

UCHWAŁA NR 375/I KRF
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW

z dnia 9 kwietnia 2019 r.

**przyjmująca stanowisko Krajowej Rady Fizjoterapeutów w sprawie prowadzenia
dokumentacji medycznej w ramach praktyk zawodowych fizjoterapeutów**

Na podstawie art. 62 ust. 1 pkt 4 oraz art. 77 pkt 10 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 505, 1000, 1669 i 2219) uchwała się, co następuje:

§ 1. Krajowa Rada Fizjoterapeutów przyjmuje stanowisko w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach praktyk zawodowych fizjoterapeutów, stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

dr hab. n. med. Maciej Krawczyk

STANOWISKO
KRAJOWEJ RADY FIZJOTERAPEUTÓW
w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach praktyk zawodowych
fizjoterapeutów

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Praktyki zawodowe fizjoterapeutów są podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych i zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ciąży na nich obowiązek prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Na dzień wejścia w życie uchwały dopuszczalne jest prowadzenie dokumentacji medycznej w formie papierowej lub elektronicznej. Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, określa rozporządzenie wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2018 r. poz. 2219), zwane dalej „rozporządzeniem”, nie zawiera przepisów szczególnych określających rodzaje i zakres dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach praktyk zawodowych fizjoterapeutów.

Do praktyk zawodowych fizjoterapeutów zastosowanie mają ogólne przepisy rozporządzenia, zgodnie z którymi dokumentację stanowi:

- 1) dokumentacja indywidualna – dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentacja zbiorcza – dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.

Dokumentacja indywidualna obejmuje:

- 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.

Wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Każdy wpis w dokumentacji opatruje się oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

Wpis dokonany w dokumentacji nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, skreśla się go i zamieszcza adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji.

Strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość. W przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, strony wydruku są numerowane.

W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawiera oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia (nazwisko i imię (imiona), datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania), a kolejne strony – co najmniej imię i nazwisko pacjenta. Dotyczy to także wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej.

Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia "NN", z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej włącza się dokumentację udostępnioną przez pacjenta lub odnotowuje się zawarte w niej informacje istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego.

Dokument włączony do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej nie może być z niej usunięty.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej zamieszcza się lub dołącza się do niej:

- 1) upoważnienie udzielone przez Pacjenta innej osobie do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, lub adnotację o braku takiego upoważnienia,
- 2) upoważnienie udzielone przez Pacjenta innej osobie do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub adnotację o braku takiego

upoważnienia;

3) oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; Krajowa Rada Fizjoterapeutów rekomenduje, aby do dokumentacji medycznej włączać oświadczenie Pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczeń fizjoterapeutycznych, zgodnie z opracowanym wzorem.

Oświadczenia złożone w postaci elektronicznej za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych), przechowuje się w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 10 tej ustawy.

Mając jednakże na względzie konieczność realizacji przez fizjoterapeutów ustawowego obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w ramach praktyk zawodowych fizjoterapeutów, a także fakt, że rozporządzenie nie zawiera przepisów szczególnych określających rodzaj i zakres dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach praktyk zawodowych fizjoterapeutów na wzór przepisów odnoszących się do praktyk zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, Krajowa Rada Fizjoterapeutów do dnia wejścia w życie rozporządzenia wydawanego na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2219) rekomenduje wypełnienie powyższej luki prawnej przez **odpowiednie zastosowanie przepisów dotyczących dokumentacji medycznej zakładu rehabilitacji leczniczej, z uwzględnieniem przepisów ogólnych.**

W związku z powyższym zaleca się, aby fizjoterapeuta udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej (indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej, indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w miejscu wezwania oraz grupowej praktyki fizjoterapeutycznej), z wyłączeniem indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego prowadził dokumentację indywidualną:

1) wewnątrzną w formie karty pacjenta;

2) zewnętrzną w formie opinii, zaświadczenia oraz innych dokumentów o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzanych na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów.

Karta pacjenta powinna zawierać następujące informacje:

1) oznaczenie praktyki zawodowej (nazwę podmiotu, adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych);

2) oznaczenie pacjenta;

3) informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz postępowania fizjoterapeutycznego, w tym:

a) rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego, urazu lub rozpoznanie ciąży (zaleca się również zawarcie informacji o chorobach przebytych i współistniejących oraz innych czynnikach, w tym wszczepionych urządzeniach wspomagających pracę układu krążeniowo-oddechowego lub metali w ciele pacjenta lub o przyjmowanych niektórych lekach, mogących mieć istotny wpływ na postępowanie fizjoterapeutyczne),

b) dane o planowanym postępowaniu fizjoterapeutycznym i jego wykonaniu,

c) opis udzielonych pacjentowi świadczeń zdrowotnych (rodzaj świadczeń),

d) zalecenia,

e) informacje o wydanych orzeczeniach, opiniach lekarskich lub zaświadczeniach,

f) informacje o zleconych przez fizjoterapeutę wyrobach medycznych;

4) oznaczenie lekarza wystawiającego skierowanie na cykl zabiegów (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu), jeżeli dotyczy;

5) datę dokonania wpisu;

6) oznaczenie fizjoterapeuty wykonującego świadczenie zdrowotne (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis).

Do karty pacjenta dołącza się zlecenie lekarza wystawiającego skierowanie na cykl zabiegów, jeżeli pacjent posiada takie skierowanie.

W przypadku fizjoterapeuty nieposiadającego wymaganego okresu doświadczenia w zawodzie pkt 4 stosuje się także do skierowania innego fizjoterapeuty posiadającego prawo samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu fizjoterapii.

Kartę pacjenta zakłada się przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego po raz pierwszy.

Fizjoterapeuta wykonujący indywidualną praktykę fizjoterapeutyczną wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy, w sposób określony w rozdziale 2 rozporządzenia.

Fizjoterapeuta udzielający świadczeń w ramach indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego nie prowadzi oddzielnej dokumentacji medycznej.

W przypadku prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej powinna ona być odpowiednio zabezpieczona przed uszkodzeniem, utratą oraz dostępem osób nieuprawnionych; prowadzona w taki sposób aby zachować jej integralność i nienaruszalność polegającą na zabezpieczeniu przed wprowadzaniem zmian, z wyjątkiem wpisów wprowadzanych w ramach ustalonych procedur; podpisywana podpisem weryfikowanym przy wykorzystaniu jednego ze standardów podpisów elektronicznych, pozwalającym na identyfikację osoby dokonującej wpisu.

Dokumentacja indywidualna zewnętrzna powinna być wydawana w postaci opinii, orzeczeń, zaświadczeń lub innych dokumentów tego typu przez uprawnionych do tego na podstawie przepisów prawa fizjoterapeutów, na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów. Informację o wydaniu dokumentacji indywidualnej zewnętrznej oraz jej kopię lub dokładny opis zamieszcza się w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej danego pacjenta.