność materialną za wszelkie szkody w mieniu Szpitala (w szczególności wszelkiego rodzaju uszkodzenia lub zniszczenia wyposażenia i urządzeń technicznych Szpitala) powstałe na skutek działania lub zaniechania pacjenta, osób mu towarzyszących lub odwiedzających go osób.
2. Szpital zastrzega sobie prawo do obciążenia Pacjenta kosztami naprawienia wszelkich szkód w obiekcie powstałych w związku z jego pobylem (w tym stwierdzonych po jego wyjeździe) i ma prawo dochodzić od Pacjenta odszkodowania do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
3. W przypadku niezidentyfikowania osoby, która wyrządziła szkodę w mieniu Szpitala znajdującym się w pokoju, odpowiedzialność solidarną ponoszą wszyscy Pacjenci zakwaterowani w pokoju.
4. W przypadku wystąpienia / spowodowania / zauważenia jakichkolwiek usterek lub uszkodzeń w obiekcie (w tym w pokoju), Pacjent jest zobowiązany niezwłocznie poinformować o tym portiera lub pracownika Rejestracji Kliniki.
5. Ze względów bezpieczeństwa Pacjent opuszczający pokój powinien każdorazowo zamknąć okno, zakręcić krany, wyłączyć światło oraz zamknąć drzwi.
6. Pacjent po zakończonym pobycie zwraca niezwłocznie portierowi kartę do drzwi od pokoju.
7. W przypadku zgubienia lub zniszczenia karty do pokoju Pacjent zostanie obciążony dodatkową opłatą związaną z zakupem nowej karty.

### **V. Zwrot rzeczy pozostawionych**

1. Przedmioty osobiste, pozostawione w pokoju przez wyjeżdżającego Pacjenta, zostaną odesłane na koszt Pacjenta na wskazany adres.
2. W przypadku nieotrzymania od Pacjenta dyspozycji dotyczących odesłania pozostawionych rzeczy zastosowanie znajdują odpowiednie zapisy właściwej procedury w sprawach depozytu obowiązującej w Szpitalu (na dzień sporządzenia niniejszego Regulaminu: *Procedury postępowania z ubraniami i depozytami wartościowych rzeczy pacjentów*). Artykuły spożywcze będą przechowywane przez 24 godziny, po czym wyrzucane.

### **VI. Cisza nocna**

1. W obiekcie obowiązuje zachowanie ciszy nocnej od godziny 22:00 do godziny 06:00 dnia następnego.
2. Zachowanie Pacjentów i towarzyszących im osób nie powinno zakłócać spokojnego pobytu innych Pacjentów.

## **VII. Postanowienia dodatkowe**

1. Ze względu na bezpieczeństwo przeciwpożarowe zabrania się w pokoju stosowania otwartego ognia np. świeczek czy urządzeń elektrycznych niestanowiących wyposażenia pokoju.
2. W całym obiekcie i na terenie posesji obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych.
3. W całym obiekcie i na terenie posesji obowiązuje całkowity zakaz posiadania i zażywania substancji odurzających i psychotropowych.
4. W całym obiekcie i na terenie posesji obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu.
5. Zakazuje się prowadzenia na terenie obiektu i na terenie posesji akwizycji i sprzedaży obnośnej.
6. Pacjent/osoby towarzyszące/odwiedzające mają obowiązek zachowywania się na terenie obiektu w sposób niezakłócający spokojnego pobytu innym osobom (w szczególności zabrania się hałasowania, powodowania nieprzyjemnych zapachów, głośnego prowadzenia rozmów, w tym telefonicznych).
7. Odwiedziny pacjentów mogą odbywać się w godzinach od 07.00 do 20.00. Poza tymi godzinami osoby odwiedzające nie mają prawa do przebywania w obiekcie.
8. Pacjentom nie wolno dokonywać jakichkolwiek zmian w pokojach i ich wyposażeniu poza nieznacznym przestawieniem mebli i wyposażenia, w sposób nie naruszający funkcjonalności pomieszczenia i bezpieczeństwa Pacjentów.
9. Ze względów bezpieczeństwa personel Szpitala ma prawo do sprawdzenia pokoi Pacjentów, jeśli zachodzi podejrzenie złamania Regulaminu, w obecności Pacjenta i bez prawa do dokonywania przeglądania rzeczy osobistych Pacjenta.

**CENNIK NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE LECZNICTWA SZPITALNEGO  
dla osób nie uprawnionych do świadczeń finansowanych  
ze środków publicznych**

Wartość świadczenia wg katalogów obowiązujących w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia*	
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO	
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWEJ I OBRAŻEŃ WIELONARZĄDOWYCH	
ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII	
ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	
ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ I CHEMIOTERAPII	
ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH, INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO, DIABETOLOGII, ENDOKRYNOLOGII	
ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ I GINEKOLOGII	
ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA I PATOLOGII CIĄŻY	
ODDZIAŁ NOWORODKÓW	
ODDZIAŁ DERMATOLOGII I WENEROLOGII	
ODDZIAŁ DERMATOLOGII DZIECIĘCEJ	
ODDZIAŁ OKULISTYKI	
ODDZIAŁ OKULISTYKI DZIECIĘCEJ	
ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	
ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ	
ODDZIAŁ HEMATOONKOLOGII, TRANSPLANTACJI SZPIKU I CHEMIOTERAPII	
ODDZIAŁ DZIENNY CHEMIOTERAPII	
ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH	

**\*w przypadkach, w których koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych przekroczą wartości określone powyżej, wysokość opłat pobieranych od pacjentów przez Szpital odpowiadać będzie faktycznej wysokości poniesionych kosztów udzielonych świadczeń**

Oddziały rozliczane osobodniami	Cena za 1 osobodzień pobytu
DDZIAŁ OGÓLNOPSYCHIATRYCZNY	285,00 zł
DDZIAŁ PSYCHIATRII DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	287,00 zł
ODDZIAŁ LECZENIA NERWIC I TERAPII ZABURZEŃ ODŻYWIANIA	284,00 zł
ODDZIAŁ SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNY	294,00 zł
Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych	220,00 zł



**CENNIK NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**  
**w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej**

<b>MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	<b>Cena 1 porady w zł</b>
PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA	90,00
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	90,00
PORADNIA KARDIOLOGICZNA	90,00
PORADNIA CHIRURGICZNA	100,00
PORADNIA CHIRURGII URAZOWEJ	100,00
PORADNIA CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII	100,00
PORADNIA GINEKOLOGICZNA Z OŚRODKIEM DIAGNOSTYKI ONKOLOGICZNEJ	100,00
PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA	100,00
PORADNIA DERMATOLOGICZNA	90,00
PORADNIA OKULISTYCZNA OGÓLNA	90,00
PORADNIA PSYCHIATRYCZNA	90,00
PORADNIA ONKOLOGICZNA	100,00
PORADNIA HEMATOONKOLOGII	120,00
PORADNIA TRANSPLANTACJI SZPIKU	120,00
PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH	120,00
PORADNIA DIAGNOSTYCZNO-LECZNICZA	120,00
PORADNIA HEPATOLOGICZNA	120,00
IZBA PRZYJĘĆ	140,00
PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ	100,00
PORADNIA OKULISTYCZNA	90,00
PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA	100,00
PORADNIA NEUROLOGICZNA	100,00
PORADNIA CHOROÓB PŁUC I GRUŻLICY	90,00
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO	90,00
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA (porada lekarska)	60,00
KONSULTACJA INTERNISTYCZNA	90,00
KONSULTACJA ANESTEZJOLOGICZNA	100,00
KONSULTACJA PSYCHOLOGICZNA	90,00
KONSULTACJA PSYCHIATRY DZIECIĘCEGO	150,00
PORADNIA PREANESTETYCZNA	100,00
PORADNIA NOWORODKOWA	120,00

- Cena porady obejmuje: wywiad, badania przedmiotowe, zlecenia
- Niezależnie od odpłatności ponoszonej za poradę lekarską, pacjent ponosi dodatkową odpłatność za faktycznie wykonane badania diagnostyczne, zgodnie z obowiązującymi w SPSK Nr 1 w Lublinie cennikami, oraz za faktycznie wykonany zabieg w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie ze słownikami procedur obowiązującymi w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, określonymi na stronach internetowych NFZ: [www.NFZ.lublin.pl](http://www.NFZ.lublin.pl)

**CENNIK USŁUG STOMATOLOGICZNYCH W ZAKRESIE GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ**  
**wykonywanych w Poradni Chirurgii Szcękowo-Twarzowej**  
**dla osób nie uprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa usługi (wraz z użytymi materiałami)</b>	<b>Cena w zł</b>
1	Porada lekarska	100,00
2	Nacięcie powłok- ewakuacja, sączkowanie krwiaka i/lub ropnia, ciało obce- usunięcie z powłok i/lub z naturalnych otworów ciała, zaopatrzenie ran powierzchownych	80,00
3	Nastawienie złamania i/lub unieruchomienie zewnętrzne	500,00
4	Punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, zatok, stawów, skóry i torbieli z pełną diagnostyką (cytologia, mikrobiologia, analityka)	150,00
5	Usunięcie szwów	40,00
6	Usunięcie zęba chirurgiczne	300,00
7	Pobranie i/lub wycięcie pojedynczych zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich z niezbędną diagnostyką, w tym badanie hist-pat	250,00
8	Podcięcie wędzidełka	150,00
9	Usunięcie zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich	200,00
10	Punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, stawu, zatok, skóry i torbieli	50,00
11	Zmiana opatrunków	30,00
12	Zabiegi fizykoterapii przeciwbólowo	10,00
13	Posiew z antybiogramem w kierunku Mycobacterium	150,00
14	Usunięcie operacyjne zęba zatrzymanego	450,00
15	Odsłonięcie zęba zatrzymanego do leczenia ortodontycznego	350,00
16	Usunięcie zębów z przewodu ślinianki	600,00
17	Założenie szyny przy zwichnięciu zębów	400,00
18	Repozycja wyrostka żębodołowego	400,00
19	Plastyka wyrostka żębodołowego	350,00
20	Założenie szyny z pelotą lub płytą nagryzową	450,00
21	Opanowanie krwotoku z nosa- tamponada tylna (świadczenie wykonywane w znieczuleniu miejscowym)	100,00
22	Wymiana rurki tracheostomijnej	150,00
23	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa z diagnostyką mikroskopową bez użycia techniki obrazowej z badaniem cytologicznym)	150,00
24	Zabieg neurodestrukcyjny wykonywany u chorych z przewlekłym bólem- termolezja, kriolezja	750,00
25	Podanie w okolice nerwów lub splotów nerwowych, chorem z przewlekłym bólem, czasowo działających leków przeciwbólowych, blokujących przewodnictwo	80,00
26	Kriochirurgia zmian miejscowych (w przypadku wskazań med. obejmuje poprzedzające badanie hist-pat)	150,00
27	Elektrokoagulacja/ krioterapia/ laseroterapia zmian powierzchownych, za każdy zabieg	80,00
28	Opanowanie krwotoku z nosa- tamponada przednia – w znieczuleniu miejscowym	50,00

- W przypadku wykonania kilku świadczeń odpłatność stanowi sumę poszczególnych usług.
- W dni świąteczne odpłatność za świadczenia stomatologiczne ustala się w wysokości 150% ceny.
- Osobom upośledzonym umysłowo w stopniu znacznym lub głębokim, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje zakwalifikowane jako świadczenie gwarantowane dla tych osób znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych.

**CENNIK USŁUG STOMATOLOGICZNYCH**  
**w zakresie innym niż gwarantowane świadczenia**  
**wykonywanych w Poradni Chirurgii Szcękowo-Twarzowej**

Lp.	Nazwa usługi (wraz z użytymi materiałami)	Cena w zł
1	Iniekcja leku (próby uczuleniowe)	10,00
2	Naświetlanie SOLLUX - 1 zabieg	6,00
3	Jonoforeza - 1 zabieg	10,00
4	Galwanostymulacja- 1 zabieg	10,00
5	Diadynamik - 1 zabieg	7,00
6	Laseroterapia - 1 zabieg	7,00
7	Mechanoterapia w leczeniu urazów szczęk - 1 zabieg	5,00
8	Diatermia - 1 zabieg	7,00
9	EKG	10,00
10	Ekstrakcja zęba jednokorzeniowego	100,00
11	Ekstrakcja zęba wielokorzeniowego	120,00
12	Plastyka przetoki ustno- zatokowej	400,00
13	Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego powyżej 18 r.ż.	350,00
14	Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego powyżej 18 r.ż.	400,00
15	Resekcja wierzchołka korzenia zęba sąsiedniego (w czasie tego samego zabiegu) -powyżej 18 r.ż.	100,00
16	Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego -powyżej 18 r.ż.	350,00
17	Gingiwoosteoplastyka –powyżej 18 r.ż.	300,00
18	Plastyka przedsionka jamy ustnej-powyżej 18 r.ż.	300,00
19	Hemisekcja lub radektomia	300,00
20	Rewizja wyrostka zębodołowego	250,00
21	Wycięcie kieszonki dziąsłowej	50,00

- W przypadku wykonania kilku świadczeń odpłatność stanowi sumę poszczególnych usług.
- W dni świąteczne odpłatność za świadczenia stomatologiczne ustala się w wysokości 150% ceny.
- Osobom upośledzonym umysłowo w stopniu znacznym lub głębokim, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje zakwalifikowane jako świadczenie gwarantowane dla tych osób znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych.

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej SPSK Nr 1**

<b>L.p.</b>	<b>Nazwa testu diagnostycznego</b>	<b>Cena(zł)</b>
	Pobranie materiału	3
<b>Badania hematologiczne</b>		
1.	Morfologia krwi bez rozmazu z analizatora	8
2.	Morfologia krwi + rozmaz z analizatora	10
3.	Morfologia krwi+ rozmaz z analizatora+ rozmaz manualny	25
4.	Morfologia krwi + rozmaz z analizatora+ retikulocyty	25
5	Morfologia krwi + rozmaz manualny+ retikulocyty	35
6.	Retikulocyty	15
7.	Morfologia krwi na ciepło	10
8.	Morfologia krwi + rozmaz w kierunku malarii	25
9.	Test serologiczny w kierunku malarii	35
10	Płytki krwi pobrane na cytrynian	10
11.	Płytki krwi - antykoagulant z jonami magnezu	10
12.	Odczyn opadania krwinek ( OB )	6
13.	Komórki LE	25
<b>Hemostaza (osocze cytrynianowe)</b>		
14	Czas protrombinowy (PT)	12
15	INR (parametr wyliczony)	
16	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	12
17	Fibrynogen	20
18	D – Dimery	30
19	Czas trombinowy(TT)	20
20	Antytrombina III	40
21	Białko C	75
22	Wolne białko S-antygen	105
23	Oporność na białko C-współczynnik APC-R	65
24.	Antykoagulant toczniowy-wskaźnik NR dRVVT	85
25.	Czynnik von Willebranda-Ag	100
26.	Czynnik von Willebranda-aktywność ACT	120
27	Czynnik V	90
28.	Czynnik VII	90
29.	Czynnik VIII	105
30.	Czynnik IX	90
31	Czynnik XII	90
32.	Czynnik XIII	40
33	Krążący antykoagulant	30
34	Inhibitor czynnika VIII	400

35.	Inhibito czynnika IX	250
<b>Chemia kliniczna (surowica)</b>		
36.	Glukoza	7
37.	Białko całkowite	5
38.	Albumina	5
39.	Bilirubina całkowita	6
40.	Bilirubina bezpośrednia	6
41.	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	7
42.	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	7
43.	Fosfataza alkaliczna (ALP)	7
44.	Fosfataza kwaśna (ACP)	14
45.	Gamma-glutamylotransferaza (GGT)	10
46.	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	7
47.	Amylaza	10
48.	Lipaza	9
49.	Kinaza kreatynowa (CK)	10
50.	Kinaza kreatynowa - izoenzym MB (CK-MB)	10
51.	Cholesterol całkowity	5
52.	Cholesterol HDL	8
53.	Triglicerydy	7
54.	Cholesterol LDL	7
55.	Mocznik	5
56.	Kreatynina	6
57.	Kwas moczowy	7
58.	eGFR (parametr wyliczany)	
59.	Sód	5
60.	Potas	5
61.	Chlorki	5
62.	Wapń całkowity	6
63.	Fosforany nieorganiczne	5
64.	Magnez całkowity	7
65.	Lit	10
66.	Żelazo	10
67.	Transferyna	18
68.	Haptoglobina	25
69.	Ferrytyna	25
70.	β2 mikroglobulina	40
71.	Składnik dopełniacza C3	60
72.	Składnik dopełniacza C4	60
73.	Kwasy żółciowe całkowite	15
74.	CRP	10
75.	Krzywa żelazowa 4 punktowa	40
<b>Chemia kliniczna (osocze, krew pobrana na fluorek sodu)</b>		

76.	Test tolerancji glukozy (75g) (doustny test obciążenia glukozą: każde oznaczenie)	7
77.	Test tolerancji glukozy u ciężarnej (75g) (doustny test obciążenia glukozą: każde oznaczenie)	7
<b>Chemia kliniczna (krew pełna wersenianowa)</b>		
78.	Hemoglobina glikowana ( HbA1c)	18
<b>Immunochemia (surowica)</b>		
79.	Tyreotropina (TSH)	15
80.	Trijodotyronina wolna(FT3)	15
81.	Tyrosyna wolna(FT4)	15
82.	P/ciała p/peroksydazie tarczycowej	30
83.	P/ciała p/tyreoglobulinie	30
84.	Prolaktyna	25
85.	Hormon folikulotropowy (FSH)	25
86.	Hormon luteinizujący (LH)	25
87.	Estradiol	25
88.	Progesteron	25
89.	Testosteron	20
90.	Gonadotropina kosmówkowa (HCG)	30
91.	HCG+podjednostka beta	30
92.	DHEA SO4	30
93.	Kortyzol	32
94.	Parathormon (PTH)	35
95.	PSA całkowity	35
96.	Ca 125	38
97.	HE4	40
98.	ROMA (parametr wyliczony)	
99.	Ca 19-9	30
100.	CEA	28
101.	Ca 72-4	30
102.	Ca 15-3	30
103.	Alfa-fetoproteina (AFP)	26
104.	Prokalcytonina	70
105.	P/ciała p/cyklicznemu cytrulinowemu peptydowi (anty-CCP)	70
106.	Czynnik reumatoidalny	15
107.	IgG	25
108.	IgM	20
109.	IgA	20
110.	IgE całkowite	36
111.	hs-Troponina T	23
112.	NT -proBNP	60
113.	Kwas walproinowy	25
114.	Karbamazepina	25
115.	Kwas foliowy	35
116.	Witamina B12	35

117.	Witamina D3	45
118.	Insulina	30
119.	Peptyd C	30
120.	Homocysteina	40
121.	Interleukina-6	90
<b>Immunochemia (krew pobrana na EDTA)</b>		
122.	ACTH	31
123.	Amoniak	20
124.	Cyklosporyna	100
<b>Markery Chorób Zakaźnych (osocze wersenianowe)</b>		
125.	P/ciała p/HAV IgM	45
126.	HIV antygen/przeciwciała	25
127.	Antygen HBs	25
128.	Antygen HBs - test potwierdzenia	50
129.	Antygen HBs -test ilościowy	40
130.	P/ciała p/HBs	31
131.	P/ciała p/HBc Total	31
132.	P/ciała p/HBc IgM	50
133.	Antygen HBe	45
134.	P/ciała p/HBe	45
135.	P/ciała p/HCV	25
136.	P/ciała p/CMV IgM	40
137.	P/ciała p/CMV IgG	25
138.	P/ciała p/wirusowi różyczki IgM	40
139.	P/ciała p/wirusowi różyczki IgG	30
140.	P/ciała p/Toxoplasma gondii IgM	25
141.	P/ciała p/Toxoplasma gondii IgG	25
142.	Avidność Toksoplazmoza IgG	70
<b>Białka specyficzne (surowica)</b>		
143.	Wolne lekkie łańcuchy Kappa	90
144.	Wolne lekkie łańcuchy Lambda	90
145.	Wolne lekkie łańcuchy Kappa/Wolne lekkie łańcuchy Lambda (parametr wyliczony)	
146.	Elektroforeza	25
147.	Elektroforeza z immunofiksacją	95
148.	Uzupełniająca immunofiksacja	70
149.	Krioglobuliny	40
150.	Elektroforeza w moczu	420
<b>Analityka ogólna</b>		
151.	Analiza ogólna moczu	10
152.	Glukoza i ciała ketonowe w moczu	5
153.	Gazometria i metabolity	30
154.	Panelowy test na narkotyki w moczu (10 narkotyków)	30
155.	Płyn mózgowo – rdzeniowy - badanie ogólne	35

156.	Płyn z jam ciała – badanie ogólne	60
157.	Krew utajona w kale	20
<b>Płyn z jam ciała – badania dodatkowe</b>		
158.	Amylaza	10
159.	Lipaza	9
160.	Cholesterol całkowity	5
161.	Glukoza	7
162.	Bilirubina całkowita	6
163.	Triglicerydy	7
164.	Mocznik	5
165.	Kreatynina	6
166.	Kwas moczowy	7
167.	CEA	28
168.	Ca19-9	30
169.	Ca 125	38
<b>Chemia kliniczna (mocz DZM)</b>		
170.	Białko całkowite DZM	5
171.	Mikroalbuminuria DZM	10
172.	Kreatynina DZM	6
173.	Mocznik DZM	5
174.	Sód DZM	5
175.	Potas DZM	5
176.	Wapń całkowity DZM	6
177.	Fosforany nieorganiczne DZM	5
178.	Kwas moczowy DZM	7
<b>Chemia kliniczna (mocz-próbka jednorazowa)</b>		
179.	Białko całkowite	5
180.	Mikroalbuminuria	10
181.	Kreatynina	6
182.	Mocznik	5
183.	Sód	5
184.	Potas	5
185.	Wapń całkowity	6
186.	Fosforany nieorganiczne	5
187.	Kwas moczowy	7
188.	Amylaza	10
189.	Glukoza	7
<b>Immunochemia (kał)</b>		
190.	Kalprotektyna	100



## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej SPSK Nr 1 w Lublinie

	Rodzaj badania	Cena
1.	Posiew bez identyfikacji	15,00
2.	Posiew moczu ilościowy	9,00
3.	Posiew w kierunku beztlenowców	18,00
4.	Identyfikacja gronkowca (koagulacja)	5,00
5.	Automatyczna identyfikacja gronkowca (izolaty z krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego)	25,00
6.	Automatyczna identyfikacja pałeczki	25,00
7.	Identyfikacja grzyba (płytką)	4,00
8.	Automatyczna identyfikacja grzyba	25,00
9.	Identyfikacja krążkowa paciorkowca	8,00
10.	Automatyczna identyfikacja paciorkowca	25,00
11.	Identyfikacja <i>Haemophilus</i> spp. krążkowa	8,00
12.	Antybiogram dla <i>Haemophilus</i> spp.	18,00
13.	Antybiogram podstawowy krążkowy	15,00
14.	Antybiogram rozszerzony krążkowy	25,00
15.	Antybiogram automatyczny	25,00
16.	Mikogram manualny	30,00
17.	Mikogram automatyczny	30,00
18.	Badanie kału w kierunku <i>Giardia lamblia</i>	25,00
19.	Badanie kału w kierunku pałeczek <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i>	30,00
20.	Badanie kału na obecność Rota i Adenowirusów	20,00
21.	Badanie kału na obecność Norowirusów	48,00
22.	Badanie czystości pochwy	15,00
23.	Badanie ogólne płwociny	15,00
24.	Posiew krwi dorośli (dwie buteleczki) - bez identyfikacji i antybiogramu	30,00
25.	Posiew krwi dzieci - bez identyfikacji i antybiogramu	23,00
26.	SARS-Cov-2 - oznaczenie obecności przeciwciał IgA metodą ELISA w surowicy krwi	80,00
27.	SARS-Cov-2 - oznaczenie obecności przeciwciał IgG metodą ELISA w surowicy krwi	80,00
28.	Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą ELISA w surowicy krwi	24,00
29.	Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą ELISA w surowicy krwi	24,00
30.	Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą Western Blot w surowicy krwi	80,00
31.	Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą Western Blot w surowicy krwi	80,00
32.	Borelioza w płynie mózgowo-rdzeniowym (surowica + płyn mózgowo-rdzeniowy) oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą ELISA	75,00

33.	Borelioza w płynie mózgowo-rdzeniowym (surowica + płyn mózgowo-rdzeniowy) oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą ELISA	75,00
34.	Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą Western Blot w płynie mózgowo-rdzeniowym	80,00
35.	Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą Western Blot w płynie mózgowo-rdzeniowym	80,00
36.	Bąblowica - oznaczanie obecności przeciwciał IgG przeciwko <i>Echinococcus multilocularis</i> i <i>Echinococcus granulosus</i> metodą Western blot w surowicy krwi	80,00
37.	Antygen rozpuszczalny <i>Aspergillus</i> spp. metoda ELISA	70,00
38.	Antygen rozpuszczalny <i>Candida</i> spp. metoda ELISA	70,00
39.	Oznaczanie obecności przeciwciał heterofilnych IgM przeciwko antygenowi kapsydowemu wirusa mononukleozy zakaźnej (EBV) w surowicy	25,00
40.	Oznaczanie obecności przeciwciał IgM przeciwko antygenom wirusa mononukleozy zakaźnej (EBV) w surowicy (metoda Euroline)	75,00
41.	Oznaczanie obecności przeciwciał IgG przeciwko antygenom wirusa mononukleozy zakaźnej (EBV) w surowicy (metoda Euroline)	75,00
42.	Oznaczanie antygenu <i>Helicobacter pylori</i> w kale	25,00
43.	Badanie obecności toksynotwórczych <i>Clostridium difficile</i> w kale (antygen GDH, toksyna A/B <i>C.difficile</i> )	70,00
44.	Badanie obecności toksynotwórczych <i>Clostridium difficile</i> w kale (antygen GDH, posiew mikrobiologiczny, toksyna A/B <i>C.difficile</i> )	125,00
45.	Oznaczanie obecności antygenów <i>Neisseria meningitidis</i> B,C,Y/M, <i>Haemophilus influenzae</i> typ b, <i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Escherichia coli</i> K 1 w płynie mózgowo-rdzeniowym w surowicy	70,00
46.	Oznaczanie obecności reagin kilowych w surowicy – RPR Carbon	10,00
47.	Oznaczanie przeciwciał przeciwko <i>Treponema pallidum</i> – test immunochromatograficzny	15,00
48.	Wykrywanie przeciwciał przeciwko <i>Treponema pallidum</i> w teście TPHA	18,00
49.	Xpert HPV; detekcja 14 typów wysokiego ryzyka HPV techniką Real-time PCR	250,00
50.	Xpert CT/NG; detekcja genomowego DNA <i>Chlamydia trachomatis</i> i <i>Neisseria gonorrhoeae</i> w moczu techniką Real-time PCR	245,00
51.	Detekcja wirusa grypy z rozróżnieniem wirusów A, B oraz wirusa RSV techniką Real-time PCR	250,00
52.	Xpert <i>C. difficile</i> ; wykrywanie toksyn <i>Clostridium difficile</i> (toksyna B, binarna, szczep hiperepidemiczny NAP1/B1/027) w próbce kału techniką Real-time PCR	256,00
53.	Xpert Carba-R; jednoczesna detekcja i identyfikacja genów różnych klas karbapenemaz: KPC, NDM, VIM, OXA-48, IMP-1	250,00
54.	Xpert Xpress SARS-Cov-2; detekcja wirusa SARS-Cov-2 techniką Real-time PCR	215,00
55.	Jakościowa ocena obecności RNA-HCV	200,00
56.	Ilościowa ocena wirusa RNA-HCV	315,00
57.	Genotypowanie wirusa RNA-HCV	400,00
58.	Ilościowa ocena wirusa DNA-HBV	290,00
59.	Ilościowa ocena wirusa DNA-CMV	130,00
60.	Oznaczenie limfocytów T CD3+/CD4+	60,00
61.	Oznaczenie limfocytów T CD3+/CD8+	60,00
62.	Oznaczenie limfocytów T CD3+/CD4+/CD8+	120,00
63.	Oznaczenie limfocytów T CD3+/CD4+/CD8+ (badanie wykonane na odczynnikach Krajowego Centrum ds. AIDS)	54,00
64.	Wykrywanie antygenu kryptokokowego w surowicy/ płynie mózgowo-rdzeniowym	42,00

65.	Badanie obecności przeciwciał IgM przeciwko pałeczkom <i>Yersinia</i> w surowicy krwi metodą ELISA	20,00
66.	Badanie obecności przeciwciał IgG przeciwko pałeczkom <i>Yersinia</i> w surowicy krwi metodą ELISA	20,00
67.	Badanie obecności przeciwciał IgA przeciwko pałeczkom <i>Yersinia</i> w surowicy krwi metodą ELISA	20,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Pracowni Diagnostyki Mikologicznej**  
**i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową SPSK Nr 1**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Preparat bezpośredni w kierunku grzybów	20,00
2.	Preparat bezpośredni w kierunku pasożytów skóry: świerzbowiec Demodex spp.	20,00
3.	Hodowla i identyfikacja grzyba (dermatofity i pleśnie)	30,00
4.	Badanie w lampie Wooda	8,00

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH wykonywanych w II Zakładzie Radiologii Lekarskiej SPSK Nr 1

	<b>Pracownia USG</b>	
1.	USG – j.brzusznej, tarczycy, piersi, narządów położonych powierzchownie np.jąder, węzłów chłonnych szyi, ślinianek, inne	80,00
2.	USG nerek (układu moczowego)	60,00
3.	USG – endocavitarnie (n. rodnego)	80,00
4.	Ultrasonograficzna kontrola biopsji	60,00
	<b>Pracownia Mammografii Cyfrowej</b>	
1.	Mammografia – badanie podstawowe	120,00
2.	Mammografia – zdjęcie celowane	60,00
3.	Mammografia - pojedyncza projekcja	60,00
	<b>Pracownia Tomografii Komputerowej</b>	
1.	Głowa – badanie podstawowe bez kontrastu	180,00
2.	Głowa – badanie z kontrastem	230,00
3.	Głowa – badanie wielofazowe	270,00
4.	Twarzoczaszka –badanie podstawowe bez kontrastu	180,00
5.	Twarzoczaszka – badanie z kontrastem	230,00
6.	Twarzoczaszka i szyja – badanie z kontrastem	500,00
7.	Zatoki z kompleksem ujściowo-przew. WRTK /HRCT/	150,00
8.	Zatoki – badanie podstawowe bez kontrastu	180,00
9.	Zatoki – badanie z kontrastem	230,00
10.	Oczodoły –badanie podstawowe bez kontrastu	150,00
11.	Oczodoły – badanie z kontrastem	230,00
12.	Oczodoły i głowa- badanie z kontrastem	500,00
13.	Przysadka – badanie z kontrastem	230,00
14.	Piramida kości skroniowej (ucho środkowe i wewnętrzne) – badanie podstawowe WRTK /HRCT/	150,00
15.	Szyja (tkanki miękkie) – badanie z kontrastem	350,00
16.	Szyja i klatka piersiowa – badanie z kontrastem	500,00
17.	Szyja,klp, j.brzuszna i miednica mała- badanie z kontrastem	500,00
18.	Klatka piersiowa – badanie z kontrastem	350,00
19.	Klatka piersiowa z nadbrzuszem – badanie z kontrastem	500,00
20.	Klatka piersiowa, j.brzuszna i miednica mała- badanie z kontrastem	500,00
21.	Płuca WRTK / HRCT/	230,00
22.	Jama brzuszna – badanie podstawowe bez kontrastu (od kopuły przepony do talerzy biodrowych)	230,00

23.	Jama brzuszna – badanie z kontrastem (od kopuły przepony do talerzy biodrowych)	350,00
24.	Jama brzuszna – badanie wielofazowe z kontrastem (od kopuły przepony do talerzy biodrowych)	380,00
25.	Miednica – badanie podstawowe bez kontrastu	230,00
26.	Miednica ( narządy miednicy) – badanie z kontrastem	350,00
27.	Jama brzuszna oraz miednica mała – badanie z kontrastem (od kopuły przepony do spojenia łonowego)	500,00
28.	Jama brzuszna z oceną jelita grubego – badanie z kontrastem	500,00
29.	Angiografia TK - aorta piersiowa	420,00
30.	Angiografia TK - aorta brzuszna i tętnice biodrowe	420,00
31.	Angiografia TK – tętnice płucne	420,00
32.	Angiografia TK – tętnice szyjne	420,00
33.	Angiografia TK – naczynia obwodowe	420,00
34.	Angiografia TK - badanie kardiologiczne	420,00
35.	Angiografia TK – inne	420,00
36.	Kręgosłup – jeden odcinek (szyjny / piersiowy / lędźwiowy ) - badanie podstawowe bez kontrastu	230,00
37.	Kręgosłup – dwa odcinki ( szyjny / piersiowy / lędźwiowy ) – badanie podstawowe bez kontrastu	350,00
38.	Kręgosłup – jeden odcinek, badanie z kontrastem	350,00
39.	Kręgosłup – dwa odcinki, badanie z kontrastem	500,00
40.	Kości długie kończyn i stawy, jedna okolica – badanie podstawowe bez kontrastu	230,00
41.	Kości długie kończyn i stawy , jedna okolica – badanie z kontrastem	350,00
42.	Głowa i szyja – badanie podstawowe bez kontrastu	350,00
43.	Głowa i szyja – badanie z kontrastem	500,00
44.	Twarzoczaszka i głowa – badanie podstawowe bez kontrastu	350,00
45.	Twarzoczaszka i głowa- badanie z kontrastem	500,00
46.	Zatoki i głowa – badanie podstawowe bez kontrastu	350,00
47.	Zatoki i głowa – badanie z kontrastem	500,00
48.	Kończyna górna, jedna okolica anatomiczna – badanie podstawowe bez kontrastu	230,00
49.	Kończyna górna, jedna okolica anatomiczna – badanie z kontrastem	350,00
50.	Kończyna dolna, jedna okolica anatomiczna – badanie podstawowe bez kontrastu	230,00
51.	Kończyna dolna, jedna okolica anatomiczna – badanie z kontrastem	350,00
52.	Kończyna górna, dwie lub więcej okolic anatomicznych – badanie z kontrastem	500,00
53.	Kończyna dolna, dwie lub więcej okolic anatomicznych – badanie z kontrastem	500,00
54.	Badanie densytometryczne TK	150,00
55.	Ocena badania radiologicznego i opis konsultacyjny	100,00
56.	Ocena uwapnienia tętnic wieńcowych- Calcium Score	200,00
<b>Pracownia RTG</b>		
1.	RTG czaszki PA i boczne	50,00
2.	RTG czaszki wg Towna (potylicy)	40,00

3.	RTG twarzoczaszki	40,00
4.	RTG zatok	40,00
5.	RTG oczodołów PA i boczne	50,00
6.	RTG oczodołów 2 x PA i boczne( ciało obce)	50,00
7.	RTG kości nosowej	40,00
8.	RTG żuchwy PA	40,00
9.	RTG stawów skroniowo- żuchwowych (wg Schullera)	40,00
10.	RTG kanału nerwów wzrokowych	40,00
11.	RTG siodełka tureckiego	40,00
12.	RTG kręgosłupa szyjnego AP i boczne	50,00
13.	RTG kręgosłupa szyjnego czynnościowe	50,00
14.	RTG kręgosłupa szyjnego – skosy otworów międzykręgowych	50,00
15.	RTG zęba kręgu C2	40,00
16.	RTG kręgosłupa piersiowego AP i boczne	50,00
17.	RTG kręgosłupa lędźwiowego AP i boczne	50,00
18.	RTG kręgosłupa lędźwiowego – skosy	50,00
19.	RTG kości krzyżowej AP	40,00
20.	RTG kości guzicznej AP i boczne	50,00
21.	RTG klatki piersiowej PA	40,00
22.	RTG klatki piersiowej boczne	40,00
23.	RTG klatki piersiowej PA i boczne	50,00
24.	RTG klatki piersiowej boczne z kontrastem	50,00
25.	RTG szczytów płuc (wg Przybylskiego)	40,00
26.	RTG klatki piersiowej przy łóżku pacjenta AP	40,00
27.	RTG żeber skośne	40,00
28.	RTG mostka boczne	40,00
29.	RTG klatki piersiowej noworodka	40,00
30.	RTG j.brzusznej przeglądowe w pozycji leżącej	40,00
31.	RTG j. brzusznej przeglądowe w pozycji leżącej promieniem poziomym	40,00
32.	RTG j.brzusznej przeglądowe w pozycji stojącej	40,00
33.	RTG j. brzusznej przeglądowe noworodka	40,00
34.	RTG obojczyka	40,00
35.	RTG łopatki AP	40,00
36.	RTG łopatki boczne	40,00
37.	RTG stawów mostkowo - obojczykowych	40,00
38.	RTG stawu ramiennego AP	40,00
39.	RTG stawu ramiennego osiowe ( barkowo-pachowe)	40,00

40.	RTG stawu barkowo- obojczykowego AP	40,00
41.	RTG głowy kości ramiennej - transtorakalne	40,00
42.	RTG kości ramiennej AP i boczne	50,00
43.	RTG stawu łokciowego AP i boczne	50,00
44.	RTG przedramienia AP i boczne	50,00
45.	RTG nadgarstka PA i boczne	50,00
46.	RTG nadgarstka porównawcze PA	40,00
47.	RTG nadgarstka porównawcze PA i boczne	50,00
48.	RTG kości łódeczkowatej	40,00
49.	RTG dłoni PA i skośne	50,00
50.	RTG dłoni boczne	40,00
51.	RTG dłoni porównawcze PA	40,00
52.	RTG dłoni porównawcze PA i skośne	50,00
53.	RTG kciuka AP i boczne	40,00
54.	RTG palca II PA i boczne	40,00
55.	RTG palca III PA i boczne	40,00
56.	RTG palca IV PA i boczne	40,00
57.	RTG palca V PA i boczne	40,00
58.	RTG miednicy AP	40,00
59.	RTG stawu biodrowego AP	40,00
60.	RTG stawu biodrowego AP i osiowe	50,00
61.	RTG stawów krzyżowo-biodrowych AP	40,00
61.	RTG kości udowej AP	40,00
62.	RTG kości udowej boczne	40,00
63.	RTG stawu kolanowego AP	40,00
64.	RTG stawu kolanowego AP i boczne	50,00
65.	RTG stawów kolanowych porównawcze AP	40,00
66.	RTG stawów kolanowych porównawcze AP i boczne	50,00
67.	RTG osiowe rzepki	40,00
68.	RTG osiowe rzepek porównawcze	50,00
69.	RTG goleni AP i boczne	50,00
70.	RTG goleni porównawcze AP i boczne	50,00
71.	RTG stawu skokowo- goleniowego AP i boczne	50,00
72.	RTG stawów skokowo- goleniowych porównawcze AP i boczne	50,00
73.	RTG pięty boczne	40,00
74.	RTG pięty osiowe	40,00
75.	RTG pięt porównawcze boczne	40,00



76.	RTG stopy AP i skośne	50,00
77.	RTG stóp porównawcze AP	40,00
78.	RTG stopy boczne	40,00
79.	RTG palucha AP i boczne	40,00
	<b>Pracownia radiografii cyfrowej</b>	
1.	Skopia klatki piersiowej	90,00
2.	Skopia przełyku	80,00
3.	Skopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądek i dwunastnica)	90,00
4.	Pasaż przewodu pokarmowego	130,00
5.	Wlew doodbytniczy dwukontrastowy	150,00
6.	Cholangiografia pooperacyjna	150,00
7.	Histerosalpingografia (HSG)	130,00
8.	Skopia – inne badanie z podaniem kontrastu	110,00
9.	Urografia dożylna	240,00
	<b>Pracownia Pantomografii Cyfrowej</b>	
1.	Zdjęcie Pantomograficzne	75,00
	<b>Oplaty za duplikat zdjęć</b>	
1.	Zdjęcie RTG na kliszy rentgenowskiej	15,00 ( w tym: 12,19zł netto + VAT (23%): 2,81zł)
2.	Zdjęcie CT na kliszy rentgenowskiej	20,00 ( w tym: 16,26zł netto + VAT (23%): 3,74zł)

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii,**  
**Endokrynologii SPSK Nr 1 w Lublinie**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Echokardiografia	80,00
2.	Echokardiografia przezprzelykowa	150,00
3.	USG jamy brzusznej	80,00
4.	USG tarczycy	80,00
5.	Monitorowanie holterowskie	80,00
6.	„Holter ciśnieniowy”	90,00
7.	Próba wysiłkowa	150,00
8.	Gastroskopia	150,00
9.	Rektoskopia	100,00
10.	Ekg	30,00
11.	Bodypletyzmografia	120,00
12.	Bodypletyzmografia z próbą prowokacyjną	180,00
13.	Polisomnografia	500,00
14.	Spirometria	50,00

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

### wykonywanych w Pracowni Patomorfologii SPSK Nr 1 w Lublinie

Obowiązuje od 2020 r.

	Rodzaj badania	Cena
1.	Badanie histopatologiczne podstawowe H+E (wycinek/bloczek)	35,00
2.	Badanie histochemiczne	17,00
3.	Badanie histologiczne gastrobiopsji, z uwzględnieniem odczynu immunohistochemicznego HP	70,00
4.	Ocena histologiczna gotowego preparatu wykonanego poza Pracownią	23,00
5.	Wykonanie preparatu histopatologicznego bez oceny	22,00
6.	Biopsja gruboigłowa: wątroba, trzustka – z uwzględnieniem niezbędnych barwień histochemicznych, <ul style="list-style-type: none"> <li>• odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem</li> </ul>	100,00
7.	Biopsja gruboigłowa piersi obejmuje podstawowe badanie histopatologiczne H+E oraz 2 odczyny immunohistochemiczne (z wyłączeniem odczynu HER2); <ul style="list-style-type: none"> <li>• pozostałe odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem</li> </ul>	75,00
8.	Cytologia złuszczeniowa (za wyjątkiem ginekologicznej) np.: rozmazy z płynów jamy ciała, z jamy ustnej, płuc, płowcina	25,00
9.	Cytologia ginekologiczna (wg systemu Bethesda 2014 r.)	20,00
10.	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa BAC	50,00
11.	Barwienie preparatu cytologicznego bez oceny	7,00
12.	Barwienie immunohistochemiczne – jeden odczyn	80,00
13.	Barwienie immunohistochemiczne HER 2, p 16	180,00
14.	Badanie śródoperacyjne – z uwzględnieniem niezbędnych barwień histochemicznych, <ul style="list-style-type: none"> <li>• niezbędne odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem</li> </ul>	180,00
15.	Konsultacja (dla jednostek zewnętrznych) obejmuje podstawowe badanie histopatologiczne H+E oraz 2 odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem	320,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Angiologii SPSK Nr 1**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>cena</b>
1.	USG Doppler tętnic szyjnych i / lub kręgowych	150,00
2.	USG Doppler tętnic kończyn dolnych lub górnych 1-kończyna	150,00
3.	USG Doppler tętnic kończy dolnych lub górnych 2-kończyny	250,00
4.	USG Doppler żył kończyn dolnych lub górnych 1- jedna kończyna	150,00
5.	USG Doppler żył kończyn dolnych lub górnych 2-kończyny	200,00
6.	USG Doppler aorty brzusznej i / lub tętnic biodrowych	150,00
7.	USG Doppler naczyń trzewnych i/ lub nerkowych	200,00
8.	USG Doppler żył i tętnic kończyn dolnych lub górnych – 1 kończyna	150,00
9.	USG Doppler żył i tętnic kończyn dolnych lub górnych – 2 kończyny	250,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziałach Kliniki Dermatologii, Wenerologii**  
**i Dermatologii Dziecięcej SPSK Nr 1**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Badanie kapilaroskopowe	100,00
2.	Trichogram	75,00
3.	Badanie dermatoskopowe	90,00
4.	Biopsja skóry	35,00
5.	Biopsja skóry + badanie histopatologiczne	60,00
6.	Próby świetlne	30,00
7.	Próby alergiczne płatkowe ( za 1 zestaw)	30,00
8.	Fototerapia UVA lub UVB (za 1 zabieg)	12,00
9.	Wideodermatoskopia za każde kolejne znamię	150,00 20,00
10.	Mapowanie ciała	350,00
11.	Laser frakcyjny (za 1 zabieg)	200,00
12.	Laser CO2 (1 okolica/ 1 zmiana)	200,00
13.	Terapia fotodynamiczna ( za 1 okolicę)	200,00
14.	Trichoskopia	150,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki i Terapii Endoskopowej SPSK Nr 1 w Lublinie**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Gastroskopia diagnostyczna	150,00
2.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (1 badanie histopatologiczne)	180,00
3.	Gastroskopia diagnostyczna z wykonaniem testu ureazowego (diagnostyka H.pylorii )	175,00
4.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją ( uwzględnione min. 3 wycinki do badania hist.pat.)	275,00
5.	Kolonoskopia diagnostyczna	375,00
6.	Kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione badanie hist.pat.)	550,00
7.	Kolonoskopia z polipektomią	1 000,00
8.	Bronchofiberoskopia diagnostyczna	200,00
9.	Bronchofiberoskopia z biopsją	325,00
10.	Ezofagofiberosonografia diagnostyczna	1 000,00
11.	Gastrofiberosonografia diagnostyczna	1 000,00
12.	Rektofiberosonografia diagnostyczna	1 000,00
13.	Rektoskopia	100,00
14.	Cystoskopia diagnostyczna	550,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziałach Kliniki Psychiatrii SPSK Nr 1 w Lublinie**

1.	Badanie EEG	100,00
2.	Badanie EKG	30,00

## **CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**

wykonywanych w Oddziale Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii  
SPSK Nr 1 w Lublinie

### **I. Badania wykonywane w Pracowni Cytometrii Przeptywowej i Hemostazy:**

<i>Lp</i>	<i>Rodzaj badania</i>	<i>Cena</i>	<i>Czas oczekiwania na wynik</i>
<b>1.</b>	Immunofenotypowanie komórek krwi obwodowej, szpiku, płynów ustrojowych (łącznie z oceną):		3-5 dni roboczych (tryb pilny: 24 godz.)
<b>1.1</b>	Panel podstawowy różnicujący poszczególne subpopulacje komórkowe (markery powierzchniowe): CD45/CD14 – leucogate (określenie odsetka poszczególnych subpopulacji leukocytów) CD3/CD8/CD45/CD4 – odsetek limfocytów T, Th, Tc CD45/CD19 – odsetek limfocytów B NK (CD3/CD16+56+)- odsetek komórek NK	<b>50,00 zł</b> (za pojedynczy marker)	
<b>1.2</b>	Diagnostyka rozszerzona w zależności od jednostki chorobowej (ceny zależą od ilości zużytych przeciwciał):		
➤	B-NHL chłoniaki B-komórkowe (markery powierzchniowe: CD5, CD19, CD20, CD22, CD23, CD10, CD43, CD44, CD71, CD200, sIgM, CD11c, CD25, CD38, CD103, łańcuchy kappa, lambda, markery cytoplazmatyczne: cyklina D1, ZAP-70) – rozszerzony panel diagnostyczny – ocena choroby resztkowej	<b>1.500,00 zł</b> <b>800,0 zł</b>	
➤	T-NHL chłoniaki T-komórkowe (markery powierzchniowe: CD3, CD2, CD7, CD5, CD1a, CD16, CD56, CD25, CD26, TCRα/β, TCRγ/δ, markery cytoplazmatyczne: TdT, CD3) – rozszerzony panel diagnostyczny – ocena komórek Sezary’ego – ocena choroby resztkowej	<b>1.300,00 zł</b> <b>700,00 zł</b> <b>600,00 zł</b>	
➤	B-ALL ostre białaczki limfoblastyczne B-komórkowe (markery powierzchniowe: CD10, CD19, CD20, CD22, CD34, CD38, CD33, łańcuchy kappa, lambda, sIgM, markery cytoplazmatyczne: cIgM, CD79a, CD22, TdT) – rozszerzony panel diagnostyczny – ocena choroby resztkowej	<b>1.800,00 zł</b> <b>600,00 zł</b>	
➤	T-ALL ostre białaczki limfoblastyczne T-komórkowe (markery powierzchniowe: CD1a, CD2, CD3, CD5, CD7, markery cytoplazmatyczne: TdT, CD3) – rozszerzony panel diagnostyczny – ocena choroby resztkowej	<b>1.300,00 zł</b> <b>600,00 zł</b>	
➤	AML ostre białaczki szpikowe (markery powierzchniowe: CD117, CD13, CD33, CD34, CD15, CD56, CD11c, DR, CD19, CD64, CD65, CD2, CD7, Glikoforyna A, CD71, markery cytoplazmatyczne: MPO, TdT) – rozszerzony panel diagnostyczny – ocena choroby resztkowej	<b>2.500,00 zł</b> <b>800,00 zł</b>	



➤	szpiczaki plazmocytowe (markery powierzchniowe: CD138, CD38, CD45, CD19, CD20, CD56, CD117, wewnątrzcytoplazmatyczne łańcuchy lekkie kappa i lambda)	<b>1.000,00 zł</b>	
➤	badanie funkcji płytek metodą cytometrii przepływowej (CD61, CD63, CD62P)	<b>150,00 zł</b>	
➤	Badanie immunofenotypowe w kierunku nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)	<b>450,00</b>	
<b>1.3</b>	Mastocytoza (markery powierzchniowe: CD45, CD33, CD2, CD117, CD25)	<b>400,00</b>	
<b>1.4</b>	Ocena ilościowa komórek macierzystych i żywotności (markery powierzchniowe: CD45, Cd34, 7AAD)	<b>300,00</b>	
<b>2.</b>	Badanie funkcji płytek w aparacie PFA-200, testy Col/Epi, Col/ADP	<b>160,00 zł</b>	30 min.
<b>3.</b>	Badanie funkcji agregacji płytek w aparacie Multiplate pod wpływem agonistów: ADP, kolagenu, kwasu arachidonowego, TRAP (białko aktywujące receptor trombiny), Ristocetyny	<b>120,00 zł</b> (za pojedynczy test- max 600,00zł)	30 min
<b>4.</b>	Diagnostyka NNH: - ultraczułe badanie leukocytów: Flaer, CD157, CD45, CD15, CD64 - badanie erytrocytów: CD59, CD235a	<b>450,00 zł</b>	2 dni robocze
<b>5.</b>	Tromboelastometria: - testy INTEM, EXTEM, FIBTEM - dodatkowy test HEPTEM i APTM	<b>330,00 zł</b> <b>100,00 zł</b> (za pojedynczy test- max 550,00zł)	

## **II.Badania wykonywane w Pracowni Cytoimmunoenzymatycznej:**

<b>Lp</b>	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>	<b>Czas oczekiwania na wynik</b>
<b>1.</b>	Morfologia krwi (18 parametrowej) z rozmazem w analizatorze hematologicznym Sysmex XS1000i	<b>10,00 zł</b>	10 min.
<b>2.</b>	Wykonywanie rozmazu ręcznego i barwienie preparatów krwi obwodowej lub szpiku metodą Pappenheima	<b>20,00 zł</b>	24 godz.
<b>3.</b>	Ocena rozmazu krwi obwodowej	<b>30,00 zł</b>	30min.
<b>4.</b>	Ocena rozmazu szpiku	<b>50,00 zł</b>	30 min.
<b>5.</b>	Badania cytochemiczne i immunoenzymatyczne komórek krwi obwodowej lub szpiku (łącznie z oceną):		
➤	peroksydaza (POX)	<b>60,00 zł</b>	24 godz.
➤	PAS	<b>80,00 zł</b>	24 godz.
➤	niespecyficzna esteraza	<b>100,00 zł</b>	24 godz.
➤	fosfataza kwaśna oporna na winian (TRAP)	<b>120,00 zł</b>	24 godz.
➤	fosfataza alkaliczna granulocytów (FAG score)	<b>130,00 zł</b>	5 dni roboczych
➤	sideroblasty	<b>60,00 zł</b>	24 godz.

## **III. INNE:**

- |           |                       |                  |
|-----------|-----------------------|------------------|
| <b>1.</b> | <b>Trepanobiopsja</b> | <b>300,00 zł</b> |
| <b>2.</b> | <b>Biopsja szpiku</b> | <b>150,00 zł</b> |

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziałach Okulistycznych SPSK Nr 1**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku	180,00
2.	Badanie na synoptoforze	40,00
3.	Badanie na refraktometrze	30,00
4.	USG gałki ocznej i oczodołu	60,00
5.	Ćwiczenia pleoptyczne	50,00
6.	ERG (laser)	200,00
7.	Badanie pola widzenia - 1 oko	30,00
8.	Badanie dna oka (oftalmoskopem)	30,00
9.	Perymetria	60,00
10.	Badanie OCT (tomografia siatkówki)- 1 oko	70,00
11.	Pachymetria	40,00
12.	Tonometria (ciśnienie wewnątrzgałkowe)	40,00
13.	Gonioskopia (badanie kąta przesącza)	40,00
14.	Angiografia fluoresceinowa	180,00
15.	Badanie w lampie szczelinowej (biomikroskopie)	40,00
16.	Fotokoagulacja laserowa siatkówki (jedno oko)	336,00

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

wykonywanych w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej Banku Krwi SPSK Nr 1

	Rodzaj badań immunohematologicznych	Cena
1	<b>Grupa krwi :</b> pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 i antygeny D z układu Rh, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych w pośrednim teście antyglobulinowym – PTA	60 zł
2	<b>Wynik potwierdzony grupy krwi ( dwa oznaczenia grupy krwi )</b>	120 zł
3	<b>Grupa krwi oraz fenotyp Rh i antygen K z układu Kell</b>	136 zł
4	<b>Grupa krwi i bezpośredni test antyglobulinowy - BTA</b>	90 zł
5	<b>Grupa krwi oraz fenotyp Rh, antygen K z układu Kell i BTA</b>	156 zł
6	<b>Próba zgodności serologicznej z jedną jednostką KKCz :</b> oznaczenie antygenów ABD u biorcy i dawcy, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych u biorcy, próba krzyżowa	90 zł
7	<b>Próba zgodności serologicznej z każdą następną jednostką KKCz :</b> <b>oznaczenie antygenów ABD u dawcy, próba krzyżowa</b>	50 zł
8	<b>Próba zgodności serologicznej z jedną jednostką KKCz z jednoczesnym pełnym oznaczeniem grupy krwi :</b> pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 i antygeny D z układu Rh oraz badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych u biorcy, oznaczenie antygenów ABD u biorcy i dawcy, próba krzyżowa	130 zł
9	<b>Rezerwacja KKCz :</b> pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 i antygeny D z układu Rh, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych w pośrednim teście antyglobulinowym – PTA u biorcy	60 zł
10	<b>Grupa krwi noworodka :</b> <b>oznaczenie antygenów ABD oraz BTA</b>	80 zł
11	<b>Próba zgodności dla noworodka z 1 opakowaniem KKCz</b>	100 zł
12	<b>Grupa krwi metodą manualną :</b> pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 (dwoma seriami odczynników) i antygeny D z układu Rh, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych w pośrednim teście antyglobulinowym - PTA	90 zł
13	<b>Identyfikacja przeciwciał odpornościowych:</b> Badanie w teście PTA LISS i w teście enzymatycznym LEN	225 zł
14	<b>Określenie miana przeciwciał odpornościowych:</b> Badanie w teście PTA LISS	115 zł

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

### wykonywanych w Laboratorium Diagnostyki Molekularnej

	RODZAJ BADANIA	CENA
<b>A.</b>	<b>BADANIA MOLEKULARNE (PCR)</b>	
1.	transkrypt BCR/ABL1 (b3a2, b2a2, e1a2) - RT-PCR	400,00
2.	transkrypt BCR/ABL1 (b3a2, b2a2, e1a2) - nested PCR	425,00
3.	mutacja genu JAK2 pV617F - ASO-PCR	340,00
4.	panel MPN (transkrypt BCR/ABL1 + mutacja genu JAK2 pV617F)	700,00
5.	mutacje genu BRCA1 (trzy najczęstsze mutacje), PCR-RFLP	320,00
<b>B.</b>	<b>BADANIA CYTOGENETYCZNE (CYTOGENETYKA KLASYCZNA)</b>	
1.	Kariotyp limfocytów krwi obwodowej w nowotworach ukł. krwiotwórczego	700,00
2.	Kariotyp komórek szpiku	700,00
<b>C.</b>	<b>BADANIA CYTOGENETYCZNE (FISH)</b>	
1.	t(8;21)(q22;q22) RUNX1/RUNX1T1	800,00
2.	t(9;22)(q34;q11.2) BCR/ABL1	900,00
3.	inv(16)(p16;q22) CBFB	800,00
4.	t(15;17)(q22-24;q21.1) PML/RARA	800,00
5.	rearanżacja 11q23 MLL	800,00
6.	del 11q22 ATM/ del 17p13.1 TP53	800,00
7.	del D13S319/13q34/centromer chromosomu 12	800,00
8.	del 17p13.1 TP53/centromer chromosomu 17	800,00
9.	rearanżacja 3q27 BCL6	800,00
10.	IGH/FGFR3	800,00
11.	IGH/MYC/centromer chromosomu 8	800,00
12.	IGH/CCND1	800,00
13.	IGH/MAF	800,00
14.	IGH/BCL2	800,00
15.	IGH/MALT1	800,00
16.	CEP X (DXZ1) / Y (DYZ3)	800,00
17.	centromer chromosomu 8	600,00
18.	del 5q33-q34 CSFR1/D5S23, D5S721	750,00
19.	del 7q31 D7S486/centromer chromosomu 7	700,00
20.	del 20q12 D20S108	600,00
21.	rearanżacja 4q12 FIP1L1-PDGFR	900,00
22.	rearanżacja 5q32-q33 PDGFRB	800,00
23.	panel CLL (TP53/ATM; D13S319/13q34/centromer 12)	1.500,00
24.	panel MM (TP53; IGH/FGFR3; IGH/MAF)	2.200,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Pantomogram	75,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	USG dopochwowe narządu płciowego w skali szarości	100,00
2.	USG dopochwowe narządu płciowego w skali szarości z opcją kolorowego power angio Dopplera z oceną przepływów naczyniowych	150,00
3.	USG dopochwowe narządu płciowego w skali szarości z opcją kolorowego power angio Dopplera z oceną przepływów naczyniowych we wczesnej ciąży (również w diagnostyce ciąży pozamaciczej)	150,00
4.	USG dopochwowe narządu płciowego w skali szarości z opcją kolorowego power angio Dopplera z oceną przepływów naczyniowych, poszerzone o USG oceniające pozostałe narządy jamy brzusznej sondą przezbrzuszną (w przypadku podejrzenia zmian onkologicznych)	250,00
5.	Kolposkopia	126,00

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH wykonywanych w Samodzielnej Pracowni Diagnostyki Obrazowej

	Rodzaj badania	Cena
	<b>GŁOWA/ SZYJA</b>	
1.	MR głowy bez kontrastu	400,00
2.	MR głowy z kontrastem	580,00
3.	MR głowy z kontrastem + badanie perfuzyjne mózgu	700,00
4.	MR przysadki mózgowej z kontrastem (badanie dynamiczne)	580,00
5.	MR głowy i przysadki mózgowej z kontrastem	800,00
6.	Angiografia MR naczyń mózgowych bez kontrastu	400,00
7.	MR głowy bez kontrastu+angio-MR naczyń mózgowych bez kontrastu	650,00
8.	MR głowy z kontrastem+angio-MR naczyń mózgowych bez kontrastu	800,00
9.	MR oczodołów bez kontrastu	400,00
10.	MR oczodołów z kontrastem	600,00
11.	MR głowy i oczodołów bez kontrastu	700,00
12.	MR głowy i oczodołów z kontrastem	900,00
13.	MR zatok bez kontrastu	400,00
14.	MR ślinianek bez kontrastu	400,00
15.	MR ślinianek z kontrastem	600,00
16.	MR stawów skroniowo-żuchwowych bez kontrastu	500,00
17.	MR stawów skroniowo-żuchwowych z kontrastem	700,00
18.	MR tkanek miękkich szyi lub twarzoczaszki bez kontrastu	400,00
19.	MR tkanek miękkich szyi lub twarzoczaszki z kontrastem	600,00
20.	Angiografia MR twarzoczaszki lub szyi z kontrastem	750,00
21.	Angiografia MR naczyń szyjnych bez kontrastu	600,00
	<b>KRĘGOSŁUP</b>	
22.	MR kręgosłupa szyjnego bez kontrastu	400,00
23.	MR kręgosłupa szyjnego z kontrastem	600,00
24.	MR kręgosłupa piersiowego bez kontrastu	400,00
25.	MR kręgosłupa piersiowego z kontrastem	600,00
26.	MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu	400,00
27.	MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem	600,00
28.	MR stawów krzyżowo-biodrowych bez kontrastu	400,00
29.	MR stawów krzyżowo-biodrowych z kontrastem	600,00
30.	Badanie dwóch odcinków kręgosłupa	700,00
31.	Badanie dwóch odcinków kręgosłupa z kontrastem	950,00
32.	Badanie trzech odcinków kręgosłupa	900,00
33.	Badanie trzech odcinków kręgosłupa z kontrastem	1200,00
34.	Mielografia MR- dopłata do badania kręgosłupa	200,00
	<b>KLATKA PIERSIOWA</b>	
35.	MR piersi z kontrastem (badanie dynamiczne)	700,00

36.	Badanie MR śródpiersia bez kontrastu	500,00
37.	Badanie MR śródpiersia z kontrastem	700,00
38.	MR serca- badanie morfologiczne serca z oceną funkcji skurczowej i żywotności. Badanie bez kontrastu	900,00
39.	MR serca- badanie ze wzmocnieniem kontrastowym	1200,00
40.	Angiografia naczyń klp z kontrastem	700,00
	<b>JAMA BRZUSZNA/ MIEDNICA</b>	
41.	Badanie MR jamy brzusznej bez kontrastu	400,00
42.	Badanie MR jamy brzusznej z kontrastem	600,00
43.	Cholangiografia MR (z oceną wątroby i trzustki, bez podawania środka kontrastowego )	450,00
44.	Badanie MR jamy brzusznej bez kontrastu + Cholangiografia MR	700,00
45.	Badanie MR jamy brzusznej z kontrastem + Cholangiografia MR	850,00
46.	MR miednicy bez kontrastu	400,00
47.	MR miednicy z kontrastem	600,00
48.	MR gruczołu krokowego z kontrastem (badanie dynamiczne)	600,00
49.	Urografia MR bez kontrastu	400,00
50.	Angiografia naczyń jamy brzusznej z kontrastem	700,00
51.	Angiografia naczyń miednicy z kontrastem	700,00
52.	Enterografia MR z kontrastem	700,00
	<b>KOŃCZYNA GÓRNA</b>	
53.	MR stawu barkowego bez kontrastu	400,00
54.	MR stawu barkowego z kontrastem	600,00
55.	MR ramienia bez kontrastu	400,00
56.	MR ramienia z kontrastem	600,00
57.	MR stawu łokciowego bez kontrastu	400,00
58.	MR stawu łokciowego z kontrastem	600,00
59.	MR przedramienia bez kontrastu	400,00
60.	MR przedramienia z kontrastem	600,00
61.	MR nadgarstka bez kontrastu	400,00
62.	MR nadgarstka z kontrastem	600,00
63.	MR śródrećza bez kontrastu	400,00
64.	MR śródrećza z kontrastem	600,00
65.	MR palca bez kontrastu	400,00
66.	MR palca z kontrastem	600,00
67.	MR splotu ramiennego bez kontrastu	450,00
68.	MR splotu ramiennego z kontrastem	650,00
69.	Angiografia MR kończyny górnej z kontrastem	750,00
	<b>KOŃCZYNA DOLNA</b>	
70.	MR stawów biodrowych bez kontrastu	400,00
71.	MR stawów biodrowych z kontrastem	600,00
72.	MR uda bez kontrastu	400,00



73.	MR uda z kontrastem	600,00
74.	MR stawu kolanowego bez kontrastu	400,00
75.	MR stawu kolanowego z kontrastem	600,00
76.	Chrząstkogram w badaniu stawu kolanowego (mapowanie chrząstki)	100,00
77.	MR podudzia bez kontrastu	400,00
78.	MR podudzia z kontrastem	600,00
79.	MR stawu skokowego bez kontrastu	400,00
80.	MR stawu skokowego z kontrastem	600,00
81.	MR stopy bez kontrastu	400,00
82.	MR stopy z kontrastem	600,00
83.	MR śródstopia bez kontrastu	400,00
84.	MR śródstopia z kontrastem	600,00
85.	MR przodostopia bez kontrastu	400,00
86.	MR przodostopia z kontrastem	600,00
87.	Angiografia MR kończyn dolnych z kontrastem	800,00
	<b>INNE</b>	
88.	Inne badanie MR bez kontrastu	400,00
89.	Inne badanie MR z kontrastem	600,00
90.	Angiografia bez kontrastu- innych naczyń	400,00
91.	Angiografia z kontrastem – innych naczyń	750,00
92.	Badanie płodu	700,00
93.	MR całego ciała ( WHOLE BODY)- badanie pod kątem przerzutów nowotworowych	1.200,00
94.	Podanie środka kontrastowego	200,00
95.	Dodatkowa płyta CD	1,85 (w tym: 1,50 zł wartość netto + 0,35 zł VAT-23%)

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Pracowni Radiologii Zabiegowej**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Przezskórny drenaż dróg żółciowych	3.500,00
2.	Nefrostomia	3.500,00
3.	Embolizacja mięśniaków macicy	4.000,00
4.	Embolizacja nowotworów złośliwych	5.000,00
5.	Rekanalizacja jajowodów	2.500,00
6.	Embolizacja żyły jądrowej/ jajnikowej	3.500,00
7.	Plastyka moczowodu (double J)	3.500,00
8.	Arteriografia	1.540,00

### **Zasady odpłatności za transport sanitarny**

1. Pacjenci SPSK Nr 1 w Lublinie przewożeni na zabiegi, badania lekarsko – konsultacyjne, diagnostyczne, do własnych lub obcych jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych nie ponoszą żadnych opłat finansowych.
2. Pacjent zwolniony jest również z opłaty za przewiezienie go z miejsca zamieszkania lub pobytu do szpitalnych poradni lub klinik, lub odwiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu (na podstawie zlecenia transportu, wystawionego przez lekarza naszego szpitala) w przypadku gdy u pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca pacjentowi korzystanie ze środków transportu publicznego, zaś SPSK-1 jest najbliższym zakładem opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń we właściwym zakresie.
3. Każdy transport sanitarny (m. in. pacjenta, krwi) winien się odbyć zgodnie z wystawionym skierowaniem przez lekarza lub diagnostę laboratoryjnego.
4. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017, poz. 2295 z późn zm.) pacjent ponosi 60% kosztów związanych z jego transportem w przypadku, gdy u pacjenta stwierdzono: chorobę krwi i narządów krwiotwórczych, chorobę nowotworową, chorobę oczu, chorobę przemiany materii, chorobę psychiczną i zaburzeń zachowania, chorobę skóry i tkanki podskórnej, chorobę układu krążenia, chorobę układu moczowo-płciowego, chorobę układu nerwowego, chorobę układu oddechowego, chorobę układu ruchu, chorobę układu trawiennego, chorobę układu wydzielania wewnętrznego, chorobę zakaźną i pasożytniczą, urazy i zatrucia, wadę rozwojową, wrodzonych zniekształceń i aberracji chromosomowych.<sup>1</sup>
5. W pozostałych przypadkach, w tym gdy u pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem) zaś SPSK-1 nie jest zakładem opieki zdrowotnej spełniającym ten warunek (najbliżej położonym), pacjent ponosi 100% kosztów przejazdu szpitalną karetką.
6. Stawki bazowe kosztów przewozu pacjentów wynoszą:
  - 1) Stawka za 1 kilometr przejazdu: 5,00 zł
  - 2) Stawka za 1 godzinę przejazdu: 40.00 zł

---

<sup>1</sup> zmieniono na podstawie Uchwały Nr 16/2019 Rady Społecznej SPSK Nr 1 w Lublinie z dnia 15 października 2019r.,

**cennik na konsultacje specjalistyczne i zabiegi operacyjne wykonywane przez  
lekarzy-pracowników SPSK Nr 1 w Lublinie  
na rzecz innych podmiotów leczniczych oraz trybu ich przeprowadzania**

§ 1

1. Procedura przyjmowania zleceń odbywa się telefonicznie.
2. Kierownik Kliniki wskazuje lekarza, który wykona zlecone świadczenie zdrowotne.

§ 2

1. Dokumentami potwierdzającymi wykonanie świadczenia na rzecz innych podmiotów leczniczych są:
  - a) formularz rozliczeniowy na świadczenie konsultacji specjalistycznych, stanowiący Załącznik Nr A, oraz kopia skierowania,
  - b) formularz rozliczeniowy na wykonywanie zabiegów operacyjnych, stanowiący Załącznik Nr B.
2. Lekarze SPSK Nr 1 w Lublinie dokonują rozliczenia za podejmowane czynności na rzecz innych podmiotów leczniczych, oraz przekazują informację do Działu Usług Medycznych i Rozliczeń.

§ 3

**Cena zabiegu operacyjnego** przeprowadzonego przez lekarza -pracownika SPSK Nr 1 w Lublinie na rzecz innego podmiotu leczniczego uzależniona jest od trybu wykonania świadczenia:

1. **opłata za wykonanie zabiegu operacyjnego w siedzibie Zleceniodawcy** składa się z następujących elementów:
  - 1.1 opłaty za czas wykonania świadczenia (od momentu opuszczenia siedziby SPSK Nr 1 do momentu powrotu), za każdą godzinę, według poniższych stawek:
    - a) w przypadku zabiegu wykonanego w dni powszednie w godz. 6-15:
      - lekarz specjalista: 250,00 zł
      - pielęgniarka: 100,00 zł
    - b) w przypadku zabiegu wykonanego w dni powszednie w godz. 15-6, oraz w dni świąteczne 150% stawek określonych w punkcie „a”, tj.:
      - lekarz specjalista: 375,00 zł
      - pielęgniarka: 150,00 zł
  - 1.2 opłaty za zużyte materiały i środki farmaceutyczne stanowiące własność SPSK Nr 1 w Lublinie wg cen faktycznego ich zakupu,
  - 1.3 opłaty ryczałtowa w wysokości **50,00 zł** (koszty przejazdu i parking), uwzględniana w sytuacji kiedy transport do innego zakładu opieki zdrowotnej nie jest zapewniony przez jednostkę zlecającą.
2. **opłata za wykonanie zabiegu operacyjnego w siedzibie SPSK Nr 1 w Lublinie** – według katalogu świadczeń finansowanych przez NFZ.

#### § 4

**Cena konsultacji specjalistycznej** udzielonej przez lekarza -pracownika SPSK Nr 1 w Lublinie na rzecz innego podmiotu leczniczego uzależniona jest od trybu wykonania świadczenia:

1. **opłata za konsultację wykonaną w siedzibie Zleceniodawcy:**
  - a) w wysokości **150,00zł** w odniesieniu do każdego rodzaju konsultacji,
  - b) w przypadku gdy transport odbywa się na koszt SPSK Nr 1 w Lublinie lub transportem własnym lekarza konsultanta, dolicza się dodatkowo kwotę: **50,00zł** (podana kwota obejmuje koszt przejazdu i parking),
2. **opłata za konsultację wykonaną w siedzibie SPSK Nr 1 w Lublinie** – zgodnie aktualnie obowiązującym cennikiem na świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz cennikiem na usługi stomatologiczne,
3. **w przypadku przeprowadzenia badań diagnostycznych** zleconych przez lekarza- konsultanta, w jednostkach organizacyjnych SPSK Nr 1 w Lublinie, o cenę tych badań zwiększa się koszt wykonanego świadczenia zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem na świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostycznych.

#### § 5

Prawidłowo wypełnione i dostarczone dokumenty, o których mowa w § 2 stanowią podstawę do wystawienia przez Dział Usług Medycznych i Rozliczeń SPSK Nr 1 w Lublinie faktury obciążającej jednostkę, na rzecz której wykonano świadczenie zdrowotne.

#### § 6

1. Pracownikowi korzystającemu z własnego środka transportu w celu przeprowadzenia konsultacji lub zabiegu operacyjnego na zewnątrz, przysługuje zwrot kosztów z tego tytułu, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. Rozliczenia kosztów przejazdu w związku z poleceniem służbowym świadczenia pracy na rzecz innego podmiotu leczniczego dokonuje Dział Usług Medycznych i Rozliczeń SPSK Nr 1 w Lublinie.

**Formularz rozliczeniowy na świadczenia konsultacji specjalistycznych na rzecz  
innych podmiotów leczniczych przez lekarzy SPSK Nr 1 w Lublinie**

**Nazwa jednostki zewnętrznej na rzecz której  
wykonane zostało świadczenie**

.....



pieczęć jednostki Zlecającej

**Imię i nazwisko lekarza kierującego:**.....

**Oddział na rzecz którego wykonano konsultację:**.....

**Data wykonania świadczenia:** .....

**Rozpoznanie wg ICD-10:**.....

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

**Pesel pacjenta:** .....

**Miejsce wykonania świadczenia:** Siedziba SPSK Nr 1/ Siedziba Zleceniodawcy  
(niepotrzebne skreślić)

**Rodzaj transportu( właściwe wybrać ):**

- zapewniony przez jednostkę zewnętrzną
- własnym transportem lekarza konsultanta
- transportem SPSK Nr 1

**Dodatkowe badania diagnostyczne wykonane w SPSK Nr 1 w Lublinie:**

.....

.....

.....

.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza konsultanta

.....  
pieczęć i podpis lekarza jednostki na  
rzecz której wykonano konsultację

**Formularz rozliczeniowy na wykonywanie zabiegów operacyjnych na rzecz innych podmiotów leczniczych przez lekarzy SPSK Nr 1**

**Nazwa jednostki zewnętrznej na rzecz której wykonane zostało świadczenie**

.....

**pieczęć jednostki Zlecającej**

**Imię i nazwisko lekarza zlecającego:** .....

**Oddział na rzecz którego wykonano zabieg:**.....

**Data wykonania zabiegu:** .....

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

**Pesel pacjenta:** .....

**Kod wykonanej procedury:** .....

**Uwagi dodatkowe dotyczące zabiegu:** .....

**W przypadku wykonania świadczenia w siedzibie Zleceniodawcy należy podać:**

**1. Rodzaj i ilość zużytych materiałów własnych (SPSK Nr 1):**

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

**2. Czas wykonania świadczenia (od momentu opuszczenia siedziby SPSK Nr 1 do momentu powrotu, z zaznaczeniem czasu zabiegu po godz. 15)**

.....

**3. Skład zespołu wyjazdowego (ilość osób)** .....

**4. Transport do siedziby Zleceniodawcy:** zapewniony przez jednostkę zewnętrzną/  
prywatny(niepotrzebne skreślić)

.....

**pieczęć i podpis lekarza SPSK Nr 1  
wykonującego świadczenie**

.....

**pieczęć i podpis lekarza jednostki  
dla której wykonano świadczenie**

## Wysokość odpłatności za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji

### § 1.

Określa się wysokość stawek za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji przez bank Tkanek Oka SPSK Nr 1 w Lublinie, w następującej wysokości:

1. Rogówka oczna:	3.500,00 zł
2. Rogówka oczna rozwarstwiona do przeszczepu tylnego DSEAK	3.900,00 zł
3. Twardówka ludzka cała:	1.200,00 zł
4. Twardówka ludzka 1/2:	650,00 zł
5. Twardówka ludzka 1/4:	350,00 zł
6. Twardówka ludzka 1/12:	200,00 zł
7. Błona owodniowa 3x3 cm:	300,00 zł

### § 2.

Podmiot leczniczy, któremu dostarczono w celu przeszczepienia komórki, tkanki lub narządy, przekazuje środki finansowe na podstawie faktury zawierającej wyszczególnienie czynności związanych z pobraniem komórek, tkanek lub narządów, na wskazany rachunek bankowy.

### § 3.

Pobranie i przygotowanie tkanek oka przez Bank Tkanek Oka SPSK Nr 1 w Lublinie, odbywa się według poniższej specyfikacji:

## SPECYFIKACJA POBRANIA I PRZYGOTOWANIA TKANEK W BANKU TKANEK OKA SPSK NR 1 W LUBLINIE

Tkanki oka są pobierane i przygotowane do użytku klinicznego w możliwie najlepszych warunkach sanitarnych i zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Od dnia 1 maja 2008r. tkanki przygotowane przez Bank Tkanek Oka znakowane są w systemie ISBT 128 (kody kreskowe).

### **Bank Tkanek Oka SPSK Nr 1 w Lublinie posiada w swojej ofercie n/w tkanki:**

- Rogówka oczna konserwowana w pożywce Eusol C, max. Czas przechowywania – 14 dni od daty pobrania, przechowywanie w temp. od +2 do +6 st.C.
- 2. Twardówka oczna konserwowana w alkoholu absolutnym, max. Czas przechowywania- 1 rok w temperaturze pokojowej. Przed zabiegiem należy ją nawodnić (rehydracja) wg "Instrukcji postępowania z otrzymaną tkanką TWARDÓWKA", która jest zawsze dołączona do dokumentacji wysyłkowej twardówki.  
Bank wysyła twardówkę w alkoholu, którą należy przechowywać w temp. pokojowej zgodnie z datą ważności tkanki. Twardówkę po rehydratacji należy wykorzystać w ciągu 48 godzin przechowując w temp. od +2 do +6 st. C.



Można zamówić twardówkę całą, połowę, ćwiartkę lub wąski pasek (1/12 gałki).

- Błona owodniowa, 3 cm x 3 cm, konserwowana w pożywce Dulbecc's MEM + Glicerol, przechowywana w Banku w temp. -80 st.C. Odbiorca przechowuje ją do zabiegu (max. 1 miesiąc) w zamrażalniku w temp. ok. -20 st.C.

Surowica krwi wszystkich dawców tkanek jest poddawana badaniom na obecność następujących czynników zakaźnych:

1. Antygen HBs
2. Przeciwciała anti-HBc
3. Przeciwciała anti- HCV
4. Przeciwciała anti-HIV i antygen p24
5. WR
6. Toxoplazmoza (tylko w przypadku błony owodniowej)
7. Badania bakteriologiczne: bakterie tlenowe, beztlenowe, grzyby (tylko w przypadku błony owodniowej).

Tkanki oczne wysyłane są wraz z dokumentami w kopercie przyklejonej na pudełku styropianowym.

**Są to następujące dokumenty:**

- karta metrykalna tkanki
- raport pooperacyjny (należy go wypełnić i odesłać do Banku)
- raport reakcji niepożądanych (należy go wypełnić i odesłać do Banku w przypadku zaistnienia reakcji niepożądanej, np. odrzutu przeszczepu)
- instrukcja postępowania z otrzymaną tkanką ROGÓWKĄ lub instrukcja, rehydratacji twardówki przed zabiegiem (tj., „Instrukcji postępowania z otrzymaną tkanką TWARDÓWKĄ”)

Błona owodniowa wysyłana jest z kartą metrykalną oraz „Instrukcją postępowania z otrzymaną tkanką BŁONA OWODNIOWA”.

**Tkanki wysyłamy na podstawie zamówienia wysłanego do Banku  
Tkanek Oka na numer faxu: +81 532 285 08**

**Zamówienie powinno zawierać:**

- nazwę i adres Płatnika, NIP Płatnika
- adres i nazwę odbiorcy (jeśli inne niż Płatnika)
- podpis dyrektora jednostki i księgowego
- termin realizacji zamówienia
- nazwisko i telefon osoby odpowiedzialnej

Termin wysyłki można ustalić telefonicznie.

Za tkankę wystawiana jest faktura VAT.

Faktura wysyłana jest pocztą, listem zwykłym we wskazane miejsce jednostki zamawiającej.

**Koszty przesyłki tkanki wliczone są w cenę za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji.**

## **Realizacja prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej**

### **§ 1**

Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, tj. takiej, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu, sprawowanej przez osobę bliską.

### **§ 2**

Zamiar skorzystania z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej należy zgłosić lekarzowi prowadzącemu, a pod jego nieobecność lekarzowi dyżurnemu wraz z informacją z jakich świadczeń wymienionych w §3 ust.1, punkt 1-5 osoba sprawująca opiekę chciałaby korzystać.

### **§ 3**

1. Ustala się następującą odpłatność za:

- 1) śniadanie: 4,54 zł brutto ( w tym: 4,20 zł netto + 8% VAT: 0,34 zł)
- 2) obiad: 9,29 zł brutto ( w tym: 8,60 zł netto + 8% VAT: 0,69 zł)
- 3) kolację: 4,54 zł brutto ( w tym: 4,20 zł netto + 8% VAT: 0,34 zł)
- 4) wyżywienie całodzienne: 18,36 zł brutto ( w tym: 17,00 zł netto + 8% VAT: 1,36 zł)
- 5) korzystanie z łóżka: 28,00 zł brutto za dobę ( w tym: 22,76 zł netto + 23% VAT: 5,24 zł)

6) całodobowy pobyt w Oddziale, pokrywający koszty zużycia mediów: 10,00 zł brutto ( w tym: 8,13 zł netto + 23% VAT: 1,87 zł)

- 2. Odpłatność, o której mowa w punkcie 1-5 ponoszona jest w razie wyboru korzystania z w/w świadczeń i możliwości ich zapewnienia przez Szpital.
- 3. Odpłatność, o której mowa w punkcie 6 ponoszona jest w każdym przypadku całodobowego pobytu, niezależnie od korzystania ze świadczeń wymienionych w punkcie 1-5.
- 4. Na żądanie osoby korzystającej ze świadczeń wymienionych w ustępie 1 zostanie im wystawiona faktura VAT.

### **§ 4**

Szpital w miarę możliwości zapewni skorzystanie z wolnego łóżka na sali lub możliwość dostawienia łóżka połowego, wraz z pościelą i bielizną pościelową.

### **§ 5**

- 1. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej może podlegać ograniczeniom ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, oraz istnienie prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego.
- 2. Osobami uprawnionymi do podejmowania decyzji w sprawie ograniczenia prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów są lekarz prowadzący, a pod jego nieobecność lekarz dyżurny.

**Cennik na usługi sterylizacyjne  
świadczone w Samodzielnym Publicznym Szpitalu  
Klinicznym Nr 1 w Lublinie**

Ustala się odpłatność za usługi sterylizacyjne świadczone przez Dział Sterylizacji SPSK Nr 1 w Lublinie, mieszczący się przy ul. Staszica 11, na rzecz podmiotów zewnętrznych, według poniższych stawek:

**1. Ze względu na metodę sterylizacji, odpłatność za 1 pakiet sterylizacyjny:**

**a) sterylizacja wysokotemperaturowa:**

- pakiet mały: 6,80,00 zł + 23% VAT
- pakiet średni: 15,00 zł + 23% VAT
- pakiet duży: 74,00 zł + 23% VAT

**b) sterylizacja niskotemperaturowa:**

- pakiet mały: 9,00 zł + 23% VAT
- pakiet średni: 17,00 zł + 23% VAT
- pakiet duży: 86,00 zł + 23% VAT

**2. Opłata za gotowość do pracy: 75,00 zł + 23% VAT/ za 1 m-c.**

**3. W przypadku usługi sterylizacyjnej połączonej z transportem, ceny ustalane są indywidualnie w odrębnej umowie.**

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH <sup>1</sup>**  
**Wykonywanych w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej**  
**przy ul. Langiewicza 6A**

Rodzaj badania	Cena w zł
Zdjęcie klatki piersiowej w proj. PA	40,00
Zdjęcie klatki piersiowej boczne	40,00
Zdjęcie mostka	40,00
Zdjęcie mostka w 2 proj.	50,00
Zdjęcie żeber w 2 proj.	50,00
Zdjęcie żeber w 1 proj.	40,00
Zdjęcie obojczyka	40,00
Zdjęcie łopatki w 2 proj.	50,00
Zdjęcie stawu barkowego w 2 proj.	40,00
Zdjęcie stawu barkowego w 1 proj.	40,00
Zdjęcie kości miednicy (zdz. obu stawów biodrowych)	40,00
Zdjęcie stawu krzyżowo-biodrowego w 1 proj.	40,00
Zdjęcie stawu biodrowego w 1 proj.	40,00
Zdjęcie kręgosłupa C w 2 proj.	50,00
Zdjęcie kręgosłupa Th w 2 proj.	50,00
Zdjęcie kręgosłupa L-s w 2 proj.	50,00
Zdjęcie kości krzyżowo-ogonowej	40,00
Zdjęcie rąk	40,00
Zdjęcie palców w 1 proj.	40,00
Zdjęcie stopy w 2 proj.	50,00
Zdjęcie palca stopy	40,00
Zdjęcie kości piętowej w 1 proj.	40,00
Zdjęcie kości piętowej w 2 proj.	50,00
Zdjęcie kości udowej w 2 proj.	50,00
Zdjęcie kości udowej w 1 proj.	40,00
Zdjęcie stawu łokciowego	40,00
Zdjęcie kości ramieniowej w 1 proj.	40,00
Zdjęcie kości ramieniowej w 2 proj.	50,00
Zdjęcie nadgarstka w 1 proj.	40,00
Zdjęcie przedramienia w 2 proj.	50,00
Zdjęcie stawu kolanowego w 2 proj.	50,00
Zdjęcie stawu kolanowego w 1 proj.	40,00
Zdjęcie kk. podudzia w 1 proj.	40,00
Zdjęcie kk. podudzia w 2 proj.	50,00
Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	40,00
Zdjęcie stawu skokowego w 2 proj.	50,00
Zdjęcie kości nosowej	40,00
Zdjęcie zęba	25,00
Zdjęcie żuchwy w 2 proj.	50,00
Zdjęcie uszu	40,00
Zdjęcie oczodołów w 2 proj.	50,00
Zdjęcie siodła tureckiego	40,00
Zdjęcie zatok	40,00
Zdjęcie twarzoczaszki	40,00
Zdjęcie czaszki w 2 proj.	50,00

<sup>1</sup> Na podstawie Uchwały Nr 6/2015 Rady Społecznej z dnia 27 lutego 2015 r.

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**Wykonywanych w Pracowni Audiometrycznej**  
**przy ul. Langiewicza 6A**

Rodzaj badania	Cena w zł
Badanie audiometryczne (audiogram)	30,00

**CENNIK ZABIEGÓW**  
**WYKONYWANYCH W PRACOWNI FIZJOTERAPII**  
przy ul. Langiewicza 6A

<b>RODZAJ ZABIEGU</b>	<b>CENA</b>
<b>ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE</b>	
Konsultacja Fizjoterapeutyczna	bezpłatna*
Laseroterapia	10,00
Ultradźwięki	10,00
Magnetronik	10,00
Galwanizacja	10,00
Jonoforeza	10,00
Elektrostymulacja	10,00
Prądy diadynamiczne	10,00
Prądy interferencyjne	10,00
Fonoforeza	10,00
Prądy TENS	10,00
Prądy KOTZA	10,00
Prądy TRABERTA	10,00
Sollux	10,00
Krioterapia	12,00
Kąpiel wirowa KKG	15,00
Kąpiel wirowa KKD	15,00
<b>KINEZYTERAPIA</b>	
Ćwiczenia czynno-bierne (jedna kończyna)	15,00
Ćwiczenia w odciążeniu	10,00
Ćwiczenia w odciążeniu z oporem	10,00
Ćwiczenia czynne	20,00
Ćwiczenia izometryczne	10,00
Ćwiczenia wolne z oporem	10,00
Pionizacja, nauka lokomocji	15,00
Ćwiczenia wad postawy	30,00
Mobilizacja, PNF	40,00
<b>MASAŻ</b>	
Masaż leczniczy 1 okolica anatomiczna	20,00
Masaż leczniczy grzbietu	40,00
Masaż leczniczy limfatyczny ręczny	30,00

\*Konsultacja fizjoterapeutyczna bezpłatna w przypadku korzystania z komercyjnych zabiegów

**CENNIK ŚWIADCZEŃ  
W RAMACH PROFILAKTYCZNYCH BADAŃ LEKARSKICH  
(WSTĘPNYCH, OKRESOWYCH, KONTROLNYCH)  
przy ul. Langiewicza 6A**

Rodzaj świadczenia	Cena w zł
<b>1. Badanie i wydanie orzeczenia przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych (lekarza medycyny pracy)</b>	30,00
<b>2. Badania specjalistyczne</b>	
- badanie przez lekarza specjalistę	30,00
- badanie psychologiczne	90,00
<b>3. Badania diagnostyczne</b>	
- badanie EKG bez opisu	10,00
- badanie EKG z opisem	15,00
- RTG klp - duże zdjęcie z opisem	40,00
- badanie audiometryczne	20,00
- badanie spirometryczne	30,00
- badanie widzenia kontrastowego (zmierzchowe) i wrażliwości na oślnienie (Kontrastometr)	25,00
- badanie komputerowe refrakcji (Autorefraktometr)	15,00
- pomiar ciśnienia śródgałkowego (Tonometr)	15,00
- badanie pola widzenia (Perymetr)	15,00
- badanie obuocznego widzenia do dali (Projektor optotypów)	10,00
- dobór okularów korygujących wzrok do pracy przy obsłudze monitora ekranowego w ramach badań profilaktycznych	10,00
<b>4. Badania laboratoryjne</b>	
<b>Badania hematologiczne</b>	
- OB	6,00
- morfologia krwi	8,00
<b>Analityka ogólna</b>	
- badanie moczu	10,00
<b>Badania biochemiczne</b>	
- białko całkowite	5,00
- bilirubina całkowita	6,00
- cholesterol	5,00
- glukoza w surowicy	7,00
- kreatynina	6,00
- ALAT, ASPAT- każdy parametr	7,00
<b>5. Badanie i wydanie orzeczenia do celów sanitarno- epidemiologicznych</b>	
- w trakcie badań profilaktycznych	20,00
- bez wykonywania badań profilaktycznych	30,00
<b>6. Wydanie orzeczenia/ zaświadczenia przez lekarza medycyny pracy na pracę osoby niepełnosprawnej w zmniejszonym wymiarze godzin</b>	
- w trakcie badań profilaktycznych	20,00
- bez wykonywania badań profilaktycznych	30,00
<b>7. Udział lekarza w pracach komisji BHP</b>	60,00 za 1 godzinę
<b>8. Wydanie duplikatu zaświadczenia lub odpisu orzeczenia lekarskiego</b>	20,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**Wykonywanych w Pracowni USG<sup>1</sup>**  
**przy ul. Langiewicza 6A**

Rodzaj badania	Cena w zł
Badanie USG jamy brzusznej	80,00
Badanie USG narządu rodniego	80,00
Badanie USG tarczycy	80,00
Badanie USG sutków	80,00
Badanie USG ślinianek	80,00
Badanie USG tętnic szyjnych	80,00
Badanie USG szyi	80,00

---

<sup>1</sup> Na podstawie Uchwały Nr 6/2015 Rady Społecznej z dnia 27 lutego 2015 r.



**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**Wykonywanych w Pracowni EKG<sup>1</sup>**  
**przy ul. Langiewicza 6A**

Rodzaj badania	Cena w zł
Badanie EKG bez opisu	15,00
Badanie EKG z opisem	30,00
Badanie spirometryczne	50,00

---

<sup>1</sup> Na podstawie Uchwały Nr 6/2015 Rady Społecznej z dnia 27 lutego 2015 r.

**CENNIK INIEKCJI**  
**Wykonywanych w Gabinetzie Diagnostyczno-Zabiegowym**  
**przy ul. Langiewicza 6A**

<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena w zł</b>
Iniekcje dożylne	8,00
Iniekcje domięśniowe	7,00
Iniekcje podskórne	7,00

**CENNIK USŁUG STOMATOLOGICZNYCH**  
**dla osób nie uprawnionych do świadczeń finansowanych ze środków publicznych**  
**wykonywanych w Poradni Stomatologicznej**  
**przy ul. Langiewicza 6A**

Rodzaj świadczeń	Cena w zł
<b>W ZAKRESIE GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ</b>	
Badanie lekarskie stomatologiczne	50,00
Dewitalizacja zęba (z opatrunkiem)	80,00
Opatrunek leczniczy	30,00
Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej	50,00
Usunięcie złogów nazębnych z jednego łuku zębowego	60,00
Trepanacja martwego zęba z założeniem opatrunku	80,00
Znieczulenie nasiękowe	15,00
Znieczulenie przewodowe	25,00
Usunięcie zęba w znieczuleniu	150,00
Usunięcie zęba w znieczuleniu z powikłaniami	200,00
Nacięcie ropnia w znieczuleniu	100,00
Opatrunek chirurgiczny	50,00
Wypełnienie zęba amalgamatem w zależności od wielkości wypełnienia	100,00-130,00
Wypełnienie zęba materiałem chemoutwardzalnym w zależności od wielkości wypełnienia	100,00-180,00
Wypełnienie zęba materiałem światłoutwardzalnym w zależności od wielkości wypełnienia	120,00-200,00
Czasowe wypełnienie kanału zęba	80,00
Ostateczne wypełnienie jednego kanału (leczenie zębów z zapaleniem miazgi zębowej) <i>Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba</i>	80,00
Ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów (leczenie zębów z zapaleniem miazgi zębowej) <i>Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba</i>	100,00-140,00
Ostateczne wypełnienie jednego kanału w zębie zakażonym (zgorzel) <i>Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba</i>	100,00
Ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów w zębie zakażonym (zgorzel) <i>Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba</i>	120,00-160,00
Rekonstrukcja korony zęba materiałem chemoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym	150,00
Rekonstrukcja korony zęba materiałem światłoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym	180,00
Zdjęcie korony protetycznej	50,00
Zdjęcie mostu (1 punkt)	50,00
Zacementowanie korony protetycznej	50,00
Lakierowanie wszystkich zębów (dwa łuki zębowe)	80,00
Lakierowanie jednego łuku zębowego	40,00
<b>W ZAKRESIE INNYM NIŻ GWARANTOWANE ŚWIADCZENIA</b>	
Leczenie kanałowe zębów w odcinku bocznym- zęby przedtrzonowe i trzonowe (leczenie kanałowe-endodontyczne) zębów z zapaleniem miazgi:	
- czasowe wypełnienie kanału	80,00
- ostateczne wypełnienie jednego kanału	100,00

- ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów <i>Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba</i>	120,00-160,00
--	---------------

Leczenie kanałowe-endodontyczne zębów z zakażoną miazgą- zęby przedtrzonowe i trzonowe:	
- czasowe wypełnienie kanału	80,00
- ostateczne wypełnienie jednego kanału	100,00
- ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów <i>Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba</i>	120,00-160,00
Rekonstrukcja korony zęba materiałem chemoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym	150,00
Rekonstrukcja korony zęba materiałem światłoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym	180,00
Zdjęcie korony protetycznej	50,00
Zdjęcie mostu (1 punkt)	50,00
Zacementowanie korony protetycznej	50,00
Lakierowanie wszystkich zębów (dwa łuki zębowe)	80,00
Lakierowanie jednego łuku zębowego	40,00
<b>Wypełnienie zębów wykonywanych z materiałów ponadstandardowych (nie gwarantowanych przez NFZ)</b>	
Wypełnienie materiałem chemoutwardzalnym w odcinku bocznym (zęby przedtrzonowe i zęby trzonowe) <i>W zależności od wielkości wypełnienia</i>	100,00-130,00
Wypełnienie materiałem światłoutwardzalnym wszystkich <i>W zależności od wielkości wypełnienia</i>	120,00-200,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziale Chorób Zakaźnych SPSK Nr 1 w Lublinie**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	FibroScan	300,00

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej**  
**i Nowotworów Układu Pokarmowego SPSK Nr 1 w Lublinie**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	Ph-metria przewodu pokarmowego z impedancją	780,00
2.	Manometria przewodu pokarmowego	780,00

**CENNIK USŁUG WYKONYWANYCH  
W BANKU KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH**

	<b>Rodzaj świadczeń</b>	<b>Cena</b>
1.	Przechowywanie preparatów komórek krwiotwórczych (dotyczy 1 preparatu)	1,00 zł za każdą dobę

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**  
**wykonywanych w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży**

	<b>Rodzaj badania</b>	<b>Cena</b>
1.	USG płodu	150,00
2.	KTG	50,00