

Zarządzenie Wewnętrzne nr⁹/23
z dnia 10.01.2023 r.

Dyrektora
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

w sprawie: ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Na podstawie art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022.633 t.j.) zarządzam co następuje:

§ 1

1. Zgodnie z § 4 ust. 2 Statutu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie stanowiącego załącznik do Uchwały Nr XXXVI/736/14 Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 30 kwietnia 2014 r. (ze zm.), ustalam Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie uwzględniający zmiany wprowadzone na podstawie:
 - 1) Zarządzenia wewnętrznego nr⁸/23 z dnia 10.01.2023 r. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.
2. Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie stanowi załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Z dniem ustalenia Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, uchylam Regulamin Organizacyjny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie z dnia 23.09.2021 roku.

§ 3

Zarządzenie obowiązuje z dniem podpisania.

D Y R E K T O R
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
w OLSZTYNIE
Irena Kierzkowska

Joanna Wrzcionkowska

radca prawny

10.01.23r.

Wprowadzony Zarządzeniem Wewnętrznym nr⁹/23
z dnia **10.01.2023** r.
Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Zaopiniowany Uchwałą nr^{4/23}
Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

REGULAMIN ORGANIZACYJNY

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

Irena Kłodzka

DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
w OLSZTYNIE

Irena Kłodzka
1001 23 m

Olsztyn, 2023

SPIS TREŚCI

Dział I. Postanowienia ogólne	6
Dział II. Cele i zadania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie	8
Dział III. Struktura organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie	9
Dział IV. Rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	13
Dział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie	16
Rozdział I. Zapewnienie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej	16
Rozdział II. Przyjęcia nagłe	17
Rozdział III. Przyjęcia planowe	19
Rozdział IV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Przyjęcie do szpitala	22
Rozdział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja pacjenta	23
Rozdział VI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja personelu	24
Rozdział VII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Realizacja świadczeń zdrowotnych w oddziale	25
Rozdział VIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Dokumentacja medyczna	26
Rozdział IX. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Prawa pacjenta	28
Rozdział X. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Ciągłość opieki, transport pacjentów	31
Rozdział XI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Jakość opieki	32
Rozdział XII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Wypisanie pacjenta	36
Rozdział XIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta	37
Rozdział XIV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej -Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	38
Dział VI. Organizacja i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala	40
Dział VII. Warunki współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala	50
Dział VIII. Warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami i podmiotami zewnętrznymi	50
Dział IX. Zasady udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, ustalania i pobierania opłat za ich udzielanie	51
Dział X. Kontrola zarządcza	52
Dział XI. Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji	54
Dział XII. Ośrodek Kwalifikacyjny do Przeszczepiania (Ośrodek)	56
Dział XIII. Centrum urazowe w Szpitalu (CU WSS)	58
Dział XIV. Działanie i funkcjonowanie Zespołu Wczesnego Reagowania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie	61
Dział XV. Wydawanie pacjentom zaświadczeń, orzeczeń i kopii dokumentacji medycznej oraz odpłatność za ich wydawanie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie	63
Dział XVI. Koordynowana opieka onkologiczna	66
Rozdział I. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom posiadającym kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO)	66

Rozdział II. Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego w Wojewódzkim Szpitalu	
Specjalistycznym w Olsztynie.....	68
Dział XVII. Postanowienia końcowe.....	71
Załącznik nr 1 Cennik świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot odpłatnie	72
Załącznik nr 2 Cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej	90
Załącznik nr 3 Cennik za przechowywanie ciała osoby zmarłej po upływie 72 godzin	90
Załącznik nr 4 Cennik innych usług świadczonych przez WSS w Olsztynie	91
Załącznik nr 5 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.....	92
Załącznik nr 6 Schemat struktury organizacyjnej z podziałem na poszczególne rodzaje działalności leczniczej.....	93
Załącznik nr 7 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego - Świadczenia Szpitalne	94
Załącznik nr 8 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne.....	95
Załącznik Nr 9 Struktura i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych przynależnych do Zakładu Leczniczego- Świadczenia Szpitalne oraz Zakładu Leczniczego – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne	96
Załącznik Nr 9.1 STRUKTURA I ZADANIA SZPITALNEGO KLINICZNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO (SKOR)	97
Załącznik Nr 9.2 STRUKTURA I ZADANIA IZBY PRZYJĘĆ	99
Załącznik Nr 9.3 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	100
Załącznik Nr 9.4 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU NEUROLOGICZNEGO.....	103
Załącznik Nr 9.5 ZADANIA ODDZIAŁU UDAROWEGO.....	105
Załącznik Nr 9.6 ZADANIA ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ	106
Załącznik Nr 9.7 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEFROLOGICZNEGO, HIPERTENSJOLOGII I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH	108
Załącznik Nr 9.8 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KARDIOLOGICZNEGO I ODDZIAŁU INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO.....	111
Załącznik Nr 9.9 ZADANIA ODDZIAŁU HEMATOLOGICZNEGO	114
Załącznik Nr 9.10 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU GASTROENTEROLOGICZNEGO	116
Załącznik 9.11 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO OKULISTYCZNEGO	118
Załącznik Nr 9.12 ZADANIA ODDZIAŁU OTOLARYNGOLOGICZNEGO I ONKOLOGII LARYNGOLOGICZNEJ	121
Załącznik Nr 9.13 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO CHIRURGII NACZYNIOWEJ, ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ	124
Załącznik Nr 9.14 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ORTOPEDII, TRAUMATOLOGII I CHIRURGII KRĘGOSŁUPA	126
Załącznik Nr 9.15 ZADANIA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGICZNEGO	128
Załącznik Nr 9.16 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO I ODDZIAŁU KLINICZNEGO GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ.....	130
Załącznik Nr 9.17 ZADANIA ODDZIAŁU NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA.....	134
Załącznik Nr 9.18 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ENDOKRYNOLOGICZNEGO, DIABETOLOGICZNEGO I CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH.....	136
Załącznik Nr 9.19 ZADANIA ODDZIAŁU KARDIOCHIRURGICZNEGO	139
Załącznik Nr 9.20 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU TRANSPLANTOLOGICZNEGO, ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ, ODDZIAŁU CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	141
Załącznik Nr 9.21 ZADANIA BLOKU OPERACYJNEGO	143
Załącznik Nr 9.22 STRUKTURA I ZADANIA APTEKI SZPITALNEJ.....	144
Załącznik Nr 9.23 ZADANIA CENTRALNEJ STERYLIZATORNI (CS).....	145

Załącznik Nr 9.24 ZADANIA PORADNI CHOROÓB ODZWIERZĘCYCH I PASOŻYTNICZYCH	147
Załącznik Nr 9.25 ZADANIA PORADNI CHOROÓB ZAKAŻNYCH	148
Załącznik Nr 9.26 ZADANIA I STRUKTURA ZAKŁADU MEDYCyny NUKLEARNEJ	149
Załącznik nr 9.27 ZADANIA PORADNI LEKARZA ZAKŁADOWEGO	151
Załącznik Nr 9.28 ZADANIA I STRUKTURA OŚRODKA ŻYWIENIA KLINICZNEGO	152
Załącznik Nr 9.29 STRUKTURA I ZADANIA MEDYCZNEGO LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNEGO	154
Załącznik Nr 9.30 STRUKTURA I ZADANIA ZAKŁADU RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ	156
Załącznik Nr 9.31 STRUKTURA I ZADANIA ZAKŁADU BAKTERIOLOGII	159
Załącznik Nr 9.32 STRUKTURA I ZADANIA ZAKŁADU PATOMORFOLOGII	161
Załącznik Nr 9.33 STRUKTURA I ZADANIA PRACOWNI IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ	162
Załącznik Nr 9.34 ZADANIA PORADNI LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	163
Załącznik Nr 9.35 ZADANIA GABINETU DIAGNOSTYCZNO- ZABIEGOWEGO	164
Załącznik nr 9.36 Zadania Poradni Onkologicznej	165
Załącznik nr 9.37 Zadania Poradni Urologicznej	166
Załącznik nr 9.38 Struktura i zadania Stacji Dializ	167
Załącznik Nr 9.39 ZADANIA I STRUKTURA PORADNI NOCNEJ I ŚWIATECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	169
Załącznik Nr 9.40 ZADANIA I STRUKTURA ODDZIAŁU CHEMIOTERAPII	171
Załącznik Nr 10 STRUKTURA I ZADANIA KOMÓREK O CHARAKTERZE ADMINISTRACYJNYM	172
Załącznik Nr 10.1 ZADANIA DZIAŁU KSIĘGOWOŚCI	173
Załącznik Nr 10.2 ZADANIA DZIAŁU SŁUŻBY PRACOWNICZEJ	175
Załącznik Nr 10.3 ZADANIA DZIAŁU ORGANIZACYJNEGO I FUNDUSZY ZEWNĘTRZNYCH ...	177
Załącznik Nr 10.4 ZADANIA DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA	179
Załącznik Nr 10.5 ZADANIA DZIAŁU DS. KONTRAKTOWANIA I ROZLICZEŃ	182
Załącznik Nr 10.6 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU STATYSTYKI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ	183
Załącznik Nr 10.7 ZADANIA DZIAŁU EKSPLOATACYJNO-TECHNICZNEGO	185
Załącznik Nr 10.8 ZADANIA DZIAŁU GOSPODARCZEGO	187
Załącznik Nr 10.9 ZADANIA SEKCJI BHP I P. POŻ	188
Załącznik Nr 10.10 ZADANIA DZIAŁU INFORMATYKI	190
Załącznik Nr 10.11 ZADANIA KANCELARII I SEKRETARIATU	191
Załącznik Nr 10.12 ZADANIA SEKCJI KONTROLI ZARZĄDCZEJ	192
Załącznik Nr 10.13 ZADANIA DZIAŁU APARATURY MEDYCZNEJ	194
Załącznik Nr 10.14 ZADANIA SEKCJI DS. JAKOŚCI	195
Załącznik Nr 10.15 ZAKRES CZYNNOŚCI PSYCHOLOGA	196
Załącznik Nr 10.16 ZAKRES CZYNNOŚCI PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	197
Załącznik nr 10.17 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ ODDZIAŁOWEJ	198
Załącznik nr 10.18 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCEJ	200
Załącznik Nr 10.19 ZADANIA SEKCJI PRAWNEJ	201
Załącznik Nr 10.20 ZAKRES CZYNNOŚCI INSPEKTORA DS. OBRONY CYWILNEJ	202
Załącznik Nr 10.21 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH	203
Załącznik Nr 10.22 ZADANIA PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. JAKOŚCI	204
Załącznik Nr 10.23 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA	205
Załącznik Nr 10.24 ZAKRES CZYNNOŚCI LEKARZA NACZELNEGO	206
Załącznik Nr 10.25 ZAKRES CZYNNOŚCI INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	208
Załącznik Nr 10.26 ZADANIA SEKCJI INWESTYCJI	209

Załącznik Nr 10.27 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI DS. EPIDEMIOLOGII.....	211
Załącznik Nr 10.28 ZAKRES CZYNNOŚCI PRACOWNIKA DS. SOCJALNYCH	212
Załącznik Nr 10.29 STRUKTURA I ZADANIA ADMINISTRACYJNE PRZYCHODNI	213
Załącznik Nr 10.30 ZADANIA RZECZNIKA PRASOWEGO	215
Załącznik Nr 10.31 ZADANIA SEKCJI SPRZEDAŻY	216
Załącznik Nr 10.32 ZADANIA SEKCJI DS. INWENTARYZACJI.....	218
Załącznik Nr 10.33 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. CYBERBEZPIECZEŃSTWA...2019	2019
Załącznik Nr 10.34 ZADANIA DZIAŁU ŻYWIENIA.....	220
Załącznik Nr 10.35 ZAKRES CZYNNOŚCI DIETETYKA.....	222
Załącznik Nr 11 REGULAMIN PORZĄDKOWY GŁÓWNEGO BLOKU OPERACYJNEGO.....	224

Dział I. Postanowienia ogólne

§ 1

1. Regulamin Organizacyjny określa organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, zwany dalej „podmiotem”, oraz inne postanowienia określone w art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022.633,t.j.).

§ 2

1. Regulamin obowiązuje:

- 1) wszystkie osoby zatrudnione w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, niezależnie od formy zatrudnienia,
- 2) pacjentów Szpitala.

§ 3

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie (zwany dalej Szpitalem) jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Województwo Warmińsko-Mazurskie, posiadającym osobowość prawną od dnia wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000000449 prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Olsztynie, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.

2. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej:

- 1) Działalność lecznicza w zakresie świadczeń szpitalnych (wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji) prowadzona jest w ramach zakładu leczniczego o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Świadczenia Szpitalne.
- 2) Działalność lecznicza w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych prowadzona jest w ramach zakładu leczniczego o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne.
- 3) Strukturę organizacyjną tworzą ponadto działy, sekcje, zespoły i stanowiska samodzielne wyodrębnione w strukturze, powołane do obsługi eksploatacyjnej oraz administrowania Szpitalem.
- 4) Zakłady lecznicze Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie są jednostkami lokalnymi w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla których nie sporządza się odrębnego bilansu.

3. Szpital działa w oparciu o:

- 1) Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022.633 t. j.),
- 2) Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2022.1731 t. j.),

- 3) Ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2022.2702 t.j.),
 - 4) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2022.2561t.j.),
 - 5) Ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2022.2561t.j.),
 - 6) Ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2022.1634 t.j.),
 - 7) Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2022.1876 t.j.),
 - 8) Umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym dysponentem środków publicznych, w przypadku zawarcia takich umów,
 - 9) Statut Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie,
 - 10) Zestaw standardów akredytacyjnych 2009 Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie,
 - 11) Niniejszego regulaminu,
 - 12) Innych przepisów dotyczących funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą.
4. Siedzibą Szpitala jest miasto Olsztyn w województwie warmińsko-mazurskim.
5. Podmiot leczniczy posiada identyfikator w systemie Regon 000293976 oraz Numer Identyfikacji Podatkowej NIP 7392955794.
- 1) Zakład leczniczy o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Świadczenia Szpitalne posiada 14-znakowy numer Regon 00029397600042.
 - 2) Zakład leczniczy o nazwie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne posiada 14-znakowy numer Regon 00029397600050.
6. Obszarem działania Szpitala jest województwo warmińsko-mazurskie.
7. Miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie:
- 1) ul. Żołnierska 18, Olsztyn
 - 2) ul. Żołnierska 16a, Olsztyn
 - 3) ul. Żołnierska 16b, Olsztyn

§ 4

1. Regulamin Organizacyjny wprowadza Dyrektor Szpitala, a opiniuje go Rada Społeczna.

Dział II. Cele i zadania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

§ 5

1. Celem Szpitala jest prowadzenie działalności leczniczej obejmującej stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Szpital prowadzi działania z zakresu promocji zdrowia, to jest działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.
3. Szpital realizuje zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, oraz uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny.
4. Szpital realizuje zadania z zakresu obronności i bezpieczeństwa publicznego na podstawie odrębnych przepisów.
5. Szpital może prowadzić wydzieloną działalność w zakresie najmu, dzierżawy oraz udostępniania w innej formie posiadanego majątku, przy czym oddanie w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych Szpitala może nastąpić na zasadach określonych przez podmiot tworzący.
6. Realizacja zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa państwa.

§ 6

1. Cele i zadania będą realizowane z wykorzystaniem nowoczesnych, dostępnych metod leczenia, rehabilitacji, profilaktyki i promocji zdrowia. Z zachowaniem profesjonalizmu, interdyscyplinarności, bezpieczeństwa i przyjaznego nastawienia dla pacjentów i pracowników.
2. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie w przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dysponentem środków publicznych oraz umów cywilnoprawnych z innymi instytucjami, osobami prawnymi i pracodawcami, na rzecz osób uprawnionych do tych świadczeń.

§ 7

1. Podmiot może prowadzić działalność gospodarczą. Prowadzenie działalności gospodarczej nie może w szczególności ograniczać dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów.

§ 8

1. Cele i zadania określone w § 5-7 podmiot realizuje z wykorzystaniem posiadanych zasobów kadrowych, lokalowych, sprzętowych i finansowych oraz współpracy z:
 - 1) innymi podmiotami,

2) placówkami klinicznymi uniwersytetów medycznych i instytucjami naukowymi.

§ 9

1. Zadania, o których mowa w § 5-7, będą wykonywane przez personel medyczny podmiotu, posiadający wymagane przepisami odrębnymi kwalifikacje zawodowe.

Dział III. Struktura organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

§ 10

1. Organami Szpitala są:

- 1) Dyrektor – odpowiedzialny za zarządzanie Szpitalem,
- 2) Rada Społeczna – organ doradczy Dyrektora oraz organ inicjujący i opiniodawczy powołany przez podmiot tworzący.

§ 11

1. Dyrektor Szpitala samodzielnie zarządza Szpitalem, kieruje jego działalnością, reprezentuje na zewnątrz i jest przełożonym wszystkich pracowników.
2. Dyrektor zarządza Szpitalem bezpośrednio lub za pośrednictwem swych zastępców.
3. Dyrektor Szpitala może część swych kompetencji i uprawnień przenieść na innych pracowników.
4. Dyrektor wyznacza zastępcę i deleguje uprawnienia na czas swojej nieobecności.

§ 12

1. Do obowiązków i uprawnień Dyrektora należy w szczególności:

- 1) zapewnienie sprawnego funkcjonowania Szpitala,
- 2) organizowanie pracy w Szpitalu w sposób zapewniający osiągnięcie celów oraz możliwość realizacji zadań statutowych Szpitala,
- 3) należyte gospodarowanie mieniem własnym lub przekazanym Szpitalowi do użytkowania,
- 4) prowadzenie właściwej polityki płacowo-kadrowej, zatrudnianie i zwalnianie pracowników,
- 5) należyte gospodarowanie środkami finansowymi i rzeczowymi pozostającymi w dyspozycji Szpitala,
- 6) zapewnienie właściwego poziomu świadczonych usług,
- 7) zatwierdzanie planów inwestycyjno-remontowych oraz planów zakupów aparatury i sprzętu medycznego,
- 8) zapewnienie właściwego stanu sanitarnego Szpitala i jego najbliższego otoczenia,
- 9) zapewnienie pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz dbałość o przepisy przeciwpożarowe,
- 10) współpraca z Podmiotem Tworzącym, Ministrem Zdrowia oraz Radą Społeczną Szpitala,
- 11) zapewnienie funkcjonowania w szpitalu adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej,

12) wykonywanie innych zadań wynikających z odrębnych przepisów.

2. W celu realizacji zadań Dyrektor Szpitala:

- 1) wydaje zarządzenia wewnętrzne, komunikaty, instrukcje, polecenia służbowe,
- 2) ustala regulaminy wewnętrzne,
- 3) powołuje zespoły opiniodawcze, komisje, itp.

§ 13

1. Do dokonywania czynności prawnych w imieniu Szpitala upoważniony jest Dyrektor.
2. Dyrektor może upoważnić inne osoby do dokonywania niektórych czynności prawnych, określając zakres udzielonego pełnomocnictwa.

§ 14

1. Dyrektor Szpitala dokonuje wyboru osób na stanowiska swoich zastępców.
2. Podejmuje decyzje w sprawach osobowych, a w szczególności:
 - 1) ogłasza konkursy na stanowiska kierownicze,
 - 2) przyjmuje do pracy, rozwiązuje umowy, karze, nagradza i wyróżnia pracowników, przyznaje premie i zmienia wynagrodzenia pracownicze – realizuje politykę kadrową Szpitala.
3. Dyrektor Szpitala lub upoważniony przez niego pracownik przyjmuje skargi i wnioski pacjentów oraz innych zainteresowanych osób i załatwia je według posiadanych kompetencji.
4. Szczegółową strukturę organizacyjną Szpitala i jego jednostek, zakres działania poszczególnych jednostek organizacyjnych, stanowiska kierownicze oraz zakres kompetencji i pełnomocnictw zajmujących je osób określa Dyrektor Szpitala Zarządzeniami Wewnętrznymi.
5. Utworzenie nowych stanowisk pracy lub nowych komórek organizacyjnych wymaga decyzji Dyrektora.
6. Dokonuje okresowej oceny działalności pracowników zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych.
7. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem zadań przez pracowników bezpośrednio podległych.

§ 15

1. Dyrektor Szpitala udziela zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz zawiera umowy cywilno-prawne związane z ich realizacją.
2. Dyrektor Szpitala dokonuje oceny jakości realizowania świadczeń medycznych oraz ich zgodności z zawartą umową cywilno-prawną.

§ 16

1. Dyrektorowi Szpitala bezpośrednio podlegają:
 - 1) zastępcy dyrektora:
 - a) ds. leczenia,

- b) ds. pielęgniarstwa,
- c) ds. eksploatacyjno-technicznych,
- d) ds. administracyjno-finansowych.

2) kierownicy:

- a) działu służby pracowniczej,
- b) kancelarii i sekretariatu,
- c) działu zamówień publicznych i zaopatrzenia,
- d) sekcji BHP i P.poż,
- e) sekcji kontroli zarządczej,
- f) sekcji prawnej,

3) pozostałe stanowiska pracy:

- a) kapelani szpitalni,
- b) pełnomocnik dyrektora ds. jakości,
- c) inspektor ds. obrony cywilnej,
- d) pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych,
- e) pełnomocnik ds. praw pacjenta,
- f) inspektor ochrony danych,
- g) inspektor ochrony radiologicznej,
- h) rzecznik prasowy,
- i) pełnomocnik ds. cyberbezpieczeństwa.

4) komisje, zespoły oraz inne komórki:

- a) zespół kontroli zakażeń szpitalnych.

§ 17

1. Zastępcy Dyrektora wykonują zadania z upoważnienia Dyrektora i w jego imieniu,

a w szczególności:

- 1) podejmują w powierzonym zakresie działania zapewniające wykonanie działań statutowych,
- 2) koordynują działalność podległych im komórek organizacyjnych,
- 3) kierują powierzonymi im odcinkami pracy Szpitala,
- 4) organizują i nadzorują wykonanie zadań przez kierowników komórek organizacyjnych wchodzących w skład powierzonych działów i równorzędnych komórek związanych z tymi działami,
- 5) wykonują inne zadania zlecone przez Dyrektora.

2. Zastępcy Dyrektora upoważnieni są do podejmowania decyzji w zakresie nadzoru i kierowania powierzonymi im komórkami organizacyjnymi z wyjątkiem zastrzeżonych do wyłącznej decyzji Dyrektora.

§ 18

1. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa podlegają:

- 1) Lekarz Naczelny.
- 2) Centrum Urazowe oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy.
- 3) Ordynatorzy i koordynatorzy oddziałów.
- 4) Kierownicy:
 - a) apteki szpitalnej,
 - b) działu statystyki i dokumentacji medycznej,
 - c) bloku operacyjnego,
 - d) zakładu radiologii i diagnostyki obrazowej,
 - e) medycznego laboratorium diagnostycznego,
 - f) zakładu patomorfologii,
 - g) zakładu bakteriologii,
 - h) zakładu medycyny nuklearnej,
 - i) ośrodka żywienia klinicznego,
 - j) pracowni immunologii transfuzjologicznej,
 - k) poradni lekarza zakładowego,
 - l) poradni specjalistycznych,
 - m) samodzielnych pracowni,
 - n) poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - o) stacji dializ,
 - p) poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
- 5) Psycholog.
- 6) Logopeda.
- 7) Pracownik ds. socjalnych.
- 8) Kierownik ds. administracyjnych przychodni.

§ 19

1. Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa podlegają:

- 1) Przełożona Pielęgniarek i Położnych.
- 2) Kierownik Centralnej Strylizatorni.
- 3) Kierownik Działu Żywienia.

- 4) Dietetyk.
2. Z-ca dyrektora ds. Pielęgniarstwa pełni funkcję Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości.
3. Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Jakości podlegają:
 - 1) Sekcja ds. jakości.

§ 20

1. Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych podlegają:
 - 1) Główny Księgowy.
 - 2) Kierownik działu kontraktowania i rozliczeń.
 - 3) Kierownik działu organizacyjnego i funduszy zewnętrznych.
 - 4) Kierownik sekcji sprzedaży.

§ 21

1. Z-cy Dyrektora ds. Eksploatacyjno- Technicznych podlegają:
 - 1) Kierownik działu eksploatacyjno-technicznego.
 - 2) Kierownik działu gospodarczego.
 - 3) Kierownik działu informatyki.
 - 4) Kierownik działu aparatury medycznej.
 - 5) Kierownik sekcji inwestycji.

§ 22

1. Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie stanowią załączniki nr 5, 6, 7, 8 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
2. Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala określają załączniki nr 9, 10 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

Dział IV. Rodzaj działalności leczniczej, zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 23

1. Podmiot prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
 - a) szpitalne
 - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Schemat stanowi załącznik nr 6 do niniejszego regulaminu.

§ 24

1. Podmiot realizuje świadczenia zdrowotne poprzez działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia

lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania w szczególności specjalistyczne świadczenia zdrowotne, ambulatoryjne i stacjonarne obejmujące:

- 1) badanie i poradę lekarską,
- 2) leczenie,
- 3) badanie i terapię psychologiczną,
- 4) rehabilitację leczniczą,
- 5) opiekę nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- 6) opiekę nad zdrowym dzieckiem,
- 7) badanie diagnostyczne, w tym z analityką medyczną,
- 8) pielęgnację chorego,
- 9) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi,
- 10) orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia,
- 11) zapobieganie powstaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- 12) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
- 13) prowadzenie szkoleń i doszkalcenie personelu.

§ 25

1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.
2. Działalności lecznicza w rodzaju ambulatorium świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

§ 26

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie (Szpital) udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej, w przepisach odrębnych, w niniejszym Regulaminie lub w umowie cywilnoprawnej.
2. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym, osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z:

- 1) Dyrektorem Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 2) Ministrem właściwym do spraw zdrowia lub
 - 3) innym dysponentem środków publicznych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
3. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w innych przypadkach niż opisane w ustępie poprzedzającym w sposób i na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane są w medycznych komórkach organizacyjnych szpitala, których zakres obejmuje Statut oraz niniejszy Regulamin.

§ 27

1. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych osobą, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielane są osobą ubezpieczonym. Za pomocą systemu eWUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Upnień Świadczeniobiorców) Szpital dostaje natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku pacjentów, u których system stwierdził brak uprawnień, pacjent może przedstawić dokument potwierdzający prawo do świadczeń lub złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń.
3. Brak potwierdzenia prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie może być podstawą odmowy udzielenia świadczenia w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia lub porodu.
4. Bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego udziela się świadczeń zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i porodem.

§ 28

- 1) Świadczenia diagnostyczno-lecznicze w medycznych komórkach organizacyjnych wykonywane są:
- 2) na podstawie skierowania lekarza, lekarza stomatologa lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne,
- 3) bez skierowania w stanach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia lub porodu,
- 4) na podstawie odrębnych umów z dysponentami środków finansowych.

§ 29

1. W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są przez osoby wykonujące zawody medyczne oraz przez wolontariuszy, spełniających wymagania, określone w odrębnych przepisach.
2. Niedopuszczalne jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom nie będącym pacjentami Szpitala, a także Pacjentom Szpitala w imieniu własnym i za odpłatnością przez osoby wykonujące zawody medyczne w Szpitalu, poza sytuacją w stanie zagrożenia życia i zdrowia pacjenta.

§ 30

1. Szpitala może udzielać zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej w celu wykonywania zadań Szpitala określonych w Statucie innemu publicznemu lub niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki, grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych, osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
2. Szczegółowe zasady zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej określają przepisy odrębne oraz umowa między Szpitalem oraz przyjmującym zamówienie.

§ 31

1. Świadczenia zdrowotne dla pacjentów Szpitala, udzielane są w siedzibie Szpitala, w budynkach szpitala, w pomieszczeniach, spełniających wymogi do udzielania w nich świadczeń zdrowotnych.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie żywienia poza i dojelitowego mogą być udzielane w warunkach domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.
3. W przypadku konieczności ratowania zdrowia lub życia personel medyczny SKOR lub inna osoba wyznaczona przez lekarza SKOR może udzielić świadczeń zdrowotnych na terenie Szpitala, poza budynkami Szpitala.

Dział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w komórkach organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Rozdział I. Zapewnienie dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej

§ 32

1. W Szpitalu świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są w trybie odpowiadającym potrzebom zdrowotnym pacjentów, wedle określonego porządku oraz w ramach procedury zapewniającej pacjentom sprawiedliwy, równy, niedyskryminujący i przejrzysty dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecniectwo szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, programy profilaktyczne oraz w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych i odrębnie kontraktowanych

(zgodnie z ustawą z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

2. Potrzeby zdrowotne pacjentów kwalifikuje się jako:

- 1) przypadek nagły, kiedy stwierdza się u pacjenta stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia,
- 2) przypadek pilny, jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,
- 3) przypadek stabilny, jeśli pacjent nie znajduje się w stanie nagłym i nie został zakwalifikowany jako przypadek pilny.

3. Kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej ustalana jest na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej.

Rozdział II. Przyjęcia nagłe

§ 33

1. Przyjęcia nagłe (ze wskazań życiowych) – odbywają się w SKOR wg następujących zasad:

- 1) w WSS funkcjonuje Centrum Urazowe, którego celem jest przyjmowanie oraz kompleksowa diagnoza i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie terapii ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała. CU WSS działa na bazie SKOR, OIT, oddziałów zabiegowych i bloku operacyjnego będących w zasobach Szpitala oraz zatrudnionego w wyżej wymienionych oddziałach personelu. W przypadku zdarzeń masowych obowiązują zasady przyjęcia do szpitala opisane w procedurze PA/CO4 „Postępowanie na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy”.
- 2) przyjęcia nagłe lub poród oraz pacjenci przywiezieni przez pogotowie nie wymagają skierowania na leczenie.
- 3) tożsamość pacjentów przyjmowanych do SKOR powinna być ustalana na podstawie dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
- 4) ubezpieczenie pacjenta potwierdzane jest elektronicznie w eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy). W przypadku braku ubezpieczenia pacjent po uzyskaniu świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do opłaty za wykonaną usługę medyczną zgodnie z obowiązującym w Szpitalu cennikiem.

5) pacjent trafiający do SKOR-u podlega wstępnej diagnostyce oraz segregacji medycznej TRIAGE, której zadaniem jest jak najszybsze przydzielenie pacjenta do jednej z pięciu kategorii pilności:

- a) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem,
- b) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut,
- c) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut,
- d) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut,
- e) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu informują pacjenta lub osobę jej towarzyszącą o przydzielonej kategorii pilności oraz o liczbie osób i maksymalnym przewidywanym czasie oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem.

5a) pacjenci, którzy zostali przydzieleni do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim mogą być kierowani z SKOR do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

6) decyzję o przyjęciu pacjenta SKOR do Szpitala podejmuje lekarz SKOR w uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym danego oddziału Szpitala,

7) wątpliwości o charakterze klinicznym rozstrzyga:

- a) ordynator SKOR lub Dyrektor ds. Lecznictwa/Lekarz Naczelny Szpitala (do godziny 15.00 w dni powszednie),
- b) Lekarz Naczelny Dyżuru (po godzinie 15.00 oraz w dni wolne od pracy),
- c) spory dotyczące pacjentów przyjętych w trybie dyżurowym przez Lekarza Naczelnego Dyżuru, rozstrzygają ordynatorzy/koordynatorzy oddziałów w dniu następnym,

8) w przypadku podejrzenia występowania u pacjenta choroby zakaźnej, do momentu przekazania pacjenta do właściwego oddziału zakaźnego, miejsce, w którym został zdiagnozowany staje się pomieszczeniem izolacji pacjenta. Po zakończonej hospitalizacji pomieszczenie poddane jest dekontaminacji zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu procedurami.

9) w przypadku podejrzenia uszkodzenia ciała lub zaburzenia czynności organizmu pacjenta powstałych w związku z popełnieniem przestępstwa, lekarz bezzwłocznie zawiadamia o tym fakcie właściwą jednostkę organizacyjną Policji zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą.

10) Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, zgodnie z § 13.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, określa maks. czas na podjęcie:

- a) przez lekarza dyżurnego SKOR decyzji o skierowaniu pacjenta do oddziału szpitalnego bądź odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – do 12 godzin,
- b) maks. czas na podjęcie decyzji lekarza oddziału szpitalnego o przyjęciu pacjenta do oddziału – do 120 minut.

§ 34

1. Po wstępnej diagnostyce i leczeniu w SKOR może mieć miejsce sytuacja, że pacjent wymaga kontynuacji leczenia szpitalnego w szpitalu o profilu, którego nie posiada WSS. Lekarz SKOR ustala miejsce w szpitalu, do którego zostaje przekierowany pacjent i jeżeli zachodzi taka potrzeba zamawia transport sanitarny.
2. Każdy pacjent przyjmowany w SKOR jest rejestrowany w ewidencji elektronicznej pacjentów szpitalnych i ma prowadzoną dokumentację medyczną.

Rozdział III. Przyjęcia planowe

§ 35

1. Przyjęcia planowe w ramach stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odbywają się w trybach „przypadek pilny”, „przypadek stabilny” zgodnie z kryteriami medycznymi opartymi na aktualnej wiedzy medycznej.
2. Pacjent skierowany na leczenie szpitalne z poradni specjalistycznej będącej w strukturze Szpitala jest wpisywany na listę oczekujących zgodnie z oznaczoną kategorią medyczną „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”.
- 2a. Lekarz danego oddziału szpitalnego ustala przyjęcie/odmowę do określonego oddziału Szpitala.
3. Wpis na listę oczekujących dokonywany jest bezpośrednio do systemu informatycznego w czasie wizyty w poradni specjalistycznej będącej w strukturze Szpitala.
4. Lekarz AOS wystawia skierowanie z podaniem ustalonej daty zgłoszenia się do oddziału.
5. Pacjent posiadający skierowanie na leczenie szpitalne z innego podmiotu leczniczego może być wpisany na listę oczekujących po stawieniu się osobiście.
6. Kwalifikacja pacjenta odbywa się na Izbie Przyjęć lub w oddziale szpitalnym. Kwalifikacji dokonuje ordynator danego oddziału lub upoważniony przez ordynatora lekarz oddziału.
7. Po weryfikacji (badanie przedmiotowe, podmiotowe, analiza wcześniej wykonanych badań, będących podstawą skierowania) pacjent:

- 1) zostaje przyjęty do Szpitala lub
- 2) uzyskuje odmowę przyjęcia do szpitala z następującą dyspozycją:
 - a) zostaje wpisany na listę oczekujących na leczenie szpitalne z oznaczoną kategorią medyczną „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”, lub
 - b) jest kierowany do dalszej opieki specjalistycznej z oznaczoną kategorią medyczną „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”, lub
 - c) otrzymuje zalecenia dla lekarza kierującego co do dalszego postępowania.
8. Na listach oczekujących umieszczani są pacjenci zaliczani do kategorii medycznych „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”. Pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przed pacjentami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.
9. Na listach oczekujących nie są umieszczani:
 - 1) pacjenci w stanie nagłym,
 - 2) pacjenci objęci kontynuacją leczenia.
10. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, szczególne uprawnienia do korzystania ze świadczeń poza kolejnością przysługują:
 - 1) kobietom w ciąży,
 - 2) pacjentom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka,
 - 3) pacjentom, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”,
 - 4) pacjentom, którzy posiadają tytuł „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”,
 - 5) inwalidom wojennym i wojskowym, kombatanom oraz działaczom opozycji antykomunistycznej i osobom represjonowanym z powodów politycznych,
 - 6) osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności.

Szpital udziela świadczeń opieki zdrowotnej w dniu zgłoszenia. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, Szpital wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez Szpital listy oczekujących. Świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.
11. Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów niniejszego aktu nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe

listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

12. W każdym momencie procesu ustalania potrzeb zdrowotnych pacjenta i ich kategoryzacji, pracownicy Szpitala powziawszy informację o nagłym pogorszeniu się stanu zdrowia pacjenta, kwalifikującym się do stwierdzenia stanu nagłego przekazują/transportują pacjenta do Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego (SKOR) celem niezwłocznego udzielenia świadczenia.

§ 36

1. Pacjent ma możliwość wpisania się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy w celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej (na podstawie skierowania).
2. Podstawą przesunięcia na liście oczekujących są kryteria medyczne określone w załączniku nr 4 do Zarządzenia Dyrektora nr 40/13 z dnia 25.10.2013r.
3. Zmiana kwalifikacji pacjenta dokonywana jest przez ordynatora oddziału lub upoważnionego lekarza.
4. W przypadku zmiany kwalifikacji lekarz dokonuje zmiany terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego w trybie hospitalizacji z podaniem przyczyny zmiany terminu w Księdze Oczekujących.
5. O zmianie terminu pacjent zostaje niezwłocznie powiadomiony.
6. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Szpital informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
7. Pacjent jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia Szpitala o niemożności stawienia się w wyznaczonym przez Szpital terminie.
8. W przypadku powzięcia informacji przez Szpital o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie, na wniosek pacjenta wyznaczany jest kolejny termin.
9. Skreślenie z listy oczekujących następuje w przypadku:
 - 1) nie zgłoszenia się pacjenta w wyznaczonym terminie,
 - 2) wcześniejszego wykonania świadczenia przez innego świadczeniodawcę,
 - 3) zaprzestania wykonywania świadczenia danego rodzaju przez świadczeniodawcę,
 - 4) powiadomienia przez pacjenta o rezygnacji z wizyty.
10. Pacjent ma możliwość uzyskać informacje o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, o średnim czasie oczekiwania na nie oraz o liczbie pacjentów oczekujących

na stronie internetowej www.nfz-olsztyn.pl obsługiwanej przez Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 37

1. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez Szpital.

Rozdział IV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Przyjęcie do szpitala

§ 38

1. W dniu ustalonego terminu przyjęcia do Szpitala do leczenia w danym oddziale w trybie planowym pacjent zgłasza się do Planowej Izby Przyjęć czynnej codziennie w godzinach 7.00 – 19.00.
2. Podczas przyjęcia do Szpitala pacjent obowiązany jest przedstawić:
 - 1) skierowanie do Szpitala wraz z posiadaną dokumentacją medyczną i wynikami badań zleconych przez lekarza kierującego,
 - 2) dowód osobisty lub inny dokument potwierdzający tożsamość pacjenta,
 - 3) ubezpieczenie pacjenta potwierdzane jest elektronicznie w eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy). W przypadku braku ubezpieczenia pacjent po uzyskaniu świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do opłaty za wykonaną usługę medyczną.
3. Pacjent w szpitalu może korzystać z własnej odzieży osobistej typu piżama, obuwie, wskazane jest również posiadanie przyborów higienicznych. W przypadku braku asortyment ten zabezpieczony jest przez szpital.
4. Odzież i obuwie zewnętrzne pacjent powinien przekazać rodzinie lub do magazynu odzieży za pokwitowaniem.
5. Posiadane przedmioty wartościowe po odpowiednim udokumentowaniu pacjent może przekazać do zabezpieczenia w depozycie Szpitala. Szpital nie ponosi odpowiedzialności materialnej za przedmioty wartościowe pacjenta, jeżeli nie zostały oddane do depozytu.
6. Sposób prowadzenia depozytu przedmiotów wartościowych oraz magazynu odzieży w Szpitalu określa procedura zabezpieczenia rzeczy wartościowych oraz przechowywania rzeczy pacjenta w magazynie odzieży.
7. W izbie przyjęć pacjent zostaje zarejestrowany w Księdze Głównej Przyjęć, założona jest dokumentacja medyczna w postaci strony paszportowej historii choroby.
8. Pacjent informowany jest o prawach pacjenta, otrzymuje informator dla pacjenta, a następnie pracownik przyjmuje od pacjenta pisemną zgodę na hospitalizację.

9. Pacjent wskazuje osoby upoważnione do udostępniania dokumentacji medycznej oraz wskazuje osoby upoważnione do informowania o jego stanie zdrowia, dane te potwierdza własnoręcznym podpisem.
10. W przypadku wyrażania woli przez pacjenta ustnie fakt ten dokumentowany jest w dokumentacji medycznej i potwierdzony pieczętką i podpisem lekarza.
11. Pacjent wraz z dokumentacją medyczną, pod opieką uprawnionego pracownika kierowany jest do oddziału zgodnie ze skierowaniem lekarza i specyfiką schorzenia.
12. Pacjent, który został przytransportowany przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe/Zespół Ratownictwa Medycznego zostaje przekazany wraz z dokumentacją medyczną personelowi właściwego oddziału.
13. Pacjent kierowany przez inny szpital pozostaje pod opieką lekarza oddziału do którego został skierowany.
14. Transport pacjenta z lądowiska szpitalnego odbywa się karetką szpitalną obsługiwaną przez ratownika medycznego SKOR.

Rozdział V. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja pacjenta

§ 39

1. W trakcie przyjęcia do szpitala uprawniony personel Izby Przyjęć lub SKOR pozyskuje od pacjenta dane pozwalające na identyfikację pacjenta w systemie ruchu chorych oraz niezbędne do realizacji i dokumentowania świadczeń medycznych:
 - 1) nazwisko i imię (imiona),
 - 2) data urodzenia,
 - 3) oznaczenie płci,
 - 4) adres zamieszkania,
 - 5) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.
2. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia: „NN”, płeć, okoliczności przyjęcia wraz z numerem księgi głównej. Kolejne osoby „NN” przyjmowane w trakcie doby oznaczają się kolejnymi cyframi rzymskimi.
3. Pacjent wpisywany jest do ewidencji szpitala – Księga Główna Przyjęć; otrzymuje numer, który zamieszczany jest w historii choroby. Każdy pobyt w szpitalu opatrzony jest innym numerem Księgi Głównnej.

Ponadto Pacjent w systemie elektronicznym otrzymuje numer identyfikacyjny MIP-medyczny identyfikator pacjenta, pozwalający na pełną identyfikację w systemie elektronicznym. Numer ten jest umieszczony na opasce identyfikacyjnej zakładanej każdemu pacjentowi podczas przyjęcia do szpitala.

4. Pacjenci nieprzytomni, lub z zaburzeniami psychicznymi, lub kierowani na zabiegi operacyjne i badania inwazyjne zaopatrywani są w znaki tożsamości w postaci opasek z tworzywa sztucznego, zakładanych na nadgarstek, na których są zapisywane dane: imię i nazwisko, numer PESEL.
5. Dzieci urodzone w Szpitalu zaopatrywane są w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu. Położna pokazuje dziecko matce, informuje o płci, zaopatruje dziecko w obecności matki w znaki tożsamości.
6. Znakami tożsamości są opaski wykonane z tworzywa sztucznego, na których są wpisywane czytelnie: płeć, data i godzina urodzenia się dziecka oraz imię i nazwisko matki. Znaki tożsamości dzieci urodzonych z ciąży mnogiej dodatkowo zawierają cyfry rzymskie wskazujące na kolejność rodzenia się dzieci.
7. W przypadku gdy przebieg porodu nie pozwala na pokazanie dziecka matce i na poinformowanie jej o płci, lekarz lub położna są obowiązani zaopatrzyć dziecko w znaki tożsamości natychmiast po urodzeniu się dziecka.
8. Znaki tożsamości są zakładane swobodnie wokół nadgarstków obu rąk albo kostek obu nóg dziecka, w sposób zapewniający ich utrzymanie się.
9. Fakt zaopatrzenia urodzonego dziecka w znaki tożsamości oraz dane zawarte na znakach odnotowuje się w dokumentacji medycznej oraz potwierdza podpisem położna zakładająca znaki tożsamości.
10. W przypadku stwierdzenia zniszczenia lub zmniejszenia czytelności znaków tożsamości założonych po urodzeniu dziecka w Szpitalu, położna/pielęgniarka wymienia na czytelne znaki tożsamości i dokumentuje ten fakt dokumentacji medycznej.
11. Przy wypisywaniu dziecka urodzonego w Szpitalu pracownik Szpitala w obecności osoby odbierającej dziecko, jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem. Adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko.
12. Do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki tożsamości dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w Szpitalu.

Rozdział VI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Identyfikacja personelu

§ 40

1. Pracownicy szpitala, pracownicy podwykonawcy usług oraz uczestnicy kształcenia zawodowego zobligowani są do noszenia identyfikatorów osobistych pozwalających na ustalenie imienia nazwiska i pełnionej funkcji oraz tytułu zawodowego lub naukowego.
2. Przed wejściem do oddziałów, zakładów diagnostycznych widnieją tablice informujące o osobach kierujących oddziałem/zakładem tj. imię i nazwisko ordynatora, kierownika i pielęgniarki lub położnej oddziałowej.
3. W oddziałach znajdują się tablice informujące o lekarzach i pielęgniarkach dyżurujących w danym dniu.
4. Pracownicy medyczni realizujący świadczenia zobowiązani są do przedstawiania się z imienia i nazwiska oraz funkcji.

Rozdział VII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Realizacja świadczeń zdrowotnych w oddziale

§ 41

1. Świadczenia medyczne w oddziałach realizowane są całodobowo przez pracowników medycznych poszczególnych oddziałów zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i nadanymi uprawnieniami.
2. Procesem leczenia poszczególnych pacjentów kieruje lekarz prowadzący, natomiast w godzinach dyżurowych opiekę nad chorymi w oddziale sprawuje lekarz dyżurny.
3. Ordynator Oddziału wyznacza dla każdego pacjenta lekarza prowadzącego, odpowiedzialnego za bieżącą terapię i opiekę medyczną, bieżące informowanie oraz prowadzenie jego dokumentacji medycznej. Nazwisko lekarza prowadzącego odnotowane jest w dokumentacji medycznej.
4. Pacjenci przyjęci w trybie nagłym, w godzinach dyżurowych objęci zostają opieką przez lekarza dyżurnego oddziału do którego kierowany jest pacjent.
5. Pielęgniarka oddziałowa wyznacza zgodnie z rozkładem pracy pielęgniarki/położne opiekujące się pacjentami w każdym dniu i na zmianie roboczej.
6. Lekarz oddziału może korzystać w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta z konsultacji lekarskich specjalistów innych dziedzin, zatrudnionych w szpitalu. W przypadku braku lekarza niezbędnej specjalizacji może wezwać lekarza konsultującego spoza szpitala zgodnie z umowami zawartymi przez szpital.
7. Materiał do badań diagnostyczny pobierany jest od pacjenta w oddziale, w którym przebywa.
8. Badania i zabiegi wymagające aparatury medycznej wykonywane są w pracowniach/gabinetach diagnostycznych i zabiegowych szpitala lub podwykonawcy zgodnie z obowiązującą umową.

9. W przypadku kiedy szpital nie posiada możliwości wykonania koniecznego badania/zabiegu wynikającego z procesu leczniczego, pacjent lub materiał do badań transportowany jest do podwykonawcy na koszt szpitala.
10. Szpital zapewnia pacjentom niezbędne środki lecznicze, pielęgnacyjne wynikające z procesu leczenia. Leki zlecane są przez lekarzy w oparciu o przyjętą przez szpital listę leków tzw. Receptariusz szpitala.
11. Pacjenci zobowiązani są do poinformowania lekarza o rodzaju i dawkach leków przyjmowanych przed hospitalizacją. Jeżeli pacjent przyjmuje leki własne i nie jest w stanie przyjmować ich samodzielnie, leki należy czytelnie oznakować imieniem i nazwiskiem, zapisać liczbę sztuk w opakowaniu i przekazać pielęgniarce oddziału celem dawkowania zgodnie ze zaleceniem lekarskim.

Rozdział VIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Dokumentacja medyczna

§ 42

1. Pobyt i leczenie pacjenta na poszczególnych etapach dokumentowane są zgodnie z obowiązującym prawem w dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej.
2. Dokumentacja prowadzona jest w postaci elektronicznej i w postaci papierowej przez pracowników medycznych, zgodnie z posiadanymi kompetencjami i wymaganiami obowiązującymi w tym zakresie. Dostęp do dokumentacji w wersji elektronicznej posiadają osoby uprawnione w oparciu o kody dostępu nadane przez administratora danych.
3. Dokumentacja tworzona jest na bieżąco zgodnie z chronologią działań.
4. W szpitalu ustanowiono procedurę tworzenia, prowadzenia i zabezpieczenia dokumentacji medycznej oraz wzory obowiązującej dokumentacji.
5. Historia choroby zakładana jest niezwłocznie po przyjęciu do szpitala. Zawiera ona pogrupowane informacje dotyczące przyjęcia do szpitala, przebiegu hospitalizacji, wypisania pacjenta ze szpitala. Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe prowadzone w zależności od rodzaju udzielanych świadczeń w szczególności:
 - 1) karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej,
 - 2) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
 - 3) karta obserwacji,
 - 4) karta gorączkowa,
 - 5) karta zleceń lekarskich,
 - 6) karta obserwacji przebiegu porodu,
 - 7) karta noworodka,

- 8) karta przebiegu znieczulenia,
 - 9) karta zabiegów fizjoterapeutycznych,
 - 10) karta czynności ratunkowych,
 - 11) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane do historii choroby,
 - 12) wyniki badań obrazowych,
 - 13) wyniki badań histopatologicznych,
 - 14) wyniki konsultacji,
 - 15) protokół operacyjny,
 - 16) dokumentacja monitorowania bólu w przypadkach wymagających monitorowania,
 - 17) oświadczenia pacjenta lub przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody lub odmowy na wykonanie określonych procedur medycznych,
 - 18) Okołooperacyjna Karta Kontrolna.
- 6.** Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem, ordynatorowi.
- 7.** Dokumentację dotyczącą opieki pielęgniarzkiej akceptuje pielęgniarzka/położna oddziałowa.
- 8.** Zakończona historia przekazywana jest do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej, a następnie do Archiwum Medycznego Szpitala.
- 9.** Dokumentacja medyczna zabezpieczona i przechowywana jest w Archiwum szpitala przez okres 20 lat, wyjątki dotyczą:
- 1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat,
 - 2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat,
 - 3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat,
 - 4) dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.
- 10.** Szpital udostępnia dokumentację medyczną:
- 1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu,
 - 2) osobie upoważnionej przez pacjenta,
 - 3) upoważnionym organom.
- 11.** Dokumentacja medyczna jest udostępniana na wniosek osoby uprawnionej, na podstawie decyzji dyrektora lub osoby przez niego upoważnionej. Formy udostępnienia:
- 1) do wglądu w siedzibie szpitala,
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii,

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

12. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągu, odpisu lub kopii szpital pobiera opłaty. Cennik stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

Rozdział IX. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Prawa pacjenta

§ 45

W procesie udzielania świadczeń przestrzegane są prawa pacjenta zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi. Prawa pacjenta, opublikowane w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta dostępne są w każdym oddziale, w dyżurce pielęgniarskiej natomiast wyciąg z ustawy wyeksponowany na tablicach informacyjnych w miejscach udzielania świadczeń.

1. Prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych:

- 1) Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością, odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
- 2) Pacjent ma prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych listy oczekujących – w sytuacji ograniczonej dostępności do świadczeń zdrowotnych.
- 3) Pacjent ma prawo żądać drugiej opinii. W razie wątpliwości pacjent ma prawo żądać, by lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie, a pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej). Żądanie oraz ewentualną odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
- 4) Prawo wyboru. Każdy pacjent korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z środków publicznych ma prawo wyboru:
 - a) w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.
 - b) w ramach leczenia szpitalnego – świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Prawo do informacji:

- 1) Pacjent ma prawo do informacji o swoich prawach, dlatego szpital wyeksponował treść praw pacjenta w miejscach udzielania świadczeń w informatorze dla pacjenta oraz na stronie internetowej.

- 2) Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych u danego świadczeniodawcy oraz o osobach udzielających tych świadczeń.
- 3) Pacjent ma prawo do informacji zrozumiałej i przystępnej dla niego.
- 4) Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Ma także prawo zdecydować komu i jakie informacje o tym mogą być przekazywane.
- 5) Pacjent ma prawo do rezygnacji z otrzymywania informacji. Powinien jednak dokładnie wskazać z których informacji rezygnuje, np. o swojej sytuacji zdrowotnej. Pacjent po ukończeniu 16 roku życia ma prawo do uzyskania od lekarza informacji w formie i w zakresie niezbędnym do prawidłowego udzielenia świadczenia.

3. Prawo do wyrażenia zgody:

- 1) Pacjent, także małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
- 2) Jeżeli pacjent nie ukończył 18 lat, jest całkowicie ubezwłasnowolniony, niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, prawo do wyrażenia zgody ma przedstawiciel ustawowy, a w przypadku jego braku – opiekun faktyczny.
- 3) Pacjent ma prawo odmówić lub zażądać zaprzestania udzielania świadczenia.
- 4) Pacjent który ukończył 16 lat, ubezwłasnowolniony, chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznaniem, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
- 5) Zgoda lub odmowa powinna zostać poprzedzona przedstawieniem pacjentowi wyczerpującej informacji na temat planowanego, bądź już udzielanego świadczenia. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę wyraża się w formie pisemnej.

4. Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych:

- 1) Pacjent ma prawo do poufności – zachowania w tajemnicy wszelkich informacji z nim związanych, a w szczególności o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu i rokowaniu, badaniach i ich wynikach.
- 2) Bez zgody pacjenta (lub zgody osoby sprawującej opiekę prawną nad pacjentem) nie wolno informować nikogo o jego stanie zdrowia. Pacjent ma prawo wskazać, komu informacje objęte tajemnicą będą przekazywane. Prawo to obowiązuje także po śmierci pacjenta.

5. Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta:

- 1) Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności– osoba udzielająca świadczeń ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie tego prawa.
 - 2) Pacjent ma prawo do godnego umierania.
 - 3) Pacjent ma prawo do obecności bliskiej osoby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta lub w przypadku prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych może odmówić obecności osoby bliskiej pacjentowi. Odmowa musi zostać odnotowana w dokumentacji medycznej.
 - 4) Obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia, np. studentów medycyny, wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego opiekuna oraz lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego.
 - 5) Pacjent ma prawo do leczenia bólu.
6. Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej: Pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych (patrz Dokumentacja medyczna).
7. Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty przechowywania ponosi szpital.
8. Prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza: Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta.
9. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego:
- 1) Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami, ale też ma prawo do odmowy takiego kontaktu.
 - 2) Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
10. Prawo do opieki duszpasterskiej:
- 1) Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej - w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia Pacjenta szpital ułatwia pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania. Szpital zatrudnia duchownych wyznania rzymskokatolickiego i grekokatolickiego i umożliwia korzystanie z usług duszpasterskich w oddziałach oraz w kaplicy szpitalnej.
- 10a. Prawo pacjenta do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych.

11. Dyrektor lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku niektórych praw także ze względu na możliwości organizacyjne.

Rozdział X. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Ciągłość opieki, transport pacjentów.

§ 44

1. Opieka lekarska w oddziałach szpitala realizowana jest przez lekarzy w systemie zapewniającym ciągłość opieki.
2. Opieka pielęgniarska realizowana jest w systemie zmianowym.
3. Lekarze i pielęgniarki wymieniają istotne informacje o pacjentach wielokrotnie w ciągu doby, zapewniając ciągłość opieki nad pacjentami.
4. Informacje o stanie zdrowia poszczególnych pacjentów są dokumentowane na bieżąco w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Przekazanie opieki kolejnym zmianom następuje na styku dyżurów, lekarze 1 x na dobę o godzinie 7.30-8.00, pielęgniarki i położne 2x na dobę o godzinie 7.00 i 19.00.
6. Lekarze, pielęgniarki, położne przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach na oddziałach, istotnych zdarzeniach, ich okolicznościach, podjętych działaniach.
Informacje te dokumentowane są w książkach raportów lekarskich i książkach raportów pielęgniarskich.
7. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym oddziale, pracowni diagnostycznej lub na bloku operacyjnym transportowani są przez upoważnionych pracowników. Sposób transportu pacjenta określony jest przez lekarza lub pielęgniarkę/położną. Pacjenci wymagający transportu w pozycji leżącej transportowani są przez pielęgniarki/położne lub ratowników medycznych. Pacjenci nieprzytomni, wymagający oddechu zastępczego transportowani są przez pielęgniarki/położne, ratowników oraz pod opieką lekarza danego oddziału, lub lekarzy anestezjologów. Do transportu pacjenta dołączona jest jego dokumentacja medyczna (historia choroby).
8. Pacjenci transportowani są na zewnątrz szpitala w przypadku:
 - 1) realizacji świadczeń zdrowotnych, których szpital nie udziela,
 - 2) kontynuacji leczenia w innych zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 3) wypisu ze szpitala pacjenta którego dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia transport środkami komunikacji publicznej.

10. Pacjenci wymagający realizacji świadczeń medycznych w innym zakładzie po uprzednim uzgodnieniu miejsca, transportowani są na podstawie pisemnego zlecenia określającego warunki transportu kołowego lub lotniczego. Zlecenie wystawiane jest przez ordynatora lub upoważnionego lekarza. W zleceniu określone jest w jakiej pozycji pacjent powinien być transportowany i kto powinien sprawować opiekę medyczną (ratownik, lekarz + ratownik). W przypadku transportu pacjenta wymagającego obecności lekarza, oddział zlecający transport zapewnia lekarza. Transport sanitarny kołowy pacjentów jest realizowany przez profesjonalną firmę. Pacjent jest odbierany z oddziału przez personel karetki. W przypadku transportu lotniczego lekarz zleca transport kołowy i lotniczy. Personel karetki dowozi pacjenta na lądowisko szpitalne i przekazuje pacjenta załodze śmigłowca wraz z jego dokumentacją medyczną.
11. Pacjenci przebywający czasowo poza oddziałem np. w przypadku badań, zabiegów objęci są opieką przez pracowników medycznych komórki wykonującej te świadczenia.
12. Pacjenci wymagający kontynuacji leczenia w innym oddziale szpitala są wypisywani a następnie przyjmowani do nowego oddziału zachowując jednocześnie ciągłość pobytu w szpitalu. Pacjent przekazywany jest wraz z dokumentacją medyczną oddziału z którego jest wypisywany.
13. Pacjenci, wymagający zapewnienia ciągłości i kontynuacji opieki w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub domach opieki społecznej a nie posiadający rodziny wydolnej opiekuńczo uzyskują wsparcie ze strony Szpitala w działaniach organizacyjnych umożliwiających pozyskanie stosownego miejsca opieki. Zadania te realizowane są na wniosek pacjenta lub rodziny pacjenta przez lub przy udziale pracownika socjalnego.

Rozdział XI. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - Stacjonarna opieka zdrowotna. Jakość opieki

§ 46

Szpital w celu zapewnienia bezpieczeństwa i jakości opieki ustanowił, wdrożył i utrzymuje system zarządzania jakością.

1. Szpital przyjął misję: „Pacjent przede wszystkim”.
2. Przyjęta Polityka Jakości, zawiera zobowiązanie do ciągłego doskonalenia skuteczności systemu zarządzania jakością. Podstawowymi założeniami Polityki Jakości są:
 - 1) orientacja na pacjenta i jego pełne usatysfakcjonowanie poprzez zaspokojenie jego wymagań oraz oczekiwań,

- 2) wykwalifikowany personel, stale i systematycznie podnoszący swoją wiedzę i umiejętności, aby w jak najlepszy sposób osiągać założone cele oraz realizować strategię i misję szpitala,
 - 3) zapewnienie zasobów i infrastruktury technicznej adekwatnych do wymogów wysokiej jakości realizowanych usług,
 - 4) zatrudnianie i współpraca z zespołami specjalistów o najwyższych kwalifikacjach i doświadczeniu,
 - 5) przestrzeganie przez nasz personel medyczny zasad etyki zawodowej,
 - 6) stosowanie najnowocześniejszych technik i technologii medycznych,
 - 7) ciągłe doskonalenie w ramach standardów akredytacyjnych i systemu zarządzania Jakością.
3. System zarządzania jakością w szpitalu został wdrożony w oparciu o wymagania normy PN-EN ISO 9001 z uwzględnieniem Standardów Akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości.
4. Dokumentację systemu jakości, stanowią:
- 1) Księga Systemu Zarządzania Jakością,
 - 2) Księga jakości Działu Diagnostyki Obrazowej,
 - 3) Księga jakości Zakładu Medycyny Nuklearnej,
 - 4) Księga jakości Pracowni Kardiologii Inwazyjnej Hemodynamika,
 - 5) Księga jakości Pracowni Kardiologii Inwazyjnej Elektrofizjologia,
 - 6) Program poprawy jakości,
 - 7) Polityka jakości,
 - 8) Cele jakości,
 - 9) Procedury systemowe.
 - 10) Procedury i instrukcje operacyjne (zgodnie z aktualizowanym rejestrem)
5. Dla zapewnienia skutecznej organizacji i nadzorowania założeń systemu jakości w szpitalu, zostały powołane i funkcjonują zespoły problemowe:
- 1) Zespół ds. jakości,
 - 2) Zespół kontroli zakażeń szpitalnych,
 - 3) Zespół ds. analizy przyczyn zgonów,
 - 4) Zespół ds. sprawdzania prawidłowości kompletności dokumentacji medycznej,
 - 5) Zespół ds. badań klinicznych i badań naukowych,
 - 6) Komitet terapeutyczny,
 - 7) Komitet transfuzjologiczny,
 - 8) Komisja sprawująca nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy,
 - 9) Komitet kontroli zakażeń szpitalnych

Zadania zespołów zostały opisane w zarządzeniach wewnętrznych dyrektora.

Ponadto dyrektor powołuje inne zespoły problemowe dostosowane do aktualnych potrzeb szpitala.

6. Sekcja ds. jakości wspomaga działania związane z wdrażaniem, utrzymywaniem, doskonaleniem i nadzorowaniem systemu jakości. Sprawuje nadzór nad jakością usług realizowanych przez podwykonawcę w zakresie żywienia chorych.

7. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości zapewnia utrzymanie systemu jakości.

8. Bezpieczeństwo opieki oraz skuteczność i efektywność systemu jakości jest monitorowana za pomocą określonych wskaźników jakości, takich jak:

- 1) poziom satysfakcji pacjentów,
- 2) poziom kwalifikacji zawodowych pracowników szpitala,
- 3) wykorzystanie bazy łóżkowej,
- 4) liczba leczonych pacjentów w szpitalu,
- 5) liczba leczonych pacjentów w poradniach,
- 6) zużycie leków w tym antybiotyków,
- 7) zużycie środków dezynfekcyjnych,
- 8) liczba badań diagnostycznych w tym mikrobiologicznych,
- 9) liczba zabiegów,
- 10) liczba badań inwazyjnych,
- 11) liczba porodów,
- 12) liczba zgonów,
- 13) zużycie krwi preparatów krwiopochodnych,
- 14) liczba zarejestrowanych zakażeń i patogenów alarmowych,
- 15) wypadki przy pracy, zakażenia/skaleczenia pracowników,
- 16) liczba awarii sprzętu medycznego i informatycznego,
- 17) liczba auditów zewnętrznych i wewnętrznych,
- 18) liczna działań zapobiegawczych i korygujących.

9. Szpital rejestruje, monitoruje i analizuje zdarzenia niepożądane związane z hospitalizacją, w tym: zakażenia szpitalne, odleżyny, upadki i urazy, samowolne opuszczenie szpitala, nieprawidłowe podanie leku, powikłania poprzetoczeniowe powtórne zabiegi operacyjne, powtórne hospitalizacje, przedłużone pobyty, itp.

10. Szpital podaje się dobrowolnej ocenie jakości

- 1) Wewnętrzna ocena jakości -audyty wewnętrzne:

Prowadzone systematycznie, corocznie we wszystkich działalnościach objętych systemem zarządzania. Plan auditów zatwierdzany przez dyrektora realizowany przez auditorów wewnętrznych systemu jakości, powołanych mocą zarządzenia dyrektora.

2) Zewnętrzna ocena jakości:

a) wizyta akredytacyjna, realizowane w oparciu o ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia z dnia 6 listopada 2008 roku, mająca na celu ocenę zgodności szpitala z wymaganiami standardów akredytacyjnych. Przeprowadzana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w odstępach 3 letnich. Pozytywna ocena potwierdzana certyfikatem akredytacyjnym wydanym przez Ministra Zdrowia.

b) audit zewnętrzny - ocena realizowana w oparciu o wymagania międzynarodowej normy ISO 9001 w postaci auditów certyfikacyjnych, przeprowadzanych w odstępach 3-letnich oraz auditów nadzoru przeprowadzanych co 12 miesięcy przez Jednostkę certyfikacyjną systemów zarządzania jakością. Pozytywna ocena wyrażona certyfikatem ISO 9001: 2009.

3) Kontrola jakości badań laboratoryjnych: analitycznych, bakteriologicznych, immunologii transfuzjologicznej, histopatologicznych. Realizowana przez instytucje zewnętrzne, nie rzadziej niż 1 raz w roku. Ocena wyrażona w postaci certyfikatów zgodności.

11. Wyniki monitorowania i oceny są podstawą do podejmowania działań zapobiegawczych i korygujących oraz doskonalenia jakości opieki.

12. W szpitalu funkcjonuje system komunikacji z pacjentami, który uwzględnia następujące elementy:

- 1) Publikacja Informatora dla pacjentów - publikacja papierowa oraz elektroniczna.
- 2) Wydawanie Informatora - „Cennik usług medycznych”.
- 3) Prowadzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej.
- 4) Tablice informacyjne znajdujące się we wszystkich obszarach udzielania świadczeń zdrowotnych z prawami i zaleceniami dla pacjentów oraz regulaminem odwiedzin.
- 5) Systematyczne badanie opinii i oczekiwań pacjentów.
- 6) Prowadzenie edukacji zdrowotnej i społecznej w wybranych stanach chorobowych.
- 7) Publikacja kwartalnika - „Puls Szpitala”.
- 8) Publikacje w prasie lokalnej i ogólnokrajowej.
- 9) Prezentacje radiowe i telewizyjne.
- 10) Udział w rankingach lokalnych i ogólnopolskich.
- 11) Stronę internetową szpitala - www.wss.olsztyn.pl.

13. W celu poprawy komunikacji z pacjentami powołany został Pełnomocnik ds. praw pacjenta, który służy pomocą informacyjną oraz prowadzi rejestr skarg i wniosków.

14. Szpital opracował system doskonalenia zawodowego pracowników oparty na szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych zapewniający systematyczny rozwój zawodowy pracowników. Systematyczny rozwój zawodowy umożliwia zastosowanie nowoczesnych technologii medycznych stosowanych w opiece nad pacjentami. Szkolenia są wielokierunkowe dostosowane do kierunków

rozwoju szpitala i potrzeb społeczności lokalnej. Personel szpitala jest także systematycznie szkolony w zakresie postępowania w stanach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.

15. Szpital opracował i wdrożył system nadzoru nad aparaturą i sprzętem medycznym umożliwiający systematyczne kontrolowanie i utrzymanie sprawności. System zapewnia używanie sprawnego i bezpiecznego sprzętu i aparatury.
16. Szpital okresowo weryfikuje sprawność organizacji na wypadek sytuacji awaryjnych takich jak pożar, masowe wypadki, itp. poprzez organizację symulacji tych zdarzeń. Ćwiczenia te przeprowadzane są z udziałem służb ratowniczych zewnętrznych takich jak straż pożarna, system ratownictwa medycznego.

Rozdział XII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Wypisanie pacjenta

§ 46

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej następuje:
 - 1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - 2) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego, z zastrzeżeniem przepisów szczególnych,
 - 3) jeżeli osoba przebywająca w Szpitalu w sposób rażąco narusza obowiązujące w Szpitalu przepisy (regulaminy), a nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza wypisującego o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w Szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku nie złożenia przez pacjenta takiego oświadczenia lekarz wypisujący sporządza adnotację w historii choroby.
3. Wypisany pacjent ze Szpitala otrzymuje:
 - 1) Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, która winna zawierać:
 - a) dane identyfikujące pacjenta tj. imię i nazwisko, data urodzenia, adres zamieszkania lub pobytu, numer PESEL,
 - b) rozpoznanie choroby w języku polskim – przyczyna hospitalizacji (dopuszcza się rozpoznanie w języku łacińskim w przypadku, gdy pacjent żąda aby lekarz nie udzielał mu informacji do swoim stanie zdrowia),
 - c) opis wyników wykonanych badań diagnostycznych lub konsultacji,
 - d) opis zastosowanego leczenia w przypadku wykonania zabiegu lub operacji – datę wykonania,

- e) orzeczenie przy wypisie czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia,
 - f) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi,
 - g) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania,
 - h) wskazania, dla lekarza przyjmującego opiekę nad pacjentem lub pacjenta dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.
- 2) Recepty na leki i zlecenia na środki pomocnicze lub wyroby medyczne będące środkami ortopedycznymi zlecone w karcie informacyjnej.
 - 3) Skierowanie na świadczenia zalecone w karcie informacyjnej.
 - 4) Zlecenia na transport zgodnie z odrębnymi przepisami.
4. Lekarz prowadzący lub ordynator zobowiązany jest powiadomić pacjenta o wynikach jego badań, jeśli wynik został dostarczony do Oddziału po wypisie pacjenta ze Szpitala.

Rozdział XIII. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – Stacjonarna opieka zdrowotna. Postępowanie w przypadku śmierci pacjenta

§ 47

1. W przypadku śmierci pacjenta pielęgniarka, położna niezwłocznie zawiadamia lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego o śmierci pacjenta przebywającego w oddziale. Lekarz po przeprowadzeniu oględzin stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu. W przypadku gdy nie można ustalić przyczyny zgonu w sposób jednoznaczny lub z innych przyczyn zarządzono sekcję zwłok, kartę zgonu wystawia lekarz oddziału po przeprowadzeniu sekcji.
2. W sytuacji nie budzącej wątpliwości co do przyczyn zgonu, na wniosek pacjenta ustanowiony przed śmiercią lub na wniosek rodziny zmarłego dyrektor może wyrazić zgodę na odstąpienie od sekcji.
3. Lekarz niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu osoby zmarłej powiadamia wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego. W przypadku nie wskazania osoby lub instytucji albo braku przedstawiciela ustawowego wysyłany jest telegram na adres zamieszkania osoby zmarłej oraz podejmowane dalsze kroki celem skutecznego poszukiwania osoby uprawnionej do pochówku. W przypadku braku osoby deklarującej pochowanie zwłok pracownik ds. socjalnych ustala odpowiednią instytucję państwową zobligowaną do pochówku.
4. Po wystawieniu karty zgonu przez lekarza pielęgniarka niezwłocznie przekazuje ją do kancelarii szpitala.

5. Pielęgniarka sporządza kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tworzywa sztucznego.

6. Karta skierowania zawiera:

- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
- 2) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- 3) datę i godzinę zgonu,
- 4) godzinę skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni,
- 5) imię i nazwisko oraz podpis pielęgniarki sporządzającej kartę,
- 6) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni.

7. Identyfikator, zawiera:

- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej,
- 2) numer PESEL a w przypadku braku numeru PESEL – serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość,
- 3) datę i godzinę zgonu.

8. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania oraz na identyfikatorze dokonuje się oznaczenia „NN,, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości. Ponadto należy wpisać nr Księgi Głównej pod którym pacjent został przyjęty do szpitala.

9. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są przez pracowników szpitala do chłodni znajdującej się w budynku Prosektorium nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu. Do tego czasu przybywają na sali chorych.

10. W przypadku zgonu osoby zmarłej na chorobę zakaźną stosuje się odrębne przepisy prawa.

11. W przypadku dzieci martwo urodzonych bez względu na czas trwania ciąży na życzenie matki jest wystawiana karta zgonu a zwłoki wydawane są do pochówku.

12. W Prosektorium pracownik szpitala myje ciało osoby zmarłej, okrywa a następnie po odpowiednim udokumentowaniu wydaje osobie uprawnionej do pochówku, po okazaniu aktu zgonu.

13. Ciało osoby zmarłej przebywa w chłodni do 72 godzin na koszt szpitala, licząc od godziny w której nastąpiła śmierć pacjenta lub od godziny ukończenia sekcji zwłok. Po upływie tego czasu Szpital pobierana opłatę według ustalonego cennika. Cennik stanowi załącznik nr 3 do niniejszego regulaminu.

Rozdział XIV. Przebieg procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej -Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

§ 48

- 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane są w poradniach specjalistycznych, pacjentom posiadającym skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.**
- 2. Skierowanie na ambulatoryjne leczenie specjalistyczne obejmuje całość świadczeń zdrowotnych związanych ze schorzeniem, które stanowiło podstawę wydania skierowania.**
- 3. Nie jest wymagane skierowanie do następujących lekarzy specjalistów:**
 - 1) ginekologa i położnika,**
- 4. Skierowania nie muszą przedstawiać także następujące osoby korzystające z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:**
 - 1) inwalidzi wojenni i wojskowi, osoby represjonowane, kombatanci,**
 - 2) niewidome cywilne ofiary działań wojennych,**
 - 3) chorzy na gruźlicę,**
 - 4) zakażeni wirusem HIV,**
 - 5) uzależnieni od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,**
 - 6) uprawnieni (żołnierze lub pracownicy) – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych w czasie wykonywania zadań poza granicami państwa.**
- 5. Skierowanie jest ważne dopóty, dopóki istnieją przesłanki wskazujące na potrzebę podjęcia działań diagnostycznych lub terapeutycznych. Zachowuje ono swoją ważność do czasu realizacji, np. poprzez ustalenie terminu przyjęcia pacjenta do Szpitala, z wyjątkiem skierowania na rehabilitację leczniczą, które traci ważność, jeżeli nie zostanie zarejestrowane w oddziale rehabilitacji w terminu 30 dni od daty wystawienia.**
- 6. Świadczenia, o których mowa w ust.1, związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.**
- 7. W uzasadnionych medycznie przypadkach świadczenia opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej mogą być udzielane w warunkach domowych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta.**
- 8. Rejestracja pacjenta odbywa się na podstawie zgłoszenia, w szczególności: osobistego, telefonicznego, za pośrednictwem osoby trzeciej lub drogą elektroniczną. W przypadku braku możliwości przyjęcia pacjenta w dniu rejestracji – wyznacza się datę i godzinę realizacji świadczenia opieki zdrowotnej. Pacjentów pierwszorazowych umieszcza się na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia.**

9. Przed uzyskaniem świadczenia opieki zdrowotnej (podczas rejestracji) dane pacjenta są sprawdzane w systemie Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorcy (eWUŚ).

10. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista wydaje skierowania na dodatkowe konsultacje, albo leczenie skojarzone do innych poradni specjalistycznych lub skierowania do leczenia stacjonarnego w Szpitalu.

11. W uzasadnionych medycznie przypadkach lekarz specjalista może objąć pacjenta stałym leczeniem w poradni specjalistycznej.

12. Lekarz specjalista w sytuacji określonej w ust. 11 zobowiązany jest do pisemnego, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, informowania lekarza kierującego i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej pacjenta o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, w tym okresie ich stosowania i dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.

Dział VI. Organizacja i zadania poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala

§ 49

1. Szpitalem kieruje Dyrektor i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych, Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych oraz Kierowników komórek organizacyjnych.

§ 50

1. Do zadań Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) wytyczenie kierunków i realizacja strategii rozwoju Szpitala,
 - 2) operacyjne zarządzanie Szpitalem, w tym zwłaszcza w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (działalność medyczna-podstawowa) oraz działalności gospodarczej (pomocniczej), zarządzania finansami, zarządzania personelem oraz zarządzania infrastrukturą,
 - 3) wykonywanie uprawnień zwierzchnika służbowego wobec pracowników Szpitala,
 - 4) reprezentowanie Szpitala na zewnątrz,
 - 5) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
 - 6) powierzenie przygotowania i przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego właściwym Z-ca Dyrektora lub innym wskazanym pracownikom,
 - 7) nadzór nad wykonywaniem zadań związanych z kontrolą wewnętrzną w Szpitalu,
 - 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez podmiot tworzący lub określonych w przepisach szczególnych.

§ 51

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa należy w szczególności:

- 1) współorganizowanie i współzarządzanie działalnością podstawową Szpitala,
- 2) współdziałanie w przygotowaniu i nadzór nad realizacją umów na świadczenia zdrowotne,
- 3) zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej,
- 4) zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny,
- 5) nadzór nad gospodarką lekami, środkami opatrunkowymi i sprzętem jednorazowego użytku oraz krwią i preparatami krwiopochodnymi,
- 6) sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną,
- 7) przeprowadzanie procedur mających na celu zawieranie z podmiotami leczniczymi umów cywilnoprawnych,
- 8) udział w planowaniu strategicznym rozwoju Szpitala,
- 9) aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych, a w szczególności Zespołu Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Zespołu ds. Badań Klinicznych, Komisji Terapeutycznej,
- 10) współpraca z ordynatorami, kierownikami zakładów i pracowni diagnostycznych oraz innych komórek organizacyjnych,
- 11) zarządzanie informacją,
- 12) wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem działalności Zastępcy ds. Lecznictwa.

§ 52

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych należy w szczególności:

- 1) Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, gospodarki paliwowo-energetycznej, urządzeń energetycznych, instalacji gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznej, sieci wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, urządzeń łączności alarmowych i sygnalizacyjnych, sprzętu techniczno-gospodarczego, aparatury medycznej,
- 2) Sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, urządzeniami energetycznymi, chłodniczymi, techniczno-gospodarczymi oraz nad gospodarką wodno-ściekową,
- 3) Przeprowadzanie okresowych przeglądów nieruchomości oraz zapewnienie niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjno-eksploatacyjnych,
- 4) Ustalenie planów zabiegów konserwacyjnych oraz napraw urządzeń energetycznych, chłodniczych, sanitarnych i innych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień lub w ramach usług obcych,

- 5) Zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw i remontów sprzętu i aparatury medycznej poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego,
- 6) Nadzór na działalnością administracyjno-gospodarczą prowadzoną przez podległe komórki organizacyjne,
- 7) Nadzór nad utrzymaniem pomieszczeń WSS i jego otoczenia w należytej czystości i porządku,
- 8) Przygotowywanie planu pracy pionu oraz sprawozdawczości z zakresu swego działania,
- 9) Nadzór nad pracą Działu Eksploatacyjno-Technicznego, Działu Gospodarczego, Działu Aparatury Medycznej i Działu Informatyki.

§ 53

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa należy w szczególności:

- 1) Planowanie, organizowanie i nadzorowanie opieki pielęgniarskiej.
- 2) Udział w planowaniu i realizacji celów i zadań szpitala.
- 3) Szacowanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską i wnioskowanie w sprawie zatrudnienia.
- 4) Zatwierdzanie standardów postępowania i opieki pielęgniarskiej.
- 5) Współpraca z kadrą kierowniczą oddziałów w zakresie organizacji i stosowanych metod pracy pielęgniarek, położnych.
- 6) Zatwierdzanie do wdrożenia dokumentacji związanej ze sprawowaniem opieki nad chorymi.
- 7) Organizowanie i udział w spotkaniach kadry kierowniczej.
- 8) Prowadzenie oceny potrzeb szkoleniowych do realizacji zadań szpitala w zakresie opieki pielęgniarskiej oraz sprawowanej przez położne.
- 9) Nadzór nad doskonaleniem zawodowym wewnątrz zakładowym pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych.
- 10) Współpraca z Uczelniami Medycznymi w zakresie nadzoru nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych realizowanym na terenie szpitala.
- 11) Udział w stałych i zadaniowych zespołach problemowych.
- 12) Udział w komisjach na rzecz zamówień publicznych.
- 13) Udział w postępowaniach konkursowych na pielęgniarskie stanowiska kierownicze.
- 14) Dokonywanie okresowych kontroli realizacji zadań.
- 15) Reprezentowanie kadry pielęgniarskiej na zewnątrz szpitala.

§ 54

1. Do zadań Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych należy w szczególności:

- 1) Zarządzanie rentowością: kontrola przychodów, kontrola kosztów.

- 2) Zarządzanie płynnością: zarządzanie należnościami, zarządzanie zobowiązaniami, zarządzanie zapasami, zarządzanie strukturą kapitałową (planowanie oprocentowanego długu krótko i długoterminowego vs kapitał własny).
- 3) Zarządzanie organizacją i procesami głównymi: wdrażanie systemu premiowania w połączeniu z rentownością i efektywnością działania, wdrażanie systemu controllingu (raportowanie, analiza i ocena wskaźnikowa), zarządzanie procesem zamówień, zakupów i zapasów, zarządzanie zadaniami i projektami wewnętrznymi, analiza i opiniowanie projektów inwestycyjnych i rozwojowych jako element procesu rozwoju Szpitala.
- 4) Nadzór nad sprawozdawczością księgową i finansową zewnętrzną, bieżącym księgowaniem dokumentów księgowych, sporządzaniem sprawozdań finansowych, deklaracji i raportów do instytucji zewnętrznych, naliczanie płac, nadzór i aktualizacja zasad polityki rachunkowości.
- 5) Nadzór nad umowami cywilno-prawnymi, w szczególności nad kontraktami lekarskimi i pielęgniarскими.
- 6) Nadzór i koordynacja komórek organizacyjnych w kwestii pozyskiwania dla Szpitala dodatkowych dochodów oraz zewnętrznych źródeł finansowania, w szczególności środków unijnych.

§ 55

1. Do zadań Kierownika komórki organizacyjnej należy w szczególności:

- 1) kierowanie wydzieloną strukturą organizacyjną oraz powierzonym obszarem zadań zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa i odpowiedzialności za wyniki pracy,
- 2) stałe monitorowanie jakości i efektywności pracy podległego personelu,
- 3) realizacja w stosownym zakresie planu finansowego i inwestycyjnego szpitala,
- 4) wdrażanie zarządzeń i poleceń służbowych Dyrektora,
- 5) wnioskowanie do Dyrektora w sprawach nagradzania i karania pracowników kierowanej komórki organizacyjnej,
- 6) realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital,
- 7) realizacja zaleceń pokontrolnych formułowanych przez organy kontroli zewnętrznej oraz zaleceń wewnętrznych,
- 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.

§ 56

1. Pracownicy podmiotu są odpowiedzialni za zadania określone dla ich stanowisk, a przede wszystkim za:

- 1) dokładną znajomość przepisów prawnych obowiązujących w zakresie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie praw pacjenta, prowadzenia dokumentacji medycznej, zasad realizacji świadczeń określonych w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- 2) właściwe przyjmowanie i obsługę pacjentów,
- 3) dokładne i terminowe wykonywanie powierzonych prac,
- 4) prawidłowe ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentów służbowych.

§ 57

1. Do zadań wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala należy w szczególności:

- 1) realizacja zadań i celów podmiotu, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa oraz niniejszym regulaminie,
- 2) dbałość o należyty wizerunek podmiotu,
- 3) wykonywanie innych czynności określonych w poszczególnych zarządzeniach dyrektora lub jego poleceniach.

2. Komórki organizacyjne podmiotu współpracują ze sobą w zakresie wykonywanych zadań.

3. Komórki organizacyjne podmiotu współuczestniczą w realizacji innych zadań zleconych przez kierownika.

4. Zasady współpracy pomiędzy komórkami określa na bieżąco kierownik.

§ 58

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są pacjentom przez następujące komórki organizacyjne medyczne (wykaz komórek organizacyjnych wg rejestru Wojewody Warmińsko-Mazurskiego):

I. Zakład leczniczy: - Świadczenia Szpitalne

1. Szpital

- 1) szpitalny kliniczny oddział ratunkowy,
- 2) izba przyjęć szpitala,
- 3) oddział kliniczny anestezjologii i intensywnej terapii,
- 4) oddział neurologiczny:
 - a) pracownia EEG,
- 5) oddział udarowy,
- 6) oddział rehabilitacji neurologicznej:
 - a) pracownia fizykoterapii,
 - b) pracownia masażu,
- 7) oddział kardiologiczny:
 - a) pracownia elektrokardiografii spoczynkowej i wysiłkowej,

- b) pracownia hemodynamiki,
 - c) pracownia elektrofizjologii i elektroterapii,
 - d) pracownia badań holterowskich,
 - e) pracownia echokardiografii,
 - 8) oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego,
 - 9) oddział hematologiczny,
 - 10) oddział gastroenterologiczny:
 - a) pracownia endoskopowa,
 - 11) oddział kliniczny okulisty,
 - 12) oddział otolaryngologiczny i onkologii laryngologicznej,
 - 13) oddział chirurgii ogólnej,
 - 14) oddział kliniczny chirurgii naczyniowej,
 - 15) oddział neurochirurgiczny,
 - 16) oddział neonatologii i intensywnej terapii noworodka,
 - 17) oddział kardiochirurgiczny,
 - 18) oddział transplantologiczny:
 - a) Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji,
 - b) Ośrodek Kwalifikujący do Przeszczepiania,
 - 19) blok operacyjny,
 - 20) centralna sterylizatornia,
 - 21) apteka szpitalna:
 - a) pracownia leków recepturowych i galenowych,
 - b) pracownia przygotowywania mieszanin do żywienia pozajelitowego,
 - c) pracownia leków ocznych,
 - d) pracownia leków cytostatycznych,
 - 22) oddział chemioterapii,
 - 23) oddział chirurgii onkologicznej,
 - 24) łóżka obserwacyjne COVID-19.
- 2. Klinika Perinatologii, Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej:**
- 1) oddział kliniczny ginekologiczno-położniczy:
 - a) trakt porodowy,
 - 2) oddział kliniczny ginekologii onkologicznej.
- 3. Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych:**
- 1) oddział kliniczny nefrologiczny, hipertensjologii i chorób wewnętrznych.

4. Klinika endokrynologii, diabetologii i Chorób Wewnętrznych:
 - 1) oddział kliniczny endokrynologiczny, diabetologiczny i chorób wewnętrznych.
5. Klinika Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa:
 - 1) oddział kliniczny ortopedii, traumatologii i chirurgii kręgosłupa.
6. Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej.

II. Zakład leczniczy - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne

1. Przychodnia:

- 1) poradnia okulistyczna II,
- 2) poradnia otolaryngologiczna:
 - a) pracownia audiologiczna,
 - b) pracownia diagnostyki i leczenia zaburzeń równowagi,
- 3) poradnia okulistyczna I:
 - a) pracownia laseroterapii i angiografii,
- 4) poradnia ginekologiczno-położnicza i ginekologii onkologicznej,
- 5) poradnia genetyczna,
- 6) poradnia nadciśnienia tętniczego:
 - a) pracownia kontroli stymulatorów i kardiowerterów,
- 7) poradnia endokrynologiczna,
- 8) poradnia neurologiczna,
- 9) poradnia hematologiczna,
- 10) poradnia diabetologiczna:
 - a) gabinet podstawowy leczenia zespołu stopy cukrzycowej,
- 11) poradnia chorób odzwierzęcych i pasożytniczych,
- 12) poradnia chirurgii onkologicznej,
- 13) poradnia chirurgii naczyniowej,
- 14) poradnia neurochirurgiczna,
- 15) poradnia kardiochirurgiczna,
- 16) poradnia chorób zakaźnych,
- 17) poradnia nefrologiczna,
- 18) poradnia transplantacji nerek,
- 19) poradnia gastroenterologiczna,
- 20) poradnia lekarza zakładowego,
 - a) gabinet lekarski,

- 22) poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej,
- 23) poradnia chirurgii onkologicznej,
- 24) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16a):
 - a) chirurgia ogólna,
 - b) chirurgia onkologiczna,
 - c) chirurgia naczyniowa,
 - d) neurochirurgia,
 - e) kardiochirurgia,
 - f) choroby wewnętrzne,
 - g) choroby zakaźne,
 - h) nefrologia,
 - i) leczenia ran przewlekłych,
- 25) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):
 - a) otolaryngologia,
 - b) okulistyka,
- 26) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):
 - a) położnictwo i ginekologia,
 - b) ginekologia onkologiczna,
- 27) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16b):
 - a) chirurgia onkologiczna,
 - b) okulistyka,
- 28) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18),
- 29) poradnia onkologiczna,
- 30) poradnia urologiczna,
- 31) poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:
 - a) gabinet lekarski,
 - b) gabinet zabiegowy,
- 32) poradnia patologii ciąży,
- 33) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu onkologia kliniczna (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16b),
- 34) poradnia anestezjologiczna,
- 35) poradnia leczenia bólu,

- 36) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu anestezjologia i intensywna terapia (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18),
- 37) poradnia rehabilitacyjna,
- 38) poradnia leczenia ran przewlekłych,
- 39) poradnia chemioterapii,
- 40) gabinet zabiegowy w zakresie chemioterapii (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18),
- 41) gabinet szczepień COVID-19.

2. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne:

- 1) pracownia hematologiczna,
- 2) pracownia koagulologiczna,
- 3) pracownia cytologiczna,
- 4) pracownia biochemiczna,
- 5) pracownia hormonów i białek,
- 6) pracownia analityczna,
- 7) pracownia diagnostyki i kiły,
- 8) punkt pobrań materiału do badań,
- 9) punkt przyjęć materiału do badań,
- 10) punkt rozdziału i przygotowania materiału do badań.

3. Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej:

- 1) pracownia immunologii transfuzjologicznej,
- 2) bank krwi.

4. Zakład Bakteriologii:

- 1) pracownia ogólna,
- 2) pracownia posiewów i rejestracji badań.

5. Zakład Medycyny Nuklearnej:

- 1) pracownia scyntygraficzna,
- 2) poradnia medycyny nuklearnej:
 - a) pracownia gamma-kamery,
 - b) pracownia rozdzowywania izotopów i pokój podawczy izotopów,
- 3) zakład medycyny nuklearnej.

6. Ośrodek Żywienia Klinicznego:

- 1) poradnia dla chorych żywionych poza i dojelitowo w warunkach domowych,
- 2) pracownia żywienia poza i dojelitowo.

7. Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej:

- 1) pracownia mammografii,
- 2) pracownia badań naczyniowych, radiologii zabiegowej i neuroradiologii,
- 3) pracownia radiologii klasycznej,
- 4) pracownia ultrasonografii i biopsji cienkoigłowej,
- 5) pracownia USG i diagnostyki inwazyjnej,
- 6) pracownia tomografii komputerowej,
- 7) pracownia rezonansu magnetycznego.

8. Zakład Patomorfologii:

- 1) pracownia histopatologiczna,
- 2) pracownia cytologiczna,
- 3) pracownia barwień specjalnych (histochemicznych),
- 4) pracownia barwień immunohistochemicznych,
- 5) pracownia badań autopsyjnych,
- 6) prosektorium,
- 7) archiwum,
- 8) pracownia badań molekularnych.

9. Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

- 1) gabinet lekarski,
- 2) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu medycyna rodzinna:
 - a) punkt szczepień.

10. Stacja Dializ

§ 59

1. W ramach podmiotu leczniczego działają również komórki o charakterze administracyjnym.
2. Zakresy zadań poszczególnych komórek organizacyjnych niemedycejskich Szpitala określa załączniki nr 10 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

§ 60

1. Schemat struktury organizacyjnej zakładu leczniczego - świadczenia szpitalne stanowi załącznik nr 7 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
2. Schemat struktury organizacyjnej zakładu leczniczego - ambulatoryjne świadczenia zdrowotne stanowi załącznik nr 8 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.
3. Zakresy czynności poszczególnych komórek organizacyjnych medycznych Szpitala określają załączniki nr 9, 10 do niniejszego Regulaminu Organizacyjnego.

Dział VII. Warunki współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala

§ 61

1. Współdziałanie między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala odbywa się w sposób zapewniający sprawność funkcjonowania Szpitala oraz kompleksowość, dostępność i należyłą jakość udzielanych przez Szpital świadczeń opieki zdrowotnej.
2. W zakresie współdziałania między komórkami organizacyjnymi Szpitala uprawnienia nadzorczo koordynujące posiadają właściwi Dyrektorzy lub osoby przez nich wyznaczone.
3. Ustalono kanały komunikacyjne w szpitalu:
 - 1) Zebrania kadry kierowniczej medycznej z dyrektorem szpitala – 1 raz w tygodniu.
 - 2) Zebrania kadry kierowniczej wszystkich działalności z dyrektorem szpitala – 1 raz w miesiącu.
 - 3) Zarządzenia wewnętrzne, Regulaminy.
 - 4) Procedury i instrukcje.
 - 5) Strona internetowa i intranetowa szpitala.
 - 6) Puls Szpitala – publikacja.

Dział VIII. Warunki współdziałania z innymi świadczeniodawcami i podmiotami zewnętrznymi

§ 62

1. Szpital współpracuje z instytucjami zewnętrznymi celem zapewnienia kompleksowości świadczeń. Zakres, zasady współpracy oraz nadzór nad dostarczaniem świadczeń i usług regulują umowy zawarte pomiędzy podmiotami.
2. Podstawowe świadczenia i usługi realizowane przez podmioty zewnętrzne:
 - 1) Diagnostyka obrazowa: pozytonowa tomografia komputerowa (PET) – realizowana w obrębie posesji Szpitala.
 - 2) Usługi konsultacji specjalistycznych w specjalnościach, których szpital nie posiada.
 - 3) Usługi w zakresie utrzymania higieny szpitala i transportu wewnętrznego.

- 4) Usługi transportu medycznego.
 - 5) Usługa prania bielizny szpitalnej.
 - 6) Usługi dezynfekcji i deratyzacji.
3. Szpital współpracuje z instytucjami realizującymi kształcenie przed i podyplomowe w zawodach medycznych. Udostępnia potencjał intelektualny i bazę dydaktyczną w oparciu o umowy i porozumienia zawarte pomiędzy podmiotami.

Dział IX. Zasady udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, ustalania i pobierania opłat za ich udzielanie

§ 63

1. Podmiot może udzielać świadczeń zdrowotnych zarówno nieodpłatnie, jak i odpłatnych.
2. Świadczenia zdrowotne będą udzielane nieodpłatnie, w razie zawarcia przez WSS w Olsztynie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia, w zakresie objętym umową na rzecz osób ubezpieczonych, bądź innych osób uprawnionych. W wypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z NFZ, Szpital nie może pobierać żadnych dodatkowych opłat od pacjentów.
3. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne odpłatne), pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot odpłatnie, stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu.

§ 64

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych, pozostaje bez wpływu na ustaloną kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz o warunkach uzyskania takiego świadczenia.
4. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia i uzależnia jego udzielenie od uprzedniego uiszczenia opłaty.
5. Wysokość opłat na świadczenia zdrowotne udzielone osobom innym, niż ze środków publicznych ustala Dyrektor, uwzględniając rzeczywiste koszty udzielania świadczeń zdrowotnych.

6. Środki finansowe od pacjentów przyjmowane są w kasie Szpitala lub w innym miejscu wyznaczonym, przed wykonaniem świadczenia lub po wykonaniu świadczenia.
7. Zapłata za wykonane odpłatne świadczenia zdrowotne może być dokonana gotówką, kartą lub przelewem na wskazany rachunek bankowy.
8. Na życzenie pacjenta, każdorazowo za zrealizowanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego, wystawiana jest faktura VAT.
9. Szczegółowe zasady przyjmowania środków finansowych określają Instrukcja gospodarki kasowej oraz procedury wewnętrzne.
10. Środki finansowe uzyskane z odpłatnych świadczeń zdrowotnych są przeznaczane na działalność statutową Szpitala.

Dział X. Kontrola zarządcza

§ 65

1. W szpitalu obowiązują następujące zasady kontroli zarządczej:
 - 1) kontrolę zarządczą w jednostkach sektora finansów publicznych stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy.

§ 66

1. Celem kontroli zarządczej jest zapewnienie w szczególności:
 - 1) zgodności działalności z przepisami prawa oraz procedurami wewnętrznymi;
 - 2) skuteczności i efektywności działania;
 - 3) wiarygodności sprawozdań;
 - 4) ochrony zasobów;
 - 5) przestrzegania i promowania zasad etycznego postępowania;
 - 6) efektywności i skuteczności przepływu informacji;
 - 7) zarządzania ryzykiem.

§ 67

1. Zapewnienie funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej należy do obowiązków Dyrektora i kierowników komórek organizacyjnych Szpitala.

§ 68

1. W szpitalu za funkcjonowanie kontroli zarządczej, w ramach swoich kompetencji i zadań, odpowiadają również:
 - 1) kierownik sekcji kontroli zarządczej,
 - 2) pozostali pracownicy,
 - 3) zespoły problemowe powoływane stale i doraźnie – w zakresie ustalonym przez Dyrektora.

§ 69

1. Wprowadza się w Szpitalu zgodnie z Komunikatem nr 23 Ministra Finansów z dn. 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych model kontroli zarządczej oparty o następujące elementy:

1) środowisko wewnętrzne:

- a) przestrzeganie wartości etycznych,
- b) kompetencje zawodowe,
- c) struktura organizacyjna,
- d) delegowanie uprawnień.

2) cele i zarządzanie ryzykiem:

- a) misja,
- b) określenie celów i zadań, monitorowanie i ocena ich realizacji,
- c) identyfikacja ryzyka,
- d) analiza ryzyka,
- e) reakcje na ryzyko.

3) mechanizmy kontroli:

- a) dokumentowanie systemu kontroli zarządczej,
- b) nadzór,
- c) ciągłość działalności,
- d) ochrona zasobów,
- e) szczegółowe mechanizmy kontroli operacji finansowych i gospodarczych,
- f) mechanizmy kontroli dotyczące systemów informatycznych.

4) informacja i komunikacja:

- a) bieżąca informacja,
- b) komunikacja wewnętrzna,
- c) komunikacja zewnętrzna.

5) monitorowanie i ocena:

- a) samoocena,
- b) audyt wewnętrzny,
- c) uzyskanie zapewnienia o stanie kontroli zarządczej.

§ 70

1. Do oceny funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Szpitalu uprawnieni są:

- 1) Dyrektor,**
- 2) Zastępcy Dyrektora,**

- 3) Kierownicy komórek organizacyjnych,
- 4) Zespoły lub pracownicy – w zakresie ustalonym przez Dyrektora.

Dział XI. Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji

§ 71

1. Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji powołane zostało Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora.
2. Warmińsko-Mazurskim Biurem Koordynacyjno-Organizacyjnym ds. Transplantacji kieruje ordynator lub inna osoba wyznaczona przez Dyrektora.
3. Do zadań Biura należy w szczególności:
 - 1) koordynacja działalności transplantacyjnej w województwie warmińsko-mazurskim oraz ustawiczna praca nad jej rozwojem,
 - 2) organizacja i koordynacja pobierania oraz przeszczepiania narządów i tkanek (współpraca z Centrum Organizacyjno- Koordynacyjnym ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”, zespołami pobierającymi narządy i tkanki na terenie województwa warmińsko-mazurskiego oraz z Pracownią Zgodności Tkankowej Instytutu Transplantologii WUM w Warszawie),
 - 3) logistyczna i merytoryczna pomoc przy: identyfikacji potencjalnych dawców narządów (żywych i zmarłych), rozpoznaniu śmierci mózgu, klinicznym podtrzymaniu parametrów życiowych potencjalnych dawców, rozmowach z rodzinami potencjalnych dawców w celu uzyskania akceptacji bliskich krewnych zmarłego do zamysłu pobrania narządów, rozmowach z przedstawicielami prokuratury i przedstawicielami sądów rodzinnych,
 - 4) koordynacja pracy zespołów transplantacyjnych w Szpitalu oraz ich działania poza terenem macierzystej jednostki,
 - 5) współpraca z zespołami transplantacyjnymi z innych ośrodków transplantacyjnych przy pobraniach wielonarządowych,
 - 6) dokonywanie ocen poziomu i jakości usług medycznych w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
 - 7) wdrażanie, w szpitalach województwa warmińsko-mazurskiego, Programu Rozwoju Przeszczepiania Narządów realizowanego pod patronatem Ministra Zdrowia RP w ramach programu Polskiej Unii Transplantacyjnej realizowanego pod nazwą „Partnerstwo dla Transplantacji”,
 - 8) współpraca z Krajową Radą Transplantacyjną oraz z Ministerstwem Zdrowia RP,
 - 9) współpraca z Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym do spraw Transplantacji „POLTRANSPLANT” oraz z Centralnym Rejestrem Sprzeciwów MSWiA na pobranie komórek,

tkanek i narządów,

10) współdziałanie z organizacjami i instytucjami krajowymi oraz międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie przeszczepiania narządów,

11) gromadzenie dokumentacji dotyczącej: dokonywania pobrań narządów oraz zabiegów przeszczepów poszczególnych narządów, decyzji wyboru odpowiednich biorców oraz uzyskanych wyników bezpośrednich i odległych (realizacja ustawowo wymaganej, okresowej aktualizacji danych dotyczących biorców narządów w Krajowym Rejestrze Przeszczepień),

12) przygotowywanie i prowadzenie przedmiotowych analiz dotyczących realizacji Programu Przeszczepiania Narządów w Szpitalu,

13) prowadzenie szeroko rozumianej działalności informacyjnej w zakresie pozyskiwania komórek, tkanek i narządów w celu ratowania życia i zdrowia (promocja idei przeszczepiania narządów w społeczeństwie województwa warmińsko-mazurskiego oraz w lokalnych społecznościach: szkołach, seminariach duchownych, zakładach pracy, etc.),

14) opiniowanie wszelkich nowych zamierzeń i działań w zakresie transplantologii w skali lokalnej i ogólnopolskiej,

15) wnioskowanie, w oparciu o kryteria medyczne, zmian sposobu tworzenia list potencjalnych biorców oczekujących na przeszczepianie narządów, szpiku i innych regenerujących się komórek i tkanek (współpraca w tym zakresie z Krajową Listą Oczekujących /KLO/ oraz Centralnym Rejestrem Szpiku),

16) prowadzenie krajowego Rejestru Żywych Dawców narządów (nerek, wątroby) w odniesieniu do rejonu województwa Warmińsko-Mazurskiego,

17) prowadzenie Rejestru Zdarzeń Niepożądanych w zakresie transplantologii klinicznej oraz przekazywanie stosownych raportów do Centralnego Rejestru Zdarzeń Niepożądanych prowadzonego przez Centrum Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”,

18) organizowanie konferencji naukowych: studenckich i specjalistycznych w skali regionalnej, ogólnokrajowej i międzynarodowej,

19) prowadzenie działalności edukacyjnej, dydaktycznej i naukowej w ramach współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie oraz z innymi instytucjami naukowymi w kraju i zagranicą,

20) prowadzenie i promowanie działalności publicystycznej w zakresie transplantologii,

21) nadzór bieżący nad działalnością koordynatorów szpitalnych zatrudnionych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (promowanie aktywności w: pozyskiwaniu dawców, organizowaniu szkoleń dla lokalnego personelu medycznego w zakresie problematyki związanej z

rozwojem transplantologii, organizowaniu szkoleń w tym zakresie dla lokalnych społeczności, etc.),

22) opracowywanie okresowych raportów z działalności Biura oraz z realizacji Programu Przeszczepiania Narządów w Szpitalu.

Dział XII. Ośrodek Kwalifikujący do Przeszczepienia (Ośrodek)

§ 72

1. Do zadań Ośrodka należy w szczególności:

- 1) rejestracja potencjalnych biorców zgłaszanych przez podmioty lecznicze inne niż dokonujące przeszczepienia oraz przez stacje dializ,
- 2) potwierdzanie zgłoszenia potencjalnego biorcy,
- 3) gromadzenie informacji dotyczących potencjalnego biorcy, takich jak:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) data i miejsce urodzenia,
 - c) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji,
 - d) numer PESEL, jeżeli posiada,
 - e) rozpoznanie lekarskie,
 - f) grupa krwi i Rh,
 - g) rodzaj planowanego przeszczepienia,
 - h) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu kryteriów medycznych,
 - i) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia,
 - j) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

2. Ośrodek przyjmuje zgłoszenia potencjalnego biorcy do przeszczepienia w celu oceny jego stanu zdrowia na podstawie przedstawionej dokumentacji medycznej.

§ 73

1. Za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia odpowiedzialny jest zespół złożony z lekarzy o odpowiednich specjalnościach, zwany dalej „Zespołem”.
2. Skład Zespołu oraz lekarza kierującego pracami Zespołu wyznacza Dyrektor Szpitala odrębnym zarządzeniem.

§ 74

1. W ramach kwalifikacji Zespół dokonuje przeglądu otrzymanej w ramach zgłoszenia dokumentacji medycznej potencjalnego biorcy i oceny jego stanu zdrowia.
2. W przypadku gdy ocena stanu zdrowia potencjalnego biorcy zakwalifikowanego wstępnie wymaga

uzupełnienia Zespół, w ramach jej weryfikacji, zleca przeprowadzenie:

- 1) uzupełniających badań specjalistycznych, w tym konsultacji lekarskich lub
 - 2) specjalistycznych badań laboratoryjnych, w tym typowania tkankowego, poziomu przeciwciał,
3. Po przeprowadzonej kwalifikacji Ośrodek kwalifikujący zawiadamia podmiot leczniczy lub stację dializ, które zgłosiły potencjalnego biorcę, o zakwalifikowaniu albo nie zakwalifikowaniu potencjonalnego biorcy do przeszczepienia; zawiadomienie przesyła się przesyłką poleconą lub drogą elektroniczną.

§ 75

1. Zgromadzone dane o kwalifikowanych potencjalnych biorcach Ośrodek umieszcza w aktualizowanej na bieżąco bazie danych.
2. Dane o których mowa w ust. 1 Ośrodek przechowuje w formie elektronicznej w sposób zabezpieczający przed ich utratą i dostępem osób nieuprawnionych.
3. Działania związane z obiegiem informacji i dokumentacji prowadzą koordynatorzy transplantacyjni wraz z Zespołem.

§ 76

1. Zespół dokonuje kwalifikacji potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności przeszczepienia jako:
 - 1) zwykła - według kolejności zgłoszenia na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie, zwaną dalej „listą”.
 - 2) pilna - z pominięciem kolejności zgłoszenia na listę, jeżeli lekarz leczący stwierdzi, że potencjalny biorca jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.
2. Określenie pilności przeszczepienia wymaga uzasadnienia.
3. Zmiana określenia pilności przeszczepienia może nastąpić w każdym czasie na wniosek lekarza leczącego potencjalnego biorcę. Wniosek taki wymaga uzasadnienia, szczególnie w przypadku gdy zostanie stwierdzone, że potencjalny biorca jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.
4. Do wniosku, lekarz leczący potencjalnego biorcę, powinien dołączyć odpowiednią dokumentację.

§ 77

1. Zespół, ustalając pilność przeszczepienia u potencjonalnego biorcy, uwzględnia następujące kryteria:
 - 1) wykluczenie albo dopuszczenie niezgodności immunologicznej między potencjalnym dawcą i potencjalnym biorcą,
 - 2) warunki doboru anatomicznego potencjonalnego dawcy i potencjonalnego biorcy,
 - 3) dopuszczalny wiek potencjonalnego dawcy i potencjonalnego biorcy,

- 4) przewidywane efekty przeszczepienia,
- 5) czas oczekiwania na przeszczepienie,
- 6) aktualny stan zdrowia potencjonalnego biorcy.

§ 78

1. Lekarz kierujący Zespołem zgłasza potencjalnego biorcę zakwalifikowanego do przeszczepienia narządów na krajową listę osób oczekujących na przeszczepienie.
2. Krajową listę oczekujących na przeszczepienie prowadzi Centrum Organizacyjno - Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.
3. Zgłoszenie zawiera:
 - 1) imię i nazwisko potencjonalnego biorcy,
 - 2) datę i miejsce urodzenia potencjonalnego biorcy,
 - 3) adres miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji potencjonalnego biorcy,
 - 4) numer PESEL potencjonalnego biorcy,
 - 5) rozpoznanie lekarskie,
 - 6) grupę krwi i Rh potencjonalnego biorcy,
 - 7) rodzaj planowanego przeszczepienia;
 - 8) pilność przeszczepienia według aktualnie obowiązujących dla danego rodzaju przeszczepu
 - 9) kryteriów medycznych,
 - 10) imię, nazwisko oraz miejsce wykonywania zawodu lekarza dokonującego zgłoszenia;
 - 11) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.
4. Zgłoszenie na listę zawiera również:
 - 1) określenie pilności przeszczepienia,
 - 2) uzasadnienie pilności przeszczepienia- w przypadku określenia pilności przeszczepienia.

Dział XIII. Centrum urazowe w Szpitalu (CU WSS)

§ 79

1. Zadaniem Centrum Urazowego jest przyjmowanie oraz kompleksowa diagnoza i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie terapii ciężkich, mnogich lub wielonarządowych.
2. CU WSS działa na bazie SKOR, OIT, oddziałów zabiegowych i bloku operacyjnego będących w zasobach Szpitala oraz zatrudnionego w wyżej wymienionych oddziałach personelu.

§ 80

1. Zgodnie z Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Szpitala w skład zespołu urazowego wchodzi:

- 1) lekarz SKOR – specjalista medycyny ratunkowej,
- 2) lekarz specjalista z zakresu chirurgii ogólnej/ortopedii neurochirurgii/ chirurgia naczyniowa,
- 3) lekarz specjalista z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii.

§ 81

1. Pracą zespołu urazowego kieruje kierownik zespołu.
2. W razie potrzeby w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego kierownik zespołu może do zespołu powołać specjalistów z innych dziedzin medycyny.

§ 82

1. Zespół urazowy ma zapewniony 24 godziny dostęp do:
 - 1) USG, USG –Doppler,
 - 2) RTG,
 - 3) Echokardiografii,
 - 4) angiografii i radiologii interwencyjnej,
 - 5) diagnostyki laboratoryjnej, w tym mikrobiologicznej,
 - 6) gastrokopii, kolonoskopii i bronchofiberoskopii,
 - 7) CT, MRI,
 - 8) pracownia immunologii transfuzjologicznej,
 - 9) konsultacji specjalistycznych - laryngologia/okulistyka/ginekologia/kardiochirurgia/gastroenterologia.

§ 83

1. Osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum urazowym w przypadku, gdy jest pacjentem urazowym w rozumieniu art. 3 pkt. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, spełniającym następujące kryteria:
 - 1) występujące co najmniej dwa spośród następujących obrażeń anatomicznych:
 - a) penetrujące rany głowy lub tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha,
 - b) amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia,
 - c) rozległe zmiżdżenie kończyn,
 - d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
 - e) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów,
 - f) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy;
 - 2) występują co najmniej dwa spośród następujących zaburzeń parametrów fizjologicznych:
 - a) ciśnienie skurczowe krwi równe lub poniżej 80 mm Hg,

- b) tętno co najmniej 120 na minutę,
- c) częstość oddechu poniżej 10 lub powyżej 29 na minutę,
- d) stan świadomości w skali Glasgow (GCS) równy lub poniżej 8,
- e) saturacja krwi tętniczej równa lub poniżej 90%.

§ 84

1. Zasady postępowania z pacjentem urazowym w CU WSS:

- 1) w przypadku zakwalifikowania pacjenta do przyjęcia do CU WSS lekarz z SKOR uruchamia procedurę urazową.
- 2) informacja o uruchomieniu procedury urazowej zostanie przekazana do zespołu urazowego telefonicznie.
- 3) po zapoznaniu się z informacją odnośnie stanu pacjenta urazowego kierownik wraz z zespołem urazowym oczekują na pacjenta w szpitalnym klinicznym oddziale ratunkowym.
- 4) w przypadku pacjenta urazowego przywiezionego do SOR przez osoby postronne, pielęgniarka/ratownik medyczny dokonuje wstępnej oceny stanu pacjenta (TRIAGE) i zawiadamia lekarza SKOR.
- 5) w SKOR przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych.
- 6) kierownik zespołu urazowego koordynuje pracę zespołu i personelu medycznego (pielęgniarki i ratownik medyczny) przydzielając konkretne zadania poszczególnym członkom zespołu wydając jasne polecenia. Odchylenia od stanu prawidłowego są oznajmiane w taki sposób aby cały zespół urazowy był dobrze zapoznany ze wszystkimi obrażeniami. Kierownik zespołu dba o to żeby praca była wykonywana szybko i skutecznie z zachowaniem spokoju.
- 7) po stabilizacji chorego i ustalonej diagnozie pacjent urazowy może trafić do:
 - a) bezpośrednio na blok operacyjny,
 - b) oddziału intensywnej terapii,
 - c) sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego oddziału zabiegowego.
- 8) dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego w centrum urazowym odbywa się w oddziale wskazanym przez kierownika zespołu urazowego.

§ 85

1. Podział dokumentacji medycznej pacjenta urazowego w CU WSS:

- 1) historię choroby SOR oznaczoną czerwoną, pionową kreską,
- 2) kartę konsultacyjną oznaczoną czerwoną, pionową kreską,
- 3) kartę obserwacyjną pacjenta oznaczoną czerwoną, pionową kreską.

§ 86

1. Szpital, w którym znajduje się centrum urazowe dysponuje sprzętem zapewniającym:
 - 1) łączność telefoniczną realizowaną co najmniej przez jednego operatora telefonii stacjonarnej i jednego operatora telefonii mobilnej z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) innymi zakładami opieki zdrowotnej,
 - d) regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolecznictwa.
 - 2) łączność radiową z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego.

Dział XIV. Działanie i funkcjonowanie Zespołu Wczesnego Reagowania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

§ 87

1. Zespół funkcjonuje całodobowo w oparciu o lekarzy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Swoim funkcjonowaniem Zespół obejmuje oddziały:
 - a) Oddział Kliniczny Neurochirurgiczny,
 - b) Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa,
 - c) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej,
 - d) Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej.

§ 88

1. Członkowie Zespołu mają uprawnienia do wykonywania czynności medycznych oraz dokonywania wpisów w dokumentacji medycznej równoważne z pracownikami oddziału wzywanego. Mają prawo dostępu do dokumentacji medycznej w określonym zakresie niezbędnym do realizacji zadań.
2. Miesięczny harmonogram pracy opracowany przez kierownika Zespołu – ordynatora OAiIT. Harmonogram ZWR stanowi integralną część Grafików Zespołów Interwencyjnych WSS w Olsztynie.
3. Decyzję o wezwaniu Zespołu podejmuje lekarz oddziału, a w przypadku braku lekarza pielęgniarka, położna oddziału, w którym przebywa pacjent.
4. Wezwanie zespołu następuje na podstawie ustalonych kryteriów wezwania ZWR po osiągnięciu 7 lub więcej pkt w skali wczesnych objawów ostrzegawczych NEWS.
5. Zespół wzywany jest drogą telefoniczną, tel. komórkowy nr 727 543 241.

6. Wezwany Zespół stawia się w składzie lekarz i /lub pielęgniarka OAiT.
7. Monitorowanie pacjentów po wypisie z OIT sprawowane będzie przez Zespół do 24 godzin, po przeniesieniu do innego oddziału. Planowe wizyty u tych pacjentów będą realizowane w pierwszej kolejności przez pielęgniarkę, tel. 690 483 466 w godzinach 8.00-14.00.
8. Monitorowaniem objęci będą również pacjenci sztucznie wentylowani przebywający poza oddziałem intensywnej terapii, od poniedziałku do piątku, w godzinach 8.00-14.00, nr tel. 690 483 466.
9. Pracownicy oddziału wzywającego odpowiedzialni są za:
 - a) dokonanie oceny stanu pacjenta wg skali wczesnych objawów ostrzegawczych NEWS (National Early Warning Score),
 - b) zabezpieczenie monitora, ssaka, defibrylatora i tacy reanimacyjnej przy pacjencie,
 - c) zabezpieczenie dostępu do żyły obwodowej,
 - d) podtrzymanie czynności życiowych wg potrzeb: wentylacja, uzupełnienie płynów itp.,
 - e) przygotowanie dostępu do dokumentacji medycznej, w tym wyników badań, konsultacji, zapisów z obserwacji i oceny stanu pacjenta, karty zleceń lekarskich,
 - f) obecność i czynne uczestnictwo podczas interwencji Zespołu.

§ 89

1. Zespół Wczesnego Reagowania podejmuje interwencję w ramach dostępności w danym czasie.
2. Zadania i uprawnienia członków Zespołu w miejscu wezwania:
 - a) ocena stanu pacjenta,
 - b) zapoznanie się z dostępną dokumentacją medyczną,
 - c) wstępna stabilizacja stanu pacjenta,
 - d) określenie planu postępowania:
 - stabilizacja i leczenie w miejscu
 - skierowanie na badania dodatkowe i konsultacje
 - skierowanie do innego oddziału, na zabieg, do innego szpitala
 - skierowanie do OIT w WSS lub innego szpitala
 - ustalenie ewentualnej wizyty kontrolnej lub częstotliwości raportowania stanu pacjenta telefonicznie co 1,3,6 godzin
 - e) wykonanie wstępnych interwencji medycznych,
 - f) wydanie pisemnych zaleceń,
 - g) rozważenie wnioskowania o zaprzestanie terapii daremnej,
 - h) dokumentowanie działań w historii choroby.

§ 90

1. Działania Zespołu dokumentowane są w dokumentacji interwencji dołączanej do historii choroby i/lub w historii choroby, formie elektronicznej lub papierowej.
2. Decyzja o skierowaniu do OIT opierać się będzie w oparciu ustalone kryteria z uwzględnieniem dostępności miejsc w tym oddziale.
3. Członkowie Zespołu uczestniczą w szkoleniach stacjonarnych oraz za pośrednictwem platformy internetowej zawierającej bazę wiedzy i eksperckie wsparcie merytoryczne.
4. Monitorowanie postępów wdrożenia systemu ZWR realizowane jest poprzez:
 - a) pomiar i analizę w oparciu o zestaw wskaźników
 - b) autoocenę dokonaną przez personel szpitala
 - c) wizytacje oceniające postęp wdrożenia systemu przez zespół projektowy, ekspertów zewnętrznych lub pracowników Ministerstwa Zdrowia.
5. Kierownika i koordynatora systemu Zespołu Wczesnego Reagowania oraz Zespół Wczesnego Reagowania powołano zarządzeniem wewnętrznym dyrektora Szpitala.

Dział XV. Wydawanie pacjentom zaświadczeń, orzeczeń i kopii dokumentacji medycznej oraz odpłatność za ich wydawanie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

§ 91

1. Szpital wydaje pacjentowi bezpłatnie następujące zaświadczenia i orzeczenia lekarskie:
 - 1) pozostające w związku z dalszym leczeniem lub rehabilitacją,
 - 2) orzekające niezdolność do pracy,
 - 3) pozwalające na kontynuowanie nauki,
 - 4) związane z uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych oraz w zorganizowanym wypoczynku,
 - 5) dla celów pomocy społecznej,
 - 6) dla celów wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej,
 - 7) dla celów orzecznictwa o niepełnosprawności,
 - 8) dla celów uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
 - 9) dla celów ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie,
 - 10) uzyskania dodatku lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka.
2. W przypadku orzekania o niezdolności do pracy dla celów rentowych lub ustalania uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych koszty ponosi instytucja zlecająca, czyli ZUS, KRUS lub inne

instytucje emerytalno-rentowe.

3. Koszty wykonywanych badań, orzeczeń lub zaświadczeń wydawanych na zlecenie prokuratury lub sądu są pokrywane przez te instytucje z budżetu państwa.

§ 92

1. Zaświadczenia i orzeczenia płatne wydawane są na wniosek pacjentów, w szczególności w zakresie:
 - 1) orzekania o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych,
 - 2) przyznawania świadczeń z tytułu wypadków przy pracy czy chorób zawodowych, w postępowaniach o odszkodowania, np. dla PZU,
 - 3) orzekania w medycynie pracy (dopuszczające pracownika do pracy na określonym stanowisku), także na rzecz dla uczniów i studentów, w którym do dalszej nauki niezbędna jest książeczka zdrowia lub zaświadczenie o przydatności do wykonywania zawodu,
 - 4) zaświadczeń i orzeczeń o stanie zdrowia dla zakładów pracy lub innych instytucji w celu uzyskania świadczeń rzeczowych lub pieniężnych,
 - 5) zaświadczeń i orzeczeń o stanie zdrowia w celu podjęcia pracy za granicą,
 - 6) zaświadczeń i orzeczeń dla potrzeb sanitarno-epidemiologicznych,
 - 7) zaświadczeń i orzeczeń wydawanych na życzenie pacjenta w innych celach poza leczniczych.
2. Za wydanie orzeczenia lub zaświadczenia określonego w pkt. 1 pacjent zobowiązany jest uiścić opłatę w wysokości 100 zł brutto.
3. Opłatę o której mowa w pkt. 2 pacjent wpłaca w kasie szpitala.
4. Na życzenie, pacjent może uzyskać fakturę VAT. Faktura jest wystawiana, na podstawie dowodu wpłaty, w Sekcji Sprzedaży.

§ 92a

1. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:
 - 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem medycznych czynności ratunkowych, albo w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć;
 - 2) przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku;
 - 3) przez wydanie oryginału za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie

- życia lub zdrowia pacjenta;
- 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na informatycznym nośniku danych.
2. Zdjęcia rentgenowskie wykonane na kliszy, przechowywane przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, są udostępniane za potwierdzeniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu.
 3. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) i przekazanie w sposób określony w ust. 1 pkt 4) i 5), na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów.
 4. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 1 pkt 2) i 5) oraz ust. 3 szpital pobiera opłaty:
 - 1) za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
 - 2) za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
 - 3) za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.), poczynwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.
 5. Opłaty, o której mowa w ust. 4, nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:
 - 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3;
 - 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
 - 3) w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych
 6. Zapis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963, z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887, z późn. zm.).
 7. Szpital, na wniosek osoby uprawnionej, wydaje duplikaty Książeczek Zdrowia Dziecka. Sporządzenie duplikatu jest odpłatne, zgodnie z cennikiem szpitala.

8. Udostępnianie dokumentacji medycznej oraz wydawanie duplikatu Książeczki Zdrowia Dziecka odbywa się w Archiwum Medycznym.

Dział XVI. Koordynowana opieka onkologiczna

Rozdział I. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom posiadającym kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO)

§ 93

1. Sposób postępowania w przypadku pacjenta posiadającego kartę DiLO wystawioną przez lekarza POZ:

- 1) pacjent, który trafi do rejestracji do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS), musi być przyjęty do specjalisty wskazanego w karcie DiLO w przeciągu **14 dni** – pacjent taki zostaje wciągnięty w odrębną kolejkę oczekujących dla pakietu onkologicznego; rejestratorka kseruje pierwszą i drugą stronę karty DiLO z wpisaniem daty wyznaczonej wizyty do specjalisty – karta zostawiona w wyznaczonym miejscu, odbierana jest przez koordynatora;
- 2) lekarz specjalista kieruje pacjenta na **diagnostykę wstępną**, która musi się odbyć w przeciągu **28 dni**; lekarz specjalista otwiera i zamyka etap diagnostyki wstępnej w karcie DiLO w formie elektronicznej, z zaznaczeniem daty rozpoczęcia i zakończenia diagnostyki wstępnej; te same dane uzupełnia w formie papierowej w karcie DiLO pacjenta, bądź drukuje dany etap i podmienia puste karty DiLO z danego etapu;
- 3) po diagnostyce wstępnej lekarz specjalista może skierować pacjenta na zabieg diagnostyczno-leczniczy (wykonanie zabiegu oraz przeprowadzenie konsylium musi się odbyć w przeciągu 28 dni od momentu wpisania pacjenta w kolejkę oczekujących na udzielenie świadczenia) bądź rozpocząć diagnostykę pogłębioną; w przypadku zabiegu operacyjnego otwarcia i zamknięcia etapu w karcie DiLO dokonuje lekarz operujący, te same dane uzupełnia również w formie papierowej;
- 4) pacjent skierowany do zabiegu operacyjnego musi być wpisany w odrębną kolejkę oczekujących (AP-KOLCE);
- 5) po zabiegu operacyjnym, po otrzymaniu wyniku hist. - pat. lekarz operujący kieruje pacjenta na konsylium celem ustalenia dalszego sposobu postępowania, uzupełnia kartę DiLO – strona dotycząca zabiegu diagnostyczno-lечеzniczego;
- 6) pomiędzy zakończeniem diagnostyki wstępnej, a rozpoczęciem diagnostyki pogłębionej nie może upłynąć więcej niż **7 dni**;
- 7) lekarz specjalista kieruje pacjenta na **diagnostykę pogłębioną**, która musi się odbyć w przeciągu **21 dni**; lekarz specjalista otwiera i zamyka etap diagnostyki pogłębionej w karcie

DiLO w formie elektronicznej, z zaznaczeniem daty rozpoczęcia i zakończenia diagnostyki pogłębionej; te same dane uzupełnia w formie papierowej w karcie DiLO pacjenta, bądź drukuje dany etap i podmienia puste karty DiLO z danego etapu;

8) po diagnostyce pogłębionej lekarz specjalista kieruje pacjenta do szpitala, w którym powołane zostaje konsylium celem ustalenia **procesu leczniczego** w terminie nie dłuższym niż **14 dni**; etap rozpoczęcia i zakończenia konsylium oraz kolejne etapy leczenia, w formie elektronicznej i papierowej, uzupełnia lekarz prowadzący pacjenta;

9) po zakończeniu procesu leczniczego kartę DiLO oraz całą dokumentację należy przekazać pacjentowi oraz lekarzowi POZ;

10) wszelkie skierowania na badania diagnostyczne oznaczane są opisem pakiet onkologiczny oraz pieczętą z logo ścieżki onkologicznej;

11) wszelkie wyniki badań odbierane są przez pacjenta bądź pielęgniarkę z poradni specjalistycznej według obecnie obowiązujących procedur w szpitalu; celem łatwiejszego rozpoznania wyniki są zaopatrzone pieczęcią z logo krótkiej ścieżki onkologicznej, zamieszczanej w widocznym miejscu;

12) w przypadku stwierdzenia nowotworu złośliwego lekarz prowadzący ma obowiązek zgłoszenia nowotworu do Krajowego Rejestru Nowotworu, a numer Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego należy wpisać do karty DiLO.

§ 94

1. Jeżeli do poradni specjalistycznej (lub szpitala) trafi pacjent, któremu należy wystawić kartę DiLO (który ma stwierdzony nowotwór złośliwy), obowiązek wydania karty spoczywa na lekarzu AOS (lub szpitala). Dalsza ścieżka postępowania jest identyczna jak w przypadku pacjenta posiadającego już kartę DiLO.

§ 95

1. W przypadku, gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby. Przyjęto założenie niedokonywania zmian w treści karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Rozpoznanie onkologiczne ustalone już po wypisaniu pacjenta ze szpitala należy wpisać do karty DiLO, która jest podstawowym dokumentem zawierającym informacje o stanie zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych udzielanych pacjentowi z chorobą nowotworową na kolejnych etapach diagnostyki i leczenia. Należy również uzupełnić dokumentację zbiorczą (księga

główna przyjęć i wypisów oraz księga chorych oddziałów) o rozpoznanie ustalone po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

§ 96

1. W przypadkach klinicznych, w których potwierdzenie nowotworu złośliwego następuje w wyniku zabiegu diagnostyczno-leczniczego, a pacjent do czasu otrzymania wyniku badania histopatologicznego zostaje wypisany ze szpitala z rozpoznaniem podejrzenia nowotworu, świadczeniodawca obowiązany jest:
 - 1) po otrzymaniu wyniku badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego, uzupełnić historię choroby o rozpoznanie ustalone na jego podstawie, a wynik dołączyć do historii choroby;
 - 2) wydać pacjentowi kartę DiLO (jeżeli pacjent jej nie posiada), nie później niż w dniu konsylium oraz zorganizować konsylium w trybie ambulatoryjnym;
 - 3) dokonać korekty danych sprawozdanych w raporcie statystycznym poprzez wskazanie rozpoznania onkologicznego, o którym mowa w pkt a) oraz numeru karty DiLO-w przypadku rozliczania świadczeń na podstawie karty DiLO.

Rozdział II. Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

§ 97

1. Cel: Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego.
2. Przedmiotem jest diagnostyka i postępowanie terapeutyczne w przypadku wystąpienia raka jelita grubego i odbytnicy we wszystkich stadiach zaawansowania.
3. Bazą organizacyjną jest Oddział Chirurgii Onkologicznej.

§ 98

1. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych i miejsce ich udzielania:
 - 1) Kwalifikacja pacjentów do leczenia szpitalnego z podejrzeniem nowotworu jelita grubego.
 - 2) Diagnostyka i monitorowanie choroby nowotworowej:
 - a) badania obrazowe - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie;
 - b) badania radioizotopowe – PET – realizowane przez Affidea sp. z o.o.;
 - c) procedury endoskopowe i zabiegowe - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie;
 - d) diagnostyka patomorfologiczna oraz ocena biomarkerów predykcyjnych – realizowana przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie;

- e) badania laboratoryjne/biochemiczne - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie;
- f) badania serca - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie;
- g) konsultacje - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie;
- 3) Leczenie zabiegowe - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.
- 4) Teleradioterapia – realizowana przez NU-MED. S.A. Centrum Radioterapii i Usprawniania w Elblągu.
- 5) Brachyterapia - realizowana przez NU-MED. S.A. Centrum Radioterapii i Usprawniania w Elblągu.
- 6) Leczenie systemowe – realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.
- 7) Leczenie skojarzone.
- 8) Leczenie żywieniowe dojelitowe i pozajelitowe - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.
- 9) Porady psychologa lub psychoonkologa - realizowane przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.
- 10) Porada stomijna – realizowana przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.
- 11) Porada żywieniowa - realizowana przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.
- 12) Wsparcie koordynacyjne w zakresie uzyskania świadczeń rehabilitacji leczniczej.
- 13) Wsparcie koordynacyjne w zakresie uzyskania opieki paliatywnej i hospicyjnej.

§ 99

1. Warunki czasowe realizacji świadczenia:

- 1) Centrum zapewnia realizację diagnostyki onkologicznej w terminie nie dłuższym niż 7 tygodni od dnia wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia.
- 2) Badania patomorfologiczne z zastosowaniem metod immunohistochemicznych oraz oznaczeniem czynników predykcyjnych (jeżeli zachodzi konieczność ich oznaczenia) wykonuje się w terminie 14 dni od dnia dostarczenia materiału (z wyjątkiem badań molekularnych, których wykonanie może trwać do 4 tygodni).
- 3) Monitorowanie po zakończonym leczeniu – przez okres do 5 lat z uwzględnieniem obowiązujących schematów prowadzenia procesu „follow-up”, zgodnie z aktualnymi wytycznymi praktyki klinicznej, w ośrodku prowadzącym dotychczasowe leczenie, a następnie przekazanie pacjenta pod opiekę podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

§ 100

1. Organizacja udzielania świadczeń:

- 1) Centrum realizuje i koordynuje realizację świadczenia „Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego” zgodnie z wymaganiami określonymi dla świadczenia.
- 2) W celu zapewnienia realizacji świadczeń najwyższej jakości świadczeniodawca powołał wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, którego skład określony został w procedurze „Postępowanie z pacjentem zakwalifikowanym do diagnostyki i leczenia w szybkiej terapii onkologicznej”.
- 3) Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny realizuje następujące zadania:
 - a) ocenia stan kliniczny oraz planuje i ustala plan postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego dla każdego świadczeniobiorcy pozostającego pod opieką centrum,
 - b) uczestniczy w ustaleniu planu postępowania terapeutycznego dla świadczeniobiorcy pozostającego pod opieką ośrodków współpracujących z centrum.
- 4) Proces terapeutyczny rozpoczyna się po ustaleniu planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny.
- 5) Centrum wyznaczyło koordynatorów organizacyjnych posiadających wiedzę oraz doświadczenie odpowiednie dla realizacji zadań.
- 6) Centrum zapewnia możliwość konsultacji wielospecjalistycznych koniecznych w procesie opieki nad pacjentem.
- 7) Centrum prowadzi edukację zdrowotną świadczeniobiorców na temat nowotworów jelita grubego.
- 8) Do realizacji świadczenia centrum wykorzystuje system telefoniczny, telemedyczny lub teleinformatyczny, który zapewnia:
 - a) możliwość umawiania terminu badań diagnostycznych i wizyt lekarskich lub zmiany tych terminów,
 - b) możliwość skorzystania z porad lub konsultacji specjalistycznych.

§ 101

1. Tryb udzielania świadczenia:

- 1) Diagnostyka: tryb ambulatoryjny lub leczenie jednego dnia lub hospitalizacja lub hospitalizacja planowa.
- 2) Leczenie chirurgiczne: tryb hospitalizacja lub hospitalizacja planowa lub leczenie jednego dnia.
- 3) Radioterapia lub brachyterapia: tryb ambulatoryjny lub leczenie jednego dnia lub hospitalizacja lub hospitalizacja planowa.
- 4) Leczenie farmakologiczne: tryb ambulatoryjny lub leczenie jednego dnia lub hospitalizacja lub hospitalizacja planowa.

- 5) Żywnienie dojelitowe lub pozajelitowe: tryb ambulatoryjny lub leczenie jednego dnia lub hospitalizacja lub hospitalizacja planowa.
- 6) Monitorowanie po zakończonym leczeniu: tryb ambulatoryjny lub leczenie jednego dnia lub hospitalizacja lub hospitalizacja planowa.

§ 102

1. Personel:

- 1) Lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii onkologicznej - koordynuje kompleksową opieką pod względem merytorycznym, odpowiada za ustalenie i realizację planu diagnostyki i leczenia, odpowiada za monitorowanie odległych skutków leczenia.
- 2) Wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny - ocenia stan kliniczny oraz planuje i ustala plan postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego dla każdego pacjenta pozostającego pod opieką centrum, uczestniczy w ustaleniu planu postępowania terapeutycznego dla pacjenta pozostającego pod opieką ośrodków współpracujących z centrum.
- 3) Koordynator organizacyjny - uczestniczy w pracy wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, odpowiada za terminową realizację planu postępowania, w tym za zapewnienie organizacyjne terminów realizacji poszczególnych etapów świadczenia w ramach centrum i w podmiotach współpracujących, gromadzi dane do analizy odległych skutków leczenia.

Dział XVIII. Postanowienia końcowe

§ 103

1. Niniejszy regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie podlega zatwierdzeniu przez Radę Społeczną.
2. Regulamin wchodzi w życie z dniem **23.09.2021 roku**.
3. Wszelkie zmiany w regulaminie mogą być dokonywane po pozytywnym zaopiniowaniu przez Radę Społeczną Szpitala oraz w drodze zarządzenia wewnętrznego Dyrektora Szpitala.

§ 104

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej oraz Kodeksu cywilnego.

Załącznik nr 1 Cennik świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot odpłatnie

1. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne

ANALITYKA OGÓLNA

Lp.	Nazwa procedury	Cena
1	Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	120,00
2	Badanie kału w kierunku pasożytów	20,00
3	Badanie ogólne moczu z osadem	12,00
4	Badanie ogólne płynu stawowego	120,00
5	Badanie w kierunku nuzycy	50,00
6	Białkomocz dobowy	9,00
7	Białko w moczu ilościowo	9,00
8	Dopalacze i narkotyki w moczu (panel)	120,00
9	Fizykalno-morfologiczne badanie nasienia	160,00
10	Glukoza + aceton w moczu	9,00
11	Krew utajona w kale	25,00
12	Kalprotektyna w kale	80,00
13	Mikroalbuminuria w moczu	20,00
14	Pełna analiza składu kamieni moczowych	130,00
15	Płyn z jam ciała – badanie fizyko-chemiczne	120,00
16	Helicobacter Pylorii – antygen	40,00
17	Test na lambie - antygen	26,00
18	Test na obecność narkotyków w moczu	
	a) Morfina - test (morfina, heroína lub tzw. "kompot")	20,00
	b) Benzodiazepina - test	20,00
	c) Amfetamina - test	20,00
	d) Kokaina - test	20,00
	e) THC - (haszysz, marihuana) – test	20,00

HEMATOLOGIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Morfologia krwi podstawowa (krew pełna-EDTA)	9,00
2	Mikroskopowa ocena szpiku kostnego	180,00
3	Morfologia krwi pełna (z obrazem odsetkowym), (krew pełna - EDTA)	11,00
4	OB (krew pełna na cytrynian sodu)	7,00
5	Płytki krwi na cytrynian (krew pełna na cytrynian sodu)	9,00
6	Retikulocyty z frakcjami	12,00
7	Rozmaz krwi obwodowej (krew pełna - EDTA)	12,00
8	Test LE (surowica)	25,00

KOAGULOLOGIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
------------	------------------------	------------------

1	Antytrombina III (osocze NC)	50,00
2	Czas koalinowo-kefalinowy (APTT), (osocze NC)	9,00
3	Czas trombinowy (TT) (osocze cytrynianowe)	10,00
4.	Czynnik VIII (osocze cytrynianowe)	90,00
4	Fibrynogen (osocze NC)	7,00
5	D-dimer (ilościowo) (osocze cytrynianowe)	38,00
6	Test korekcji (osocze cytrynianowe)	50,00
7	Fibrynogen (osocze cytrynianowe)	10,00
8	Wskaźnik protrombinowy (PT) + INR (osocze cytrynianowe)	9,00

BIOCHEMIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
3	Białko całkowite (surowica)	9,00
4	ALAT (surowica)	9,00
5	Albumina w płynie mózgowo-rdzeniowym	15,00
6	Albumina w surowicy	9,00
7	Etanol(surowica)	25,00
8	Amoniak (osocze EDTA)	25,00
9	Amylaza (surowica)	9,00
10	Amylaza (mocz porcjowy)	9,00
11	ASO ilościowo (surowica)	25,00
12	ASPAT (surowica)	9,00
13	B2Mikroglobulina (surowica)	60,00
14	Bilirubina bezpośrednia (surowica)	9,00
15	Bilirubina całkowita (surowica)	9,00
16	Chlorki (surowica)	8,00
17	Chlorki (mocz)	8,00
18	Cholesterol całkowity (surowica)	9,00
19	CK (surowica)	12,00
20	CKMB (surowica)	15,00
21	CRP ilościowo (surowica)	15,00
22	CRP HS (surowica)	30,00
23	Fosfataza alkaliczna (surowica), (ALP)	9,00
24	Fosfor (surowica)	9,00
25	Fosfor (mocz)	9,00
26	Gazometria (krew tetnicza, żylna, włóśniczkowa)	26,00
27	GGTP (surowica)	9,00
28	Glukoza (surowica)	9,00
29	Glukoza (mocz porcjowy)	9,00
30	Glukoza (mocz dobowy)	9,00
31	Haptoglobina (glikolizowana we krwi (HBA1C)	30,00
32	HDL - cholesterol (surowica)	9,00
33	IgA (surowica)	25,00
34	IgG (surowica)	25,00
35	IgM (surowica)	25,00

36	Karbapemazina (surowica)	50,00
37	Klirens kreatyniny (surowica + mocz)	16,00
38	Kreatynina (surowica)	9,00
39	Kreatynina (mocz porcjowy)	9,00
40	Krioglobuliny (surowica) - pobieranie na ciepło	40,00
41	Kwas mlekowy (surowica) - pobieranie na fluorek sodu	25,00
42	Kwas mlekowy (surowica) – płyn mózgowo-rdzeniowy	25,00
43	Kwas moczowy (surowica)	9,00
44	Kwas moczowy (mocz porcjowy)	9,00
45	Kwas moczowy (mocz dobowy)	9,00
46	Kwasy żółciowe (surowica)	70,00
40	Latex RF (surowica)	15,00
41	LDH w surowicy lub w płynach z jam ciała	9,00
42	LDL - cholesterol (surowica)	9,00
43	Lipaza (surowica)	13,00
44	Magnez (surowica)	9,00
45	Magnez (mocz porcjowy)	9,00
46	Magnez (mocz dobowy)	9,00
47	Metanferyny (mocz porcjowy)	180,00
48	Mocznik (surowica)	9,00
49	Mocznik (mocz porcjowy)	9,00
50	Mocznik (mocz dobowy)	9,00
51	Osmolalność (surowica)	20,00
52	Osmolalność (mocz porcjowy)	20,00
53	Potas (surowica)	8,00
54	Potas (mocz porcjowy)	8,00
55	Potas (mocz dobowy)	8,00
56	Rozdział elektroforetyczny (proteinogram), (surowica)	30,00
57	Rozdział elektroforetyczny (proteinogram), (mocz)	60,00
58	Sód (surowica)	8,00
59	Sód (mocz porcjowy)	8,00
60	Sód (mocz dobowy)	8,00
61	Test Wallera-Rosego (surowica)	25,00
62	TIBC (surowica)	15,00
63	Trójglicerydy (surowica)	9,00
64	Wapń (surowica)	9,00
65	Wapń (mocz porcjowy)	9,00
	Wapń (mocz dobowy)	9,00
	Wolne łańcuchy Kappa (surowica)	80,00
	Wolne łańcuchy Lambda (surowica)	80,00
66	Żelazo (surowica)	9,00

IMMUNOCHEMIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	17-OHP (surowica)	80,00

2	Algorytm Roma (surowica)	130,00
3	ACTH (osocze EDTA)	70,00
4	AFP (surowica)	30,00
5	Aldosteron (surowica, osocze EDTA)	65,00
5	Ana Profili (W-B), (surowica)	170,00
6	AMA-ALD Profil (W-B) (surowica)	170,00
7	anty HBS (surowica)	40,00
8	anty HCV (surowica)	40,00
9	anty HIV COMBO (surowica)	80,00
11	Anty- CCP (surowica)	80,00
13	Awidność Toxo IgG (surowica)	70,00
14	BHCG (surowica)	30,00
15	Białko Bence-Jones (immunofiksacja), (mocz)	220,00
16	Białko monoklonalne (immunofiksacja), (surowica)	220,00
17	Białko Pro-BNP (surowica)	100,00
18	Borelioza IgG (surowica)	41,00
19	Borelioza IgG (płyn mózgowo-rdzeniowy)	41,00
20	Borelioza IgG (W-B), (próba potwierdzenia), (surowica)	130,00
21	Borelioza IgG (W-B), (próba potwierdzenia), (płyn mózgowo-rdzeniowy)	130,00
22	Borelioza IgM (surowica)	41,00
23	Borelioza IgM (płyn mózgowo-rdzeniowy)	41,00
24	Borelioza IgM (W-B), (próba potwierdzenia), (surowica)	130,00
25	Borelioza IgM (W-B), (próba potwierdzenia), (płyn mózgowo-rdzeniowy)	130,00
26	Ca 125 (surowica)	40,00
27	Ca 15,3 (surowica)	40,00
28	Ca 19,9 (surowica)	45,00
29	CEA (surowica)	30,00
31	CMV IgG (surowica)	40,00
32	CMV IgM (surowica)	40,00
33	C-peptyd (surowica)	50,00
34	Cyklosporyna (krew EDTA)	90,00
35	DHEA-S (surowica)	35,00
36	EBV IgG (mononukleozą) (surowica)	35,00
37	EBV IgM (mononukleozą) (surowica)	35,00
38	Estradiol (surowica)	28,00
39	Ferrytyna (surowica)	40,00
40	FSH (surowica)	28,00
41	FT3 (surowica)	25,00
42	FT4 (surowica)	25,00
43	GH (surowica) gentamycyna	70,00
44	HbsAg (surowica)	25,00
45	He4 (surowica)	90,00
46	Homocysteina (surowica)	55,00
47	IgF 1 (surowica)	90,00

48	Interleukina 6 (surowica)	100,00
49	Index Linka Tiblinga (PMR + surowica)	150,00
50	Insulina (surowica)	35,00
51	Kortyzol (surowica, ślina)	35,00
51	Kwas foliowy (surowica)	40,00
56	Kwas walproinowy (surowica)	55,00
58	LH (surowica)	30,00
59	MAK (p-ciała antyperoksydazowe) antyTPO (surowica)	40,00
61	Parathormon (surowica)	45,00
62	Prążki oligoklonalne (surowica + płyn mózgowo-rdzeniowy)	300,00
63	Progesteron (surowica)	30,00
64	Prokalcytonina (surowica)	90,00
65	Prolaktyna (surowica)	30,00
66	PSA (surowica)	35,00
67	Rubella IgG (różyczka) (surowica)	40,00
68	Rubella IgM (różyczka) (surowica)	40,00
	SARS-CoV-2 (surowica)	100,00
73	Tacrolimus (krew EDTA)	90,00
74	TAK (p-ciała antyteroglobulinowe) antyTG (surowica)	40,00
76	Testosteron (surowica)	30,00
77	TOXO IgG (surowica)	40,00
78	TOXO IgM (surowica)	40,00
79	Troponina I (surowica)	40,00
80	Troponina T (surowica)	40,00
81	TSH (surowica)	25,00
82	TSH - I (surowica) TSH TRAB (p/ciała p/receptorowi TSH)	75,00
84	Vankomycyna (surowica)	50,00
85	Witamina B12 (surowica)	45,00
86	Witamina D3 (surowica)	60,00

SERODIAGNOSTYKA KŁY

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	FTA (surowica, płyn mózgowo-rdzeniowy)	35,00
2	FTA - ABS (surowica, płyn mózgowo-rdzeniowy)	50,00
3	TPHA (surowica, płyn mózgowo-rdzeniowy)	40,00
4	Syfilis (surowica)	25,00

Badania rzadkie i wysoce specjalistyczne wykonywane są u podwykonawców (na podstawie podpisanych umów)

2. Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej

RADIOLOGIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Badanie przełyku, żołądka, dwunastnicy	120,00
2	Cystografia (bad. pęcherza moczowego, bad. odpływów moczowodowych)	100,00
3	Fistulografia (badanie przetok)	80,00
4	HSG (badanie drożności jajowodów, obrazownie jamy macicy)	100,00
5	Pasaż jelita cienkiego i grubego	100,00

6	Urografia ze środkiem kontrastowym	150,00
7	Badanie jelita grubego WLEW	180,00
8	Zdjęcie czaszki (dwie płaszczyzny), oczodoły, kanały nerwów wzrokowych	50,00
9	Zdjęcie klatki piersiowej (jedna płaszczyzna), miednica, żebra, mostek, jama brzuszna, biodra, klatka piersiowa noworodka, łopatki	50,00
10	Zdjęcie kości długich (dwie płaszczyzny), podudzia, przedramienia, ramienia, uda	50,00
11	Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego lub piersiowego - 2 płaszczyzny	50,00
12	Zdjęcie kręgosłupa szyjnego - 2 płaszczyzny	50,00
13	Zdjęcie stawów (dwie płaszczyzny), zdjęcie stopy, pięty, barku, dłoni, kolana, łokcia, nadgarstka	50,00
14	Zdjęcie uszu (jedna projekcja)	30,00
15	Zdjęcie żuchwy (jedna płaszczyzna), zatoki, kość nosowa, twarzoczaszka, obojczyk	30,00

BADANIA NACZYNIOWE

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Angioplastyka obwodowa	3 000,00
2	Angioplastyka obwodowa z użyciem stentów ¹⁾	3 000,00
3	Angioplastyka obwodowa podudzi	4 000,00
4	Angioplastyka przetok tętniczo-żylnych	2 500,00
5	Aortografia + arteriografia nerkowa wybiórcza	1 200,00
6	Aortografia + pień trzewny lub tętnice krezkowe	1 200,00
7	Aortografia aorty brzusznej	800,00
8	Arteriografia + embolizacja tętnic biodrowych ²⁾	3 000,00
9	Arteriografia + embolizacja tętnicy nerkowej ²⁾	3 000,00
10	Arteriografia + embolizacja innych naczyń obwodowych ²⁾	3 000,00
11	Arteriografia kończyn dolnych (Seldinger)	800,00
12	Arteriografia kończyny bezpośrednie wkłucie	300,00
13	Arteriografia mózgowa od tętnicy udowej dwustronna	900,00
14	Arteriografia mózgowa od tętnicy udowej jednostronna	800,00
15	Arteriografia wybiórcza (Seldinger)	700,00
16	Cavografia /żyła główna	800,00
17	DSA aorty, kończyn dolnych (od żył łokciowych)	400,00
18	Flebografia kończyny dolnej	300,00
19	Flebografia kończyny górnej lub dolnej	300,00
20	Łuk aorty	800,00
21	Panangiografia (3 lub 4 – naczynia)	1 500,00

¹⁾ plus koszt stentów

²⁾ plus koszt materiałów embolizacyjnych, stent – 2000 zł szt.

MAMMOGRAFIA

Lp.	Cena zł	Cena [zł]
1	Biopsja gruboigłowa z badaniem histopatologicznym - jedna zmiana	750,00
2	Biopsja gruboigłowa z badaniem histopatologicznym - dwie i więcej zmian	900,00
3	Galaktografia (badanie kontrastowe przewodów mlekowych)	100,00
4	Mammografia	90,00

5	Mammografia u pacjentek po mastektomii	70,00
6	Zdjęcie kontrolne - 1 szt. lub zdjęcie celowane, powiększone - 1 szt.	35,00

PRACOWNIA ULTRASONOGRAFII I BIOPSI CIENKOIGŁOWEJ

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Biopsja cienkoigłowa narządów wewnętrznych jamy brzusznej	400,00
2	Biopsja cienkoigłowa narządów powierzchniowych (tarczyca, sutek, węzły chłonne, szyja, inne) z badaniem histopatologicznym:	
	a) do dwóch zmian (guzków)	220,00
	b) powyżej dwóch guzków	350,00
3	USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej	120,00
4	USG dopplerowskie tętnic szyjnych i kręgowych	100,00
5	USG przetoki	150,00
6	USG jamy brzusznej	120,00
7	USG tarczycy, sutków i narządów powierzchniowych	100,00
8	USG dopplerowskie żył i tętnic:	
	a) za jedną kończynę	150,00
	b) za dwie kończyny	220,00

PRACOWNIA REZONANSU MAGNETYCZNEGO

LP	Nazwa badania/procedury	Cena [netto zł]
1.	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	500,00
2.	Angiografia MR kończyn dolnych ze wzmocnieniem kontrastowym	600,0
3.	Angiografia MR tętnic szyjnych bez wzmocnienia kontrastowego	500,0
4.	Angiografia MR tętnic szyjnych ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
5.	Angiografia MR ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
6.	Badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie faz ze wzmocnieniem kontrastowym MR	750,00
7.	Cholangiografia MR	500,00
8.	Enerografia MR – jelita – badanie dynamiczne	750,00
9.	MR - badanie dwóch odcinków kręgosłupa- piersiowego i lędźwiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	950,00
10.	MR - badanie dwóch odcinków kręgosłupa- piersiowego i lędźwiowego bez wzmocnienie kontrastowego	850,00
11.	MR - badanie dwóch odcinków kręgosłupa- szyjnego i lędźwiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	950,00
12.	MR - badanie dwóch odcinków kręgosłupa- szyjnego i lędźwiowego bez wzmocnienie kontrastowego	850,00
13.	MR - badanie dwóch odcinków kręgosłupa- szyjnego i piersiowego ez i ze wzmocnieniem kontrastowym	950,00
14.	MR - badanie dwóch odcinków kręgosłupa- szyjnego i piersiowego bez wzmocnienie kontrastowego	850,00
15.	MR - badanie trzech odcinków kręgosłupa (szyjny, piersiowy, lędźwiowy) - bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 100,00
16.	MR - badanie trzech odcinków kręgosłupa (szyjny, piersiowy, lędźwiowy) - bez wzmocnienia kontrastowego	1 000,00
17.	MR - badanie trzech odcinków kręgosłupa (szyjny, piersiowy, lędźwiowy) - bez	000,00

	wzmocnienia kontrastowego	
18.	MR głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
19.	MR głowy bez wzmocnienia kontrastowego	500,00
20.	MR głowy i kręgosłupa szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 000,00
21.	MR głowy i kręgosłupa szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	900,00
22.	MR gruczołu krokowego - badanie dynamiczne	750,00
23.	MR jamy brzusznej – badanie dynamiczne	750,00
24.	MR jamy brzusznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
25.	MR jamy brzusznej bez wzmocnienia kontrastowego	500,00
26.	MR jamy brzusznej lub miednicy małej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
27.	MR jamy brzusznej lub miednicy małej bez wzmocnienia kontrastowego	500,00
28.	MR kanału rdzeniowego - kręgosłupa	450,00
29.	MR kanału rdzeniowego – rdzeń kręgowy	450,00
30.	MR klatki piersiowej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	850,00
31.	MR klatki piersiowej bez wzmocnienia kontrastowego	600,00
32.	MR kolana bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
33.	MR kolana bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
34.	MR kolana prawego i lewego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	750,00
35.	MR kolana prawego i lewego bez wzmocnienia kontrastowego	700,00
36.	MR kończyny dolnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
37.	MR kończyny dolnej bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
38.	MR kończyny górnej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
39.	MR kończyny górnej bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
40.	MR kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
41.	MR kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka lędźwiowego (lędźwiowo-krzyżowego) bez wzmocnienia kontrastowego	450,00
42.	MR kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
43.	MR kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka piersiowego bez wzmocnienia kontrastowego	450,00
44.	MR kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
45.	MR kręgosłupa lub kanału kręgowego na poziomie odcinka szyjnego bez wzmocnienia kontrastowego	450,00
46.	MR miednicy bez wzmocnienia kontrastowego	500,00
47.	MR miednicy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
48.	MR mózgu i pnia mózgu bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
49.	MR mózgu i pnia mózgu bez wzmocnienia kontrastowego	500,00
50.	MR nadgarstka bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
51.	MR nadgarstka bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
52.	MR oczodołów bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
53.	MR oczodołów bez wzmocnienia kontrastowego	450,00
54.	MR Piersi – badanie dynamiczne	750,00
55.	MR przysadki - badanie dynamiczne	600,00
56.	MR splotu barkowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
57.	MR splotu barkowego bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
58.	MR stawów biodrowych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
59.	MR stawów biodrowych bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
60.	MR stawów krzyżowo-biodrowych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	550,00

61.	MR stawów krzyżowo-biodrowych bez wzmocnienia kontrastowego	600,00
62.	MR stawu łokciowego bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
63.	MR stawu ramiennego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
64.	MR stawu ramiennego bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
65.	MR stawu ramiennego prawego i lewego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	750,00
66.	MR stawu ramiennego prawego i lewego bez wzmocnienia kontrastowego	650,00
67.	MR stawu skokowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
68.	MR stawu skokowego bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
69.	MR szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	600,00
70.	MR szyi bez wzmocnienia kontrastowego	500,00
71.	MR trzustki - badanie dynamiczne	750,00
72.	MR twarzoczaszki bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
73.	MR twarzy	650,00
74.	MR uda/podudzia bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650,00
75.	MR uda/podudzia bez wzmocnienia kontrastowego	550,00
76.	MR wątroby - badanie dynamiczne	750,00
77.	Neuronawigacja MR z traktografią	700,00
78.	Rezonans magnetyczny serca - badanie czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	900,00
79.	Rezonans magnetyczny serca badanie czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 100,00
80.	Spektroskopia - MR	700,00
81.	MR Wątroby z kontrastem hepatotropowym	1 000,00

Badania bakteriologiczne- podmioty zewnętrzne (np.NZOZ,itd.)

LP	NAZWA BADANIA/PROCEDURY	Cena (zł)
1.	Posiew wymazu z nosa w kierunku bakterii tlenowych	30,00
2.	Posiew wymazu z gardła, migdałków w kierunku bakterii tlenowych	35,00
3.	Posiew wymazu z gardła na nosicielstwo Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae /Hodowla w warunkach mikroaerofilnych	40,00
4.	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych (jama ustna, kał, inne)	40,00
5.	Posiew wydzieliny z ucha w kierunku bakterii tlenowych i grzybów drożdżopodobnych	40,00
6.	Wykrywanie antygenu SARS-CoV-2	100,00
7.	Posiew płwociny w kierunku bakterii tlenowych i grzybów drożdżopodobnych	40,00
8.	Wykrywanie antygenu Streptococcus pneumoniae w moczu (metoda immunochromatograficzna)	50,00
9.	Posiew ginekologiczny (pochwa, srom, wody płodowe, szyjka macicy, jama macicy) w kierunku bakterii tlenowych i grzybów drożdżopodobnych	45,00
10.	Posiew ginekologiczny w kierunku bakterii beztlenowych / Hodowla w warunkach beztlenowych	45,00
11.	Posiew wymazu z przedsionka pochwy i/lub odbytu w kierunku GBS (Streptococcus agalactiae)	37,00
12.	Posiew wymazu z dróg moczowo płciowych (cewka moczowa, napletek, nasienie) w kierunku bakterii tlenowych i grzybów drożdżopodobnych	45,00
13.	Biocenoza pochwy - Stopień czystości pochwy (BV)	30,00
14.	Posiew moczu	35,00
15.	Posiew wymazu z rany, owrzodzenia, ropnia, odleżyny, stopy cukrzycowej,	70,00

	płynu stawowego, materiału ropnego w kierunku flory tlenowej i beztlenowej	
16.	Posiew wymazu ze zmian skórnych w kierunku flory tlenowej	60,00
17.	Posiew wymazu z worka spojówkowego w kierunku bakterii tlenowych	40,00
18.	Posiew w kierunku nosicielstwa MRSA (wymaz z nosa lub gardła lub odbytu lub inne)	35,00
19.	Posiew w kierunku VRE (wymaz z odbytu lub inne)	35,00
20.	Posiew w kierunku ESBL (wymaz z odbytu lub inne)	35,00
21.	Posiew wymazu w kierunku KPC, MBL, OXA 48 (wymaz z odbytu lub inne)	60,00
22.	Wykrywanie antygeny GDH i toksyn A/B Clostridioides difficile	90,00
23.	Wykrywanie antygenów Rotawirusów i Adenowirusów w kale (metoda immunochromatograficzna)	65,00
24.	Oznaczenie wrażliwości na kolistynę metodą mikrorozcieńczeń w bulionie	80,00
25.	Zabezpieczenie i przechowanie szczepu	35,00
26.	Badanie czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego – 1 badanie	45,00
27.	Identyfikacja pałeczek CPS	8,00
28.	Identyfikacja Moraxella BC	9,00
29.	Identyfikacja enterokoków metodą płytkową	12,00
30.	Identyfikacja S.pneumoniae - OPTOCHINA	12,00
31.	Identyfikacja Haemophilus BX, BV, BVX	13,00
32.	Staphylococclumping Test	8,00
33.	Slidex MRSA Kit	55,00
34.	Identyfikacja paciorkowców metodą lateksową- Slidex Strept (A, B, C, D, F, G)	30,00
35.	Identyfikacja paciorkowców metodą lateksową- Slidex Strept (A, B)	25,00
36.	Slidex Pneumo Kit	25,00
37.	Identyfikacja szczepów bakteryjnych podłoże Chappman	7,00
38.	Identyfikacja grzybów drożdżopodobnych podłoże Candida	12,00
39.	Identyfikacja pałeczek metodą manualną RapID One System	40,00
40.	Identyfikacja beztlenowców metodą manualną RapID ANA	40,00
41.	Identyfikacja grzybów metodą manualną RapID Yeast Plus	40,00
42.	Identyfikacja pałeczek metodą automatyczną VITEK GN	50,00
43.	Identyfikacja ziarenkowców metodą automatyczną VITEK GP	50,00
44.	Identyfikacja bakterii mikroaerofilnych – metodą automatyczną VITEK NH	50,00
45.	Identyfikacja beztlenowców – metodą automatyczną VITEK ANC	60,00
46.	Identyfikacja grzybów metodą automatyczną VITEK YST	55,00
47.	Antybiogram metodą dyfuzyjno – krążkową 2 PAŁECZKI (niefermentujące)	45,00
48.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową 1 PAŁECZKI (podstawowy)	40,00
49.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową 3 PAŁECZKI (rozszerzony)	50,00
50.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową 1 GRONKOWCE (podstawowy)	40,00
51.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową 2 GRONKOWCE (rozszerzony)	45,00
52.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową ENTEROKOKI	40,00
53.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową PACIORKOWCE BETA	40,00
54.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową PNEUMOKOKI, PACIORKOWCE VIR	50,00
55.	Antybiogram metodą dyfuzyjno-krążkową HAEMOPHILUS	50,00
56.	Antybiogram metodą automatyczną VITEK ENTEROKOKI AST 643	60,00
57.	Antybiogram metodą automatyczną VITEK GRONKOWCE AST 644	60,00
58.	Antybiogram metodą automatyczną VITEK PACIORKOWCE AST ST03	60,00
59.	Antybiogram metodą automatyczną VITEK PAŁECZKI I AST 330	60,00
60.	Antybiogram metodą automatyczną VITEK PAŁECZKI II AST 331	60,00
61.	Antybiogram metodą automatyczną VITEK PAŁECZKI III AST 332	60,00

62.	Antybiogram metodą automatyczną VITEK GRZYBY AST-YS08	60,00
63.	Określenie wrażliwości bakterii metodą E-test (1 test)	60,00
64.	Określenie wrażliwości grzybów metodą E-test (1 test)	70,00
65.	Wykrywanie mechanizmów oporności metodą dyfuzyjno krążkową	60,00
66.	Wykrywanie mechanizmów oporności metodą dyfuzyjno krążkową- ESBL/AMPC	35,00
67.	Wykrywanie mechanizmów oporności metodą immunochromatograficzną	100,00
68.	Preparat Grama	20,00
69.	Wykrywanie DNA Staphylococcus aureus	300,00
70.	Wykrywanie genów oporności na wankomycynę (vanA, vanB) u Enterococcus	300,00
71.	Wykrywanie genów karbapenemaz KPC, MBL, OXA-48	320,00
72.	Wykrywanie genów toksyny B, toksyny binarnej, szczepu hiperepidemicznego 027/NAP1/B1 C.difficile	320,00
73.	Wykrywanie wirusa RSV i wirusów grypy A i B	350,00
74.	Wykrywanie SARS-CoV-2	350,00
75.	Panel górne drogi oddechowe	700,00
76.	Wykrywanie genotypów Norowirusa G I I G II w kale	300,00

Lp.	Nazwa badania/procedury	Cena [zł]
Zakażenia dróg oddechowych		
1.	Posiew wymazu z nosa z identyfikacją i antybiogramem	60,00
2.	Posiew wymazu z gardła, migdałków z identyfikacją i antybiogramem	60,00
3.	Posiew wymazu z gardła na nosicielstwo Neisseria meningitidis, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae	65,00
4.	Posiew wymazu z jamy ustnej w kierunku grzybów drożdżopodobnych (identyfikacja)	70,00
5.	Posiew wydzieliny z ucha z identyfikacją i antybiogramem	70,00
6.	Posiew płwociny z identyfikacją i antybiogramem	70,00
7.	Wykrywanie antygenu SARS-CoV-2	100,00
Zakażenia dróg moczowo-płciowych		
8.	Posiew ginekologiczny (pochwa, srom, wody płodowe, szyjka macicy, jama macicy) w kierunku bakterii tlenowych z identyfikacją i antybiogramem oraz stwierdzenie obecności grzybów drożdżopodobnych	70,00
9.	Posiew ginekologiczny w kierunku bakterii beztlenowych	70,00
10.	Posiew wymazu z przedstonka pochwy i/lub odbytu w kierunku GBS (Streptococcus agalactiae) identyfikacja	37,00
11.	Określenie lekowrażliwości Streptococcus agalactiae	40,00
12.	Posiew wymazu z cewki moczowej, napletka, nasienia, gruczołu krokowego w kierunku bakterii tlenowych „typowych” z identyfikacją i antybiogramem oraz stwierdzenie obecności grzybów	70,00
13.	Biocenoza pochwy – stopień czystości pochwy (BV)	30,00
Zakażenia dróg moczowych		
14.	Posiew moczu z identyfikacją i antybiogramem	70,00
Zakażenia skóry, tkanek miękkich, ran		
15.	Posiew wymazu z rany, owrzodzenia, ropnia, odleżyny, stopy cukrzycowej, materiału ropnego, płynu stawowego w kierunku flory tlenowej z identyfikacją i antybiogramem oraz stwierdzenie obecności flory beztlenowej	120,00
16.	Posiew wymazu ze zmian skórnych w kierunku bakterii tlenowych z identyfikacją i antybiogramem	100,00

Zakażenie oka		
17.	Posiew wymazu z worka spojówkowego w kierunku bakterii tlenowych z identyfikacją i antybiogramem	70,00
Nosicielstwo patogenów alarmowych		
18.	Posiew wymazu z nosa w kierunku nosicielstwa MRSA (z identyfikacją i określeniem mechanizmu oporności)	50,00
19.	Posiew wymazu z gardła w kierunku nosicielstwa MRSA (z identyfikacją i określeniem mechanizmu oporności)	50,00
20.	Posiew wymazu z odbytu w kierunku VRE	50,00
21.	Posiew wymazu z odbytu w kierunku ESBL	50,00
22.	Posiew wymazu z odbytu w kierunku KPC, MBL, OXA-45	150,00
23.	Posiew dodatni w kierunku patogenów alarmowych – KPC, MBL, OXA48 z antybiogramem	200,00
Zakażenia przewodu pokarmowego		
24.	Wykrywanie antygenu GDH i toksyn A/B Clostridioides difficile w kale	90,00
25.	Posiew kału w kierunku grzybów drożdżopodobnych (identyfikacja)	70,00
26.	Wykrywanie antygenów Rotawirusów i Adenowirusów w kale (metoda immunochromatograficzna)	65,00
27.	Identyfikacja grzybów	55,00
28.	Określenie wrażliwości grzybów drożdżopodobnych metodą automatyczną	55,00
29.	Identyfikacja beztlenowców – metoda automatyczna	60,00
30.	Identyfikacja beztlenowców – metoda manualna	30,00
31.	Określenie wrażliwości bakterii metodą E-test (1 test)	60,00
32.	Określenie wrażliwości grzybów metodą E-test (1 test)	70,00
33.	Identyfikacja szczepu bakteryjnego	50,00
34.	Antybiogram dla szczepu bakteryjnego	60,00
35.	Oznaczenie wrażliwości na kolistynę metodą mikrorozcieńczeń w bulionie	80,00
36.	Zabezpieczenie szczepu	35,00
37.	Badanie czystości mikrobiologicznej środowiska szpitalnego-1 badanie	45,00
Real Time PCR (system GeneXpert) – Wykrywanie patogenów alarmowych		
40.	Wykrywanie DNA Staphylococcus aureus	300,00
41.	Wykrywanie genów oporności na wankomycynę (vanA, vanB) u Enterococcus	300,00
42.	Wykrywanie genów karbapenemaz KPC, MBL (NDM, VIM, IMP-1), OXA-48	320,00
43.	Wykrywanie genów toksyny B, toksyny binarnej, szczepu hiperepidemicznego O27/NAP1/B1 C.difficile	320,00
Real Time PCR (system GeneXpert) - Wykrywanie zakażeń oddechowych		
44.	Wykrywanie wirusa RSV i wirusów grypy A i B	350,00
45.	Wykrywanie SARS-CoV-2	350,00
Real Time PCR (system FilmArray)) - Wykrywanie zakażeń oddechowych		
46.	Panel górne drogi oddechowe	700,00
Real Time PCR (system GeneXpert) - Wykrywanie zakażeń przewodu pokarmowego		
48.	Wykrywanie genotypów Norowirusa G I I G II w kale - system GeneXpert (RealTime PCR)	300,00

4. Dział Fizjoterapii

FIZYKOTERAPIA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Galwanizacja	7,00
2	Jonofereza	8,00
3	Elektrostymulacja	8,00
4	Elektrostymulacja twarzy	10,00
5	TENS	8,00
6	Prądy diadynamiczne	8,00
7	Prądy interferencyjne	8,00
8	Prądy Kotza	8,00
9	Prądy Traberta (UR)	9,00
10	Tonoliza	10,00
11	Fonofereza	10,00
12	Naświetlanie IR	6,00
13	Naświetlanie UV	5,00
14	Laser	10,00
15	Pole magnetyczne	10,00
16	Krioterapia	14,00

MASAŻ KLASYCZNY

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Masaż klasyczny całościowy	70,00
2	Masaż twarzy	15,00
3	Masaż leczniczy pleców	30,00
4	Drenaż limfatyczny częściowy	15,00
5	Masaż leczniczy kończyn górnych lub dolnych	20,00
6	Masaż segmentarny	15,00
7	Masaż odchudzający	100,00

TERAPIA MANUALNA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Terapia manualna	40,00
2	Refleksoterapia	40,00
3	Metoda czaszkowo-krzyżowa	40,00

5. Zakład Medycyny Nuklearnej

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Scyntygrafia kości (Tc^{99m} MDP) całego ciała i dynamiczna (3-fazowa)	450,00
2	Scyntygrafia statyczna nerek (Tc^{99m} DMSA)	350,00
3	Scyntygrafia dynamiczna nerek (Tc^{99m} + EC) z możliwością testu diuretycznego	350,00
4	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	380,00
5	Scyntygrafia wątroby i śledziony (Tc^{99m} koloid)	350,00
6	Scyntygrafia dynamiczna dróg żółciowych, tzw. Cholescyntygrafia	350,00
7	Scyntygrafia perfuzyjna serca (Tc^{99m} MIBI) metodą SPECT	400,00

8	Scyntygrafia perfuzyjna mózgu (metodą SPECT)	400,00
9	Scyntygrafia diagnozująca krwawienie z przewodu pokarmowego, uchyłek Meckela, refluks żołądkowo-przełykowy lub opróżnianie żołądka	350,00
10	Scyntygrafia przytarczyc (Tc^{99m} MIBI) metodą dwufazowo-substrakcyjną	350,00
11	Flebografia izotopowa	300,00
12	Cysternografia izotopowa	400,00
13	Scyntygrafia ślinianek	300,00
14	Limfoscyntygrafia, w tym ocena węzła wartownika	400,00
15	Scyntygrafia tarczycy (I^{131}), tzw. jodowa	190,00
16	Scyntygrafia tarczycy (Tc^{99m}), tzw. technetowa	150,00
17	Scyntygrafia znakowanymi leukocytami (ogniska zapalne)	2 500,00
18	Scyntygrafia z użyciem pochodnych somatostatyny	4 800,00
19	Terapia jodem (J^{131}) w nadczynności tarczycy i wolu obojętnym guzowatym	600,00
20	Terapia paliatywna strontem (Sr-89) bólów wywołanych przerzutami nowotworowymi do kości	2 750,00
21	Terapia paliatywna samarem (Sm-153) bólów wywołanych przerzutami nowotworowymi do kości	4 400,00
22	Konsultacja specjalistyczna w Zakładzie Medycyny Nuklearnej	180,00
23	Scyntygrafia znakowanymi erytrocytami (Pyrofosforan Tc^{99m})	350,00
24	ROLL	200,00

Przy skierowaniu ze szpitala za poz. 1-17 obciążany jest szpital kierujący zgodnie z powyższym cennikiem. W poz. 18-21 pokrywa w całości NFZ.

6. Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Oznaczenie grupy krwi (wynik niepotwierdzony)	65,00
2	Oznaczenie grupy krwi (wynik potwierdzony) – dwa badania wykonane z próbek pobranych w tym samym dniu	120,00
3	Wykrywanie przeciwciał odpornościowych (PTA)	60,00
4	Kart grupy krwi	25,00
	Bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)	50,00
	Próba zgodności serologicznej między biorcą a dawcą przed przetoczeniem krwi dla jednej jednostki	85,00
	Próba zgodności serologicznej między biorcą a dawcą przed przetoczeniem z każdą kolejną jednostką krwi	35,00
	Wydanie odpisu wyniku grupy krwi	10,00
5	Diagnostyka ChHN w kierunku konfliktu ABO – badanie z próbki krwi matki i noworodka	200,00
	BADANIE KONSULTACYJNE WG CENNIKA Z RCKiK W OLSZTYNIE	
6	Identyfikacja przeciwciał odpornościowych	435,00

7. Zakład Patomorfologii

Lp.	Nazwa badania/procedury	Cena [netto zł]
Biopsje		
1	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana – BACC narządy wewnętrzne	400,00
2	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana - BACC tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych, sutka - do dwóch zmian	220,00
3	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa celowana - BACC tarczycy, ślinianek, węzłów chłonnych, sutka - powyżej dwóch zmian	350,00
Badania podstawowe		
4	Badanie cytologiczne – materiał dostarczony na szkiełku	33,00
5	Badanie cytologiczne- materiał dostarczony w postaci płynnej	70,00
6	Badanie śródoperacyjne	200,00
7	Blok parafinowy –opracowanie wycinka z wykonaniem preparatu (barwienie hematoksyliną-eozyna) oraz diagnostyką	35,00
8	Konsultacja specjalistyczna patomorfologa	350,00
Barwienia		
9	Barwienie histochemiczne	80,00
10	Oznaczenie immunohistochemiczne – I grupa cenowa	120,00
11	Oznaczenie immunohistochemiczne – II grupa cenowa	200,00
12	Oznaczenie immunohistochemiczne ALK D5F3	400,00
13	Oznaczenie immunohistochemiczne – I grupa cenowa bez oceny lekarza	70,00
14	Oznaczenie immunohistochemiczne – II grupa cenowa bez oceny lekarza	150,00
15	Badanie cytologii ginekologicznej metoda klasyczną (rozmaz)	20,00
Badania genetyczne		
16	Badanie mutacji KRAS metodą real time PCR	750,00
17	Badanie mutacji NRAS+BRAF metodą real time PCR	850,00
18	Badanie mutacji BRAF metodą real life time PCR	750,00
19	Badanie mutacji EGFR metodą real time PCR	750,00
Usługa sekcyjna		
20.	Usługa sekcyjna (lekarz po stronie zlecającego sekcję)	500,00
21.	Usługa sekcyjna (lekarz po stronie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie)	1000,00
22.	Usługa sekcyjna pacjenta o podwyższonym ryzyku epidemiologicznym lub sanitarnym (lekarz po stronie zlecającego sekcję)	600,00
	Usługa sekcyjna pacjenta o podwyższonym ryzyku epidemiologicznym lub sanitarnym (lekarz po stronie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie)	1300,00

Inne procedury medyczne**8. Laryngologiczne**

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Diagnostyka bezdechu sennego - badanie polisomnograficzne	1 000,00
2	Elektrokoagulacja naczyń krwionośnych przegrody nosa	90,00
3	Redukcja małżowin nosowych dolnych - metoda igłowa	200,00
4	Videoendoskopia nosa	90,00

PRACOWNIA AUDIOLOGICZNA I NARZĄDU RÓWNOWAGI

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Audiometria tonalna - AT	30,00
2	Audiometria w polu swobodnym - AWP	20,00
3	Audiometria słowna - AS	30,00
4	Audiometria impedancyjna - AI	30,00
5	Tympanometria	20,00
6	Pakiet AT i AI	45,00
7	Test drożności trąbek słuchowych - TDT	20,00
8	DPOAE - usługa audiologiczna	35,00
9	Usługa audiologiczna z ABR latencje	100,00
10	Usługa audiologiczna z ABR progi	100,00
11	Usługa otoneurologiczna z VNG	280,00

ŁAGODNE POŁOŻENIOWE ZAWROTY GŁOWY

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Manewr Dix-Hallpike'a	30,00
2	Supine Roll test	30,00
3	Łagodne położeniowe zawroty głowy z kanału tylnego błędnika	
	a) Manewr repozycyjny Epley'a	30,00
	b) Manewr uwalniający Semonta	30,00
4	Łagodne położeniowe zawroty głowy z kanału bocznego błędnika	
	a) Manewr Lemperta	30,00

9. Kardiologiczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Test wysiłkowy EKG na bieżni	150,00
2	Badanie echokardiograficzne z dopplerem kolorowym	150,00
3	Badanie EKG metodą Holtera	150,00
4	Echokardiograficzna próba doputaminowa	250,00
5	Echokardiografia przezprzełykowa	250,00
6	EKG spoczynkowe	15,00
7	Sprawdzenie częstości rytmu rozrusznika serca	150,00

10. Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	EKG	30,00
2	Iniekcja domięśniowa, podskórna	20,00
3	Iniekcja dożylna	30,00
4	I.v. + płyny	40,00
5	I.v. + Immunoglobulina	70,00
6	Zmiana opatrunku	50,00
7	Opracowanie rany chirurgicznej	120,00
8	Gips pełny	150,00
9	Szyna gipsowa	120,00
10	Nastawienie złamania	250,00

11	Nastawienie zwichnięcia	250,00
12	Założenie kołnierza szyjnego	95,00
13	Usunięcie gipsu	60,00
14	Usunięcie kleszcza	100,00
15	Usunięcie ciała obcego ze skóry/tkanki podskórnej	100,00
16	Pomoc w oparzeniu I stopnia, II stopnia - opatrunek	50,00
17	Pomoc w oparzeniu II stopnia, III stopnia - opatrunek	70,00
18	Porada lekarska	100,00
19	Porada specjalisty	150,00
20	Opieka pielęgniarstwa	60,00
21	Nacięcie lub drenaż skóry\tkanki podskórnej	100,00
22	Antytoksyna p-tężcowa	50,00
23	Założenie cewnika do pęcherza moczowego	120,00
24	Nakłucie stawu	60,00

11. Badania endoskopowe

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Kolonoskopia	420,00
2	Kolonoskopia z jednym badaniem histopatologicznym	460,00
3	Kolonoskopia z dwoma lub więcej badaniami histopatologicznymi	500,00
4	Kolonoskopia z polipektomią	880,00
5	Fiberosigmoidoskopia	140,00
6	Fiberosigmoidoskopia z badaniami histopatologicznymi	160,00
7	Gastroskopia z testem urazowym	230,00
8	Gastroskopia z jednym badaniem histopatologicznym	260,00
9	Gastroskopia z dwoma lub więcej badaniami histopatologicznymi	290,00
10	pH - metria z impedancją	640,00

12. Badania i zabiegi okulistyczne

DIAGNOSTYKA

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Badania podstawowe - porada specjalistyczna	100,00
2	Badanie dna oka	50,00
3	Badanie w lampie szczelinowej	20,00
4	Pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego	20,00
5	Autorefraktometr	20,00
6	Badanie USG gałki ocznej	50,00
7	Pomiar soczewki do wszczepu	50,00
8	Badanie wziernikiem Fisona	80,00
9	Pomiar stopnia wytrzeszczu	20,00
10	Badanie pola widzenia - polomierz komputerowy	50,00
11	Angiografia fluoresceinowa	200,00
12	USG/UBM (ultrabiomikroskopia) - jednoocznie	100,00
13	USG/UBM (ultrabiomikroskopia) - obuocznie	120,00

ZABIEGI AMBULATORYJNE

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	Gradówka, kaszak	200,00
2	Kępki żółte, brodawki	200,00
3	Operacje powiekowe - plastyczne	300,00
4	Zdjęcie szwów - skórnych, spojówkowych, rogówkowych	50,00
5	Zaopatrzenie ran - skórnych	200,00
6	Zaopatrzenie ran - spojówkowych	200,00
7	Płukanie dróg łzowych	50,00
8	Sondowanie dróg łzowych	100,00
9	Usunięcie ciał obcych z przedniej części gałki ocznej	100,00
10	Przymrożenie - z wżernikowaniem dna oka	100,00
11	Przymrożenie bez wżernikowania dna oka	80,00

ZABIEGI LASEROWE

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	YAG - laser (jedno oko)	200,00
2	Argon - laser (jedno oko)	250,00
3	OCT	120,00
4	GDX	80,00
5	Pachymetria	20,00

13. Badania Pracowni EEG

Lp.	Nazwa procedury	Cena [zł]
1	EEG klasyczne	100,00
2	EEG po deprywacji snu	200,00
3	Video EEG	150,00

14. Badania ginekologiczne i genetyczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena[zł]
1	USG Doppler z badaniem w kierunku wad serca płodu	250,00
2	USG genetyczne	250,00
3	USG ginekologiczne (transwaginalne)	75,00
4	USG położnicze	75,00

15. Procedury nefrologiczne

Lp.	Nazwa procedury	Cena[zł]
1	Hemodializa	500,00
2	Plazmafereza	4 430,00

Załącznik nr 2 Cennik za udostępnianie dokumentacji medycznej

Cennik opłat za wykonanie kopii dokumentacji medycznej

Na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz.504) ogłasza się, że przeciętne wynagrodzenie w trzecim kwartale 2022 r. wyniosło **6 480,67 zł**.

	Rodzaj dokumentu	Cena w zł
1.	Jedna strona kopii albo wydruku dokumentacji medycznej	0,45
2.	Jedna strona wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej	12,96
3.	Udostępnienie dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych	2,59

Podstawa prawna: art. 28 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2020 poz. 849 ze zm.).

UWAGA!!!

W związku z nowelizacją ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, od dnia 04.05.2019 r. opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie.

Załącznik nr 3 Cennik za przechowywanie ciała osoby zmarłej po upływie 72 godzin

2. W przypadku zgonu pacjenta, który nastąpił w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zwłoki osoby zmarłej przechowywane są w chłodni bez pobierania opłat nie dłużej niż 72 godziny od momentu, w którym zatwierdzono zgon. Do 72 godzinnego okresu nieodpłatnego przechowywania zwłok nie wlicza się dni ustawowo wolnych od pracy.

- Opłata pobierana jest od osób odbierających zwłoki lub instytucji uprawnionych do pochówku
- Opłata od gminy pobierana jest po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochówku.

3. PRZECHOWYWANIE ZWŁOK – PACJENT WSS W OLSZTYNIE

- Każda rozpoczęta doba po upływie 72 godzin od stwierdzenia zgonu **100,00 zł**

4. PRZECHOWYWANIE ZWŁOK - POZOSTALI

- Każda rozpoczęta doba **100,00**

Opłata pobierana jest od osób odbierających zwłoki lub instytucji uprawnionych do pochówku.

Opłata od gminy pobierana jest po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochówku.

5. Opłaty za usługę sekcijną pobierane są w wysokości:

- Usługa Sekcyjna (lekarz po stronie zlecającego sekcję) **500,00**
- Usługa Sekcyjna (lekarz po stronie WSS w Olsztynie) **1000,00**

- Usługa Sekcyjna pacjenta o podwyższonym ryzyku epidemiologicznym lub sanitarnym (lekarz po stronie zlecającego sekcję) **600,00**
- Usługa Sekcyjna pacjenta o podwyższonym ryzyku epidemiologicznym lub sanitarnym (lekarz po stronie WSS w Olsztynie) **1300,00**

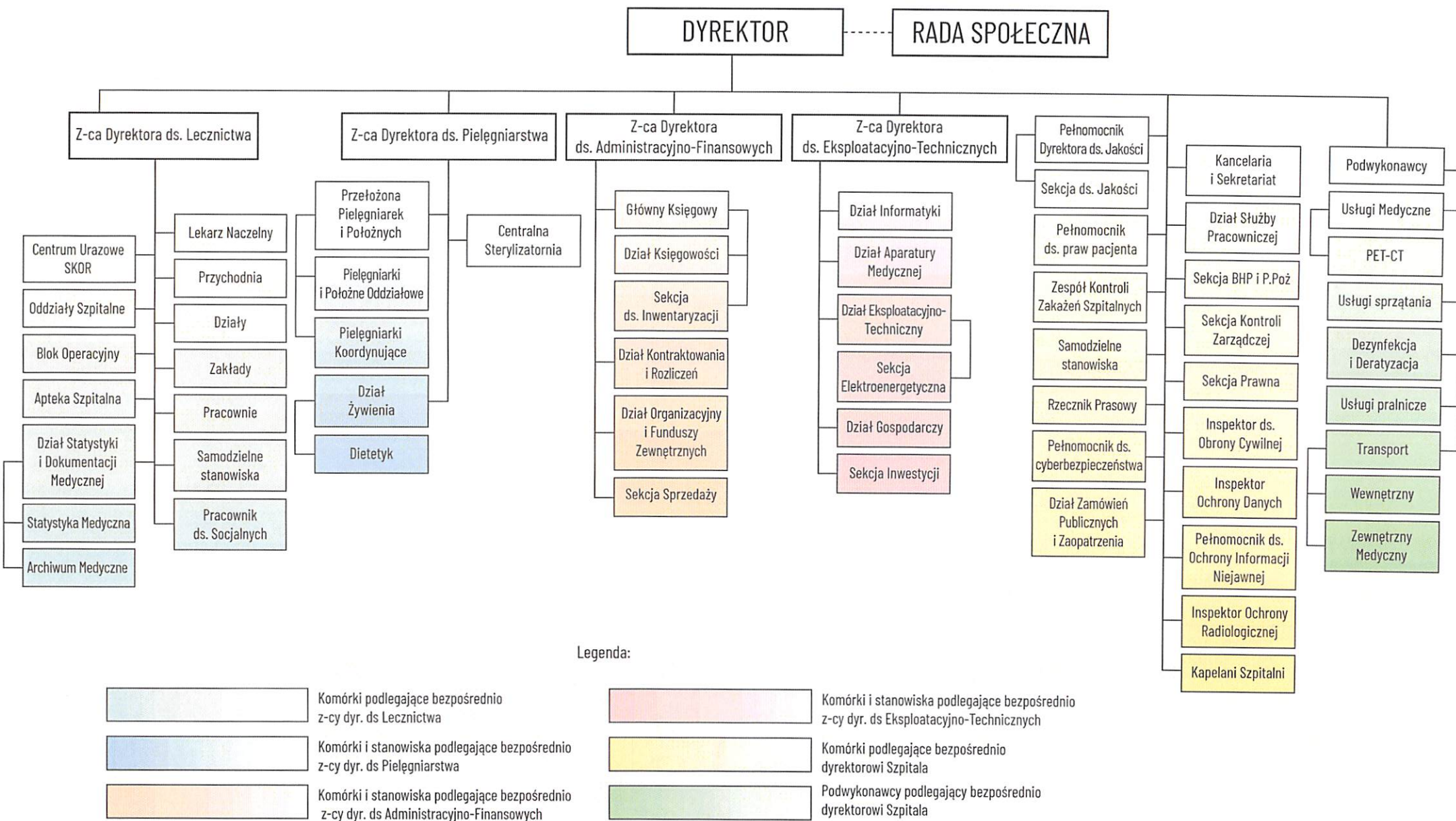
Załącznik nr 4 Cennik innych usług świadczonych przez WSS w Olsztynie

	Rodzaj dokumentu	Cena w zł
1.	Wydanie duplikatu Książeczki Zdrowia Dziecka	100,00
2.	Wysyłanie pacjentom wyników badań diagnostycznych wykonywanych w pracowniach diagnostycznych Szpitala	5,50

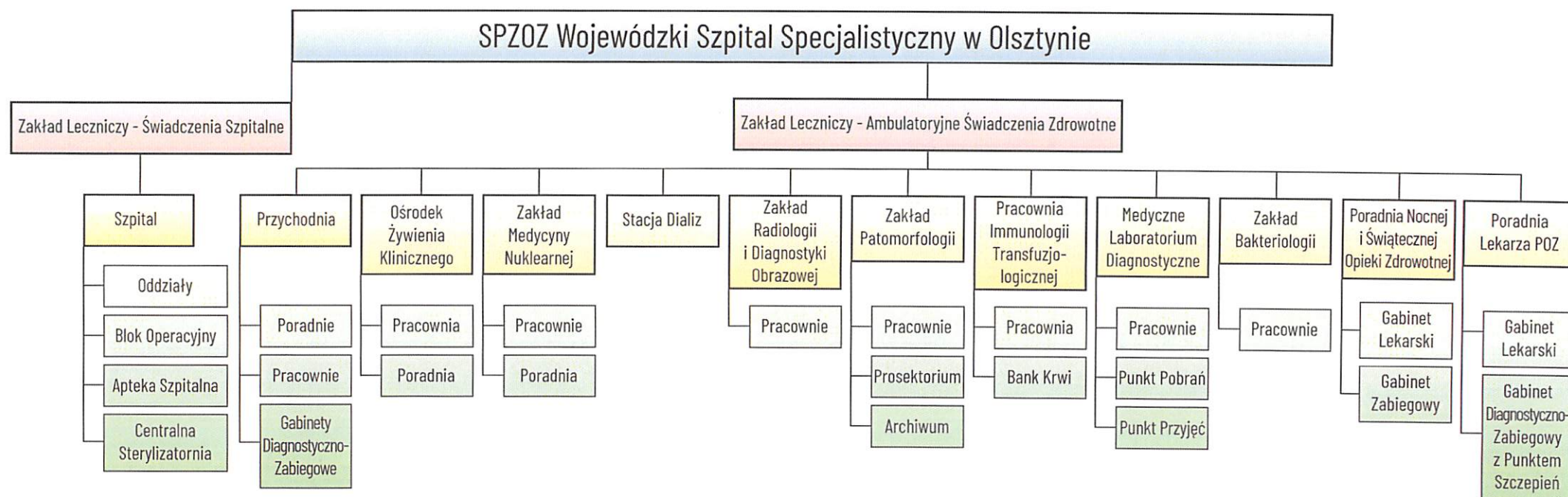
**Załącznik nr 5 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie**

Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

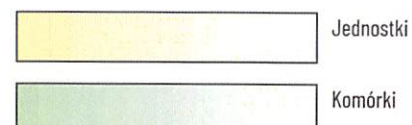
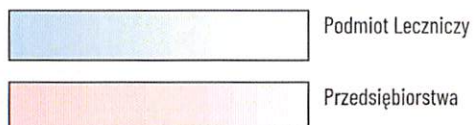
Załącznik 5



**Załącznik nr 6 Schemat struktury organizacyjnej z podziałem na poszczególne rodzaje działalności
lecniczej**



Legenda:



**Załącznik nr 7 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego -
Świadczenia Szpitalne**

Schemat struktury organizacyjnej: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie Świadczenia Szpitalne

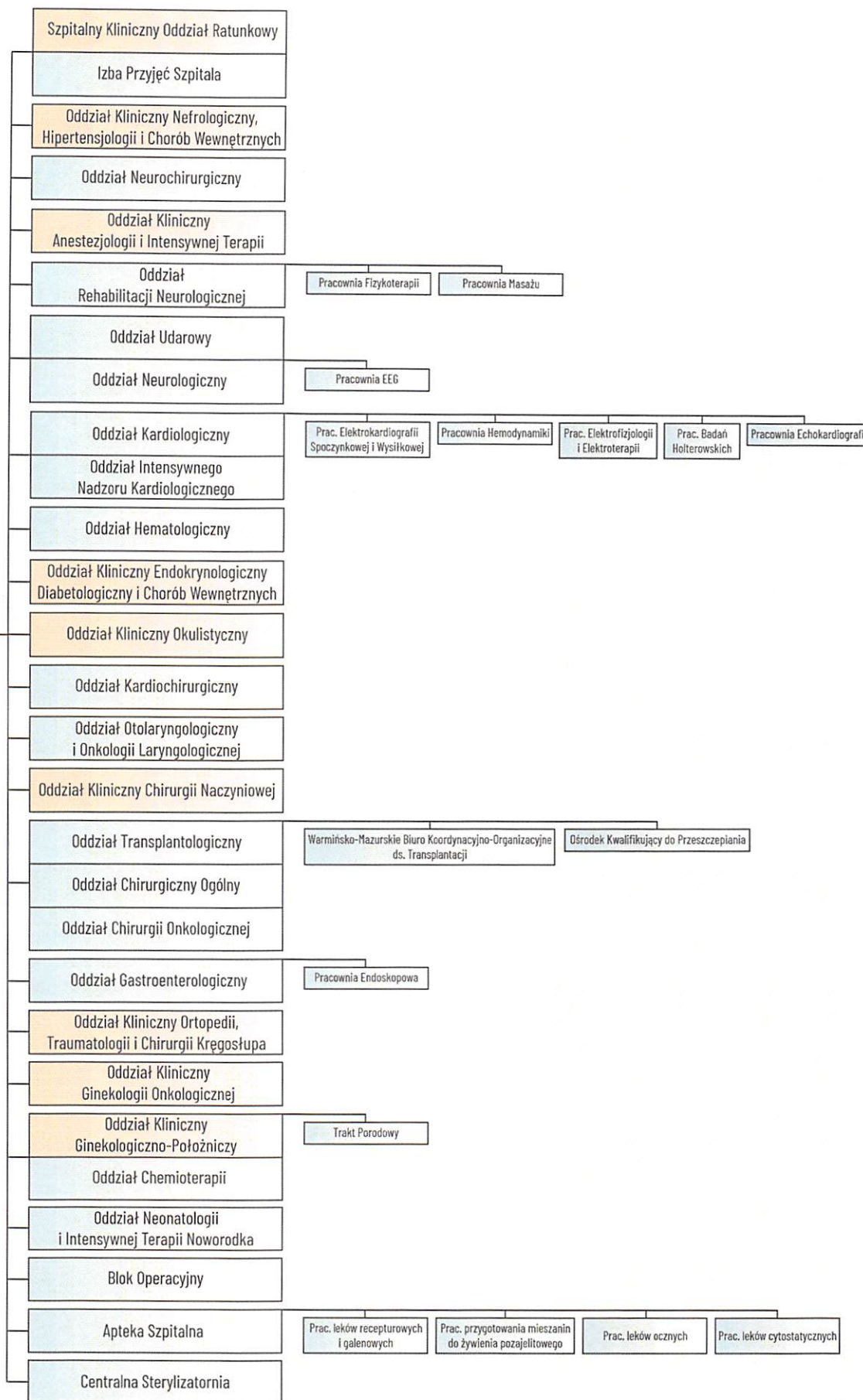
Załącznik 7

SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Zakład Leczniczy - Świadczenia Szpitalne

Szpital

Legenda:



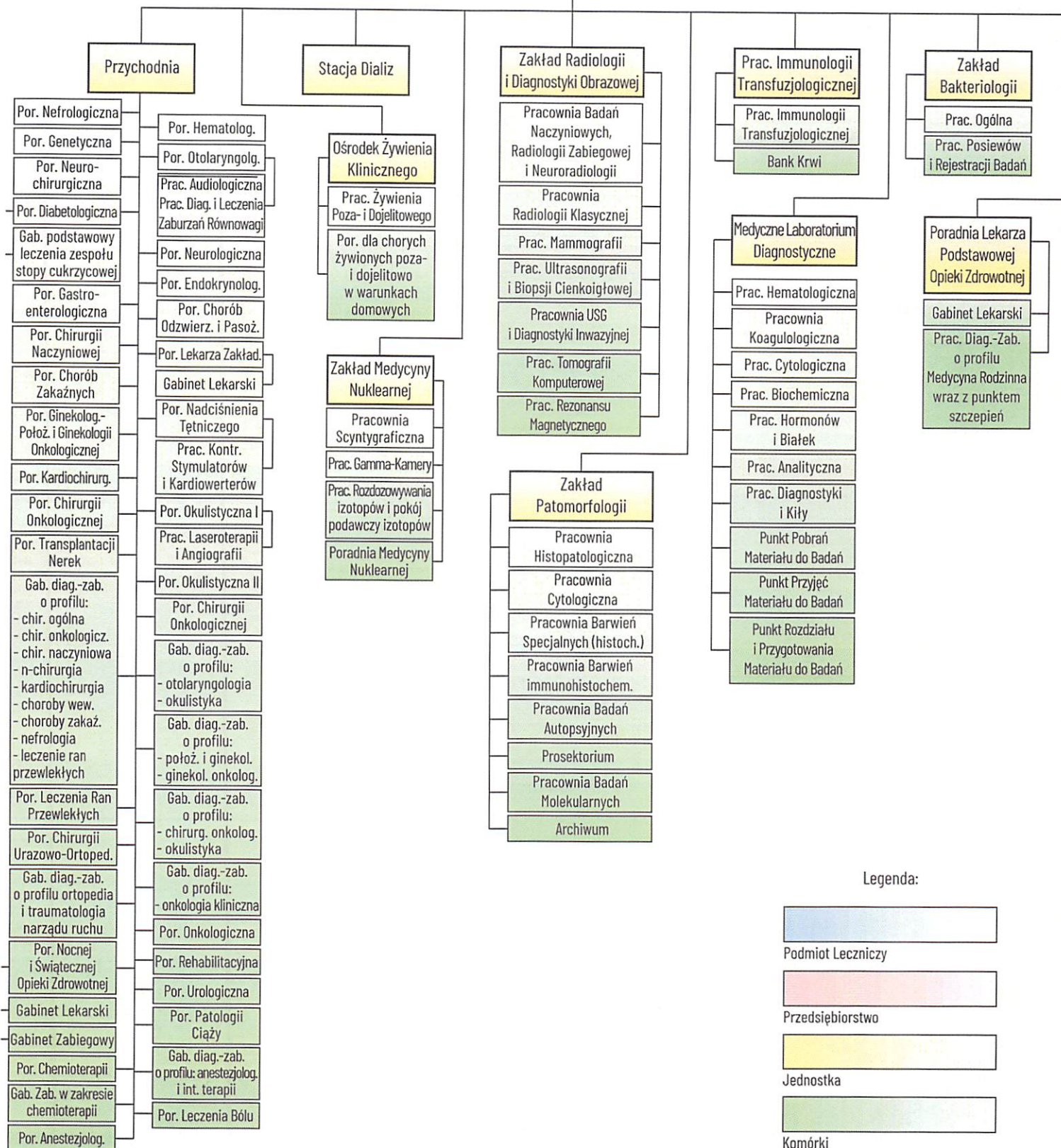
**Załącznik nr 8 Schemat struktury organizacyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego -
Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne**

Załącznik 8

Schemat struktury organizacyjnej:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie
Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne

SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne



**Załącznik Nr 9 Struktura i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych przynależnych do
Zakładu Leczniczego- Świadczenia Szpitalne oraz Zakładu Leczniczego – Ambulatoryjne Świadczenia
Zdrowotne**

Załącznik Nr 9.1 STRUKTURA I ZADANIA SZPITALNEGO KLINICZNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO (SKOR)

I. Struktura organizacyjna oddziału:

Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy jest to jednostka organizacyjna szpitala, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Obszary wydzielone w SKOR zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

1. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć (stanowisko rejestratorki stanowisko dekontaminacji).
2. Obszar resuscytacyjno- zabiegowy (monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych, prowadzenie resuscytacji oddechowo- krążeniowo- mózgowej, prowadzenie resuscytacji okołourazowej, wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów).
3. Obszar wstępnej intensywnej terapii (dwa stanowiska intensywnej terapii).
4. Obszar terapii natychmiastowej (sala zabiegowa, sala opatrunków gipsowych).
5. Obszar obserwacji.
6. Obszar konsultacyjny.
7. Obszar laboratoryjno- diagnostyczny.
8. Zaplecze administracyjno- gospodarcze.
Oprócz w/w obszarów SKOR posiada:
 - 1) zadaszony podjazd dla karetek i osobne wejście dla chorych zgłaszających się samodzielnie oraz,
 - 2) lądowisko dla śmigłowców na terenie Szpitala,
 - 3) własne, bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje koordynator.
2. Koordynator jest zastępowany przez zastępcę koordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez koordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych i rejestratorów kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa. W przypadku zastrzeżeń kontaktuje się z Kierownikami poszczególnych jednostek.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę. Po godz. 15.00 opiekę nad pacjentami znajdującymi się w oddziale oraz przybywającymi do oddziału przejmują lekarze dyżurni.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpieczany jest zgodnie z grafiką dyżurów lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i rejestratorów.

8. Kwalifikacja do zabiegów operacyjnych i badań inwazyjnych niezbędnych w warunkach SKOR celem diagnostyki lub stabilizacji stanu pacjenta przeprowadzana jest przez specjalistę medycyny ratunkowej sprawującego bezpośrednią opiekę nad pacjentem we współpracy z lekarzem specjalistą w danej dziedzinie.
9. Lekarz specjalista SKOR wchodzi w skład zespołu urazowego. Ratownik medyczny wchodzi w skład zespołu reanimacyjnego.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania oddziału:

1. Przyjęcie, stabilizacja, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów dorosłych z nagłymi zachorowaniami, zatruciami, urazami oraz nagłym pogorszeniem zdrowia z innej przyczyny zewnętrznej przywożonych przez zespoły pogotowia ratunkowego bądź zgłaszających się samodzielnie.
2. Udzielanie świadczeń medycznych – diagnostyka, stabilizacja stanu i leczenie, pacjentom poszkodowanych w zdarzeniach nadzwyczajnych przywożonym przez zespoły ratownictwa medycznego bądź zgłaszającym się samodzielnie.
3. Pomoc ofiarom katastrof zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego „Planu zabezpieczenia katastrof”.
4. Zaopatrzenie medyczne pacjentów oraz organizacja transportu do innych zakładów służby zdrowia w razie konieczności leczenia specjalistycznego.
5. Prowadzenie, gromadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – Elektroniczna Księga Odmów i Przyjęć Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wg odrębnych przepisów i innej dokumentacji obowiązującej w Szpitalu.
6. Zorganizowanie zespołu urazowego po zgłoszenia się drogą radiową ZRM z informacją o transporcie pacjenta z urazem spełniającym kryteria zgodnie z Rozp. MZ z dn. 18.06.2010r. Postępowanie zgodnie z Zadaniem Centrum Urazowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Załącznik Nr 9.2 STRUKTURA I ZADANIA IZBY PRZYJĘĆ

I. Struktura Izby Przyjęć:

1. Punkt przyjęć planowych,
2. Przebieralnia,
3. Magazyn rzeczy chorych,
4. Gabinet konsultacyjny.

II. Organizacja Izby Przyjęć:

1. Pracownicy Izby Przyjęć podlegają koordynatorowi SKOR.
2. W Izbie Przyjęć zatrudnione są pielęgniarki i rejestratorzy.
3. Izba Przyjęć czynna jest od poniedziałku do niedzieli w godzinach od 7.00 do 19.00. Po godzinie 19.00 przyjęcia odbywają się w SKOR.
4. Przyjęcie planowe do szpitala odbywa się na podstawie skierowania do szpitala po wcześniejszym ustaleniu terminu przyjęcia.
5. Przyjęcia w trybie pilnym odbywają się na podstawie skierowania od lekarza specjalisty po konsultacji przez lekarza dyżurnego oddziału, do którego kierowany jest pacjent. W przypadku odmowy przyjęcia pacjent otrzymuje kartę odmowy przyjęcia z podaniem przyczyny odmowy oraz zaleceniami dla lekarza kierującego. Odmowa przyjęcia odnotowana jest w Elektronicznej Księdze Odmów Przyjęć.

III. Zadania Izby Przyjęć:

1. Przyjmowanie do Szpitala chorych w trybie planowym i pilnym.
2. Prowadzenie niezbędnej dokumentacji medycznej – Elektroniczna: Księga Przyjęć i Odmów, Księga Depozytów.
3. Zabezpieczenie depozytów pacjentów przyjętych do Szpitala.
4. Prowadzenie magazynu rzeczy pacjentów przyjętych do Szpitala.
5. Prowadzenie innej dokumentacji obowiązującej w Szpitalu.

Załącznik Nr 9.3 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Obszar Intensywnej Terapii.
2. Poradnia Anestezjologiczna.
3. Poradnia Leczenia Bólu.

II. Organizacja oddziału:

Zabezpieczenie kadrowe Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii dostosowane jest do wytycznych zawartych w aktualnym Rozporządzeniu MZ w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Nadzór poznieczuleniowy realizowany jest w salach intensywnego nadzoru w macierzystych oddziałach zabiegowych, a w przypadku dysfunkcji wielonarządowych w OIT. Usługi z zakresu intensywnej terapii realizowane są na 20 stanowiskach intensywnej terapii zlokalizowanych w oddziale intensywnej terapii. Znieczulenia realizowane są na stanowiskach znieczulenia w obrębie sal operacyjnych, gabinetów zabiegowych i pracowni będących na terenie WSS.

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę koordynatora, zaś podczas ich nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez koordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii kieruje Pielęgniarka Oddziałowa.
4. Podczas nieobecności Pielęgniarki Oddziałowej zastępowana jest ona przez jedną z dwóch zastępczyni pielęgniarki oddziałowej lub pielęgniarkę przez nią wyznaczoną.
5. Pracą personelu pielęgniarskiego w Obszarze Anestezjologii i na stanowiskach poznieczuleniowych kieruje Pielęgniarka Koordynująca Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Koordynację działań Odcinka Pooperacyjnego wykonuje Pielęgniarka Koordynująca lub osoba przez nią wyznaczona.
6. Podczas nieobecności Pielęgniarki Koordynującej zastępowana jest pielęgniarkę przez nią wyznaczoną.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.
8. Lekarzem prowadzącym pacjentów w Obszarze Intensywnej Terapii jest lekarz wyznaczony w danym dniu dla poszczególnych pacjentów przez ordynatora oraz lekarz dyżurny w danym dniu.
9. Lekarzami odpowiedzialnymi za znieczulenia konkretnych pacjentów na określonych stanowiskach znieczulenia oraz inne czynności anestezjologiczne są lekarze wyznaczeni w danym dniu przez ordynatora/zastępcę ordynatora.
10. Lekarzem odpowiedzialnym za obsługę poradni anestezjologicznej jest lekarz wyznaczany w danym dniu przez ordynatora.

11. Zasady zabezpieczenia oddziału w godzinach dyżurowych:
 - 1) Podczas godzin dyżurowych Obszar Intensywnej Terapii zabezpiecza dwóch lekarzy specjalistów.
 - 2) Podczas godzin dyżurowych Obszar Anestezjologii z Odcinkiem Pooperacyjnym zabezpiecza dwóch lekarzy: 1 specjalista oraz 1 lub 2 lekarzy w trakcie specjalizacji.
 - 3) Podczas godzin dyżurowych Obszar Intensywnej Terapii zabezpiecza 10 pielęgniarek (min. 1 na 2 pacjentów)
 - 4) Podczas godzin dyżurowych Obszar Anestezjologii zabezpieczają dwie pielęgniarki/ pielęgniarze.
12. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych, znieczuleń dokonują lekarze specjaliści w porozumieniu ordynatorem lub jego zastępcą.
13. W zespole urazowym reanimacyjnym, transplantacyjnym i innych uczestniczy lekarz dyżurny lub lekarz wyznaczony przez ordynatora.
14. Lekarze Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii udzielają konsultacji zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala po uzgodnieniu telefonicznym. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z anestezjologii i intensywnej terapii zgodnie ze zgłaszanym telefonicznie zapotrzebowaniem. Konsultacje realizowane są zgodnie z procedurą szpitalną.
15. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
16. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
17. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.
18. Lekarz prowadzący znieczulenie pełni rolę koordynatora okołoperacyjnej karty kontrolnej i dokonuje w niej wpisów. Wpisy dokonywane są w oparciu o zalecenia dotyczące stosowania okołoperacyjnej karty kontrolnej.

III. Zadania oddziału:

1. Do zadań Obszaru Intensywnej Terapii w szczególności należy:

- 1) Podtrzymywanie bądź zastępowanie funkcji niewydolnych narządów pacjentów hospitalizowanych w OIT.
- 2) Diagnostyka schorzeń prowadzących do niewydolności narządowych u pacjentów hospitalizowanych w OIT.
- 3) Leczenie niewydolności narządowych u pacjentów hospitalizowanych w OIT.
- 4) Wstępna rehabilitacja chorych hospitalizowanych w OIT.
- 5) Prowadzenie diagnostyki w kierunku śmierci mózgu w OIT i innych oddziałach.
- 6) Stawianie diagnozy śmierci mózgu w OIT i innych oddziałach.
- 7) Prowadzenie dawcy narządowego w OIT.
- 8) Oddział jest bazą dydaktyczną dla studentów kierunków medycznych UWM.
- 9) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lekarzy i pielęgniarek zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.
- 10) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii studentów zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.

11) Realizowanie konsultacji intensywnych na terenie WSS.

2. Do zadań Obszaru Anestezjologii w szczególności należy:

- 1) Ocena stanu zdrowia pacjentów kwalifikowanych do zabiegów operacyjnych i inwazyjnych procedur medycznych.
- 2) Ocena przygotowania pacjenta do zabiegu i znieczulenia i ewentualna jego korekta.
- 3) Kwalifikacja pacjenta do określonych rodzajów znieczuleń.
- 4) Przygotowanie anestezjologiczne pacjenta do zabiegów i znieczuleń.
- 5) Wykonywanie znieczuleń na poszczególnych stanowiskach znieczulenia.
- 6) Opieka pooperacyjna w salach intensywnego nadzoru w macierzystych oddziałach zabiegowych oraz OIT.
- 7) Wsparcie merytoryczne opieki pooperacyjnej na stanowiskach pooperacyjnych w poszczególnych oddziałach.
- 8) Wsparcie w akcjach reanimacyjnych na terenie WSS.
- 9) Realizacja analgezji pooperacyjnej z zastosowaniem inwazyjnych metod leczniczych na terenie WSS.
- 10) Wykonywanie innych czynności anestezjologicznych i konsultacji na terenie WSS.
- 11) Oddział jest bazą dydaktyczną dla studentów kierunków medycznych UWM.
- 12) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii lekarzy i pielęgniarek zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.
- 13) Prowadzenie kształcenia podyplomowego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii studentów zgodnie z umowami zawartymi przez WSS.

IV. Do zadań Poradni Anestezjologicznej w szczególności należy:

1. Prowadzenie kwalifikacji pacjentów do zabiegów operacyjnych, diagnostycznych oraz leczniczych.
2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe w wymaganym zakresie.
3. Informowanie chorego o metodach znieczulenia, możliwym postępowaniu alternatywnym oraz działania niepożądanych i ryzyka związanych z proponowanym postępowaniem.
4. Uzyskanie od pacjenta świadomej zgody na znieczulenie bądź odmowy jego wykonania.
5. Edukacja pacjentów.
6. Szkolenie personelu medycznego.
7. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

V. Do zadań Poradni Leczenia Bólu w szczególności należy:

1. Ocena rodzaju bólu.
2. Określenie przyczyny dolegliwości bólowych w oparciu o badanie podmiotowe.
3. Zlecenie badań dodatkowych niezbędnych do określenia przyczyny bólu.
4. Zlecenie dodatkowych konsultacji w celu ewentualnego skierowania do leczenia przyczyn bólu w obrębie innych specjalności.
5. Skierowanie do leczenia w obrębie innych specjalności, gdy wymagane.
6. Zaplanowanie leczenia bólu i zapoznanie pacjenta z planem.
7. Przepisanie zaplanowanej farmakoterapii (wystawienie recepty).
8. Wyznaczenie terminów ewentualnych zabiegów terapeutycznych (termolezja, blokady struktur układu nerwowego).
9. Wykonanie zaplanowanych zabiegów terapeutycznych.
10. Ocena efektywności zastosowanego leczenia.
11. Ewentualna korekta leczenia w celu poprawy jego efektywności.

Załącznik Nr 9.4 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU NEUROLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia Neurologiczna
2. Pracownia EEG

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje koordynator. Zastępowany przez z-cę koordynatora.
2. Pracą personelu pielęgniarskiego, kieruje pielęgniarka oddziałowa, zastępowana przez zastępcę oddziałowej.
3. Ordynator Oddziału Neurologicznego i Ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego kieruje pracą innego personelu, zatrudnionego w danej komórce: technicy, mgr fizjoterapii, logopeda.
4. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
5. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
6. W godzinach dyżurowych oddział jest zabezpieczany przez 1 lekarza i 2 pielęgniarki, zgodnie z harmonogramem.
7. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych dokonuje ordynator, zastępca ordynatora lub lekarz prowadzący.
8. Lekarze specjaliści biorą udział w komisji orzekania śmierci mózgu.
9. Konsultacje specjalistyczne pilne – natychmiast. Inne w tym samym dniu. Konsultują wszyscy lekarze specjaliści wg grafiku.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Pełna diagnostyka neurologiczna.
2. Leczenie wszystkich chorób układu nerwowego.
3. Wczesna rehabilitacja poudarowa.

IV. Do zadań Poradni Neurologicznej w szczególności należy:

1. Ustalenie rozpoznania lekarskiego na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego.

2. Udzielanie porad z zakresu chorób neurologicznych.
3. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
4. Kwalifikacja chorych do leczenia szpitalnego.
5. Kontrola leczenia pacjentów po pobycie w Szpitalu.
6. Konsultacje pacjentów z innych Szpitali.
7. Edukacja pacjentów.
8. Szkolenie personelu medycznego.
9. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
10. Leczenie spastyczności toksyną botulinową.
11. Leczenie immunomodulujące SM w ramach programu terapeutycznego NFZ.

V. Do zadań Pracowni EEG w szczególności należy:

1. Wykonywanie badań EEG rutynowych.
2. Wykonywanie badań video-EEG:
 - a) w systemie ambulatoryjnych,
 - b) w oddziale,
3. Wykonywanie badań po deprywacji, np. po bezsennej nocy i inne.
4. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
5. Szkolenie personelu.

Załącznik Nr 9.5 ZADANIA ODDZIAŁU UDAROWEGO

I. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego i techników radiologii kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza jeden lekarz oraz dwie pielęgniarki.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych: dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora
9. Lekarze Oddziału Udarowego udzielają konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny neurologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

II. Zadania Oddziału Udarowego:

1. Intensywna diagnostyka, leczenie i opieka nad pacjentami z ostrym udarem mózgu-sala intensywnej opieki.
2. Opieka i leczenie pacjentów ze świeżym udarem mózgu-po 3 dniach od zachorowania.
3. Wczesna rehabilitacja ruchowa u pacjentów ze świeżym udarem mózgu (rehabilitanci).
4. Wczesna rehabilitacja mowy u pacjentów ze świeżym udarem mózgu (logopeda).
5. Wczesna pomoc psychologiczna pacjentów ze świeżym udarem mózgu (psycholog).
6. 24 godzinny dostęp do internisty, kardiologa, neurochirurga, chirurga naczyniowego, kardiochirurga, radiologa dla pacjentów ze świeżym udarem mózgu.

Załącznik Nr 9.6 ZADANIA ODDZIAŁU REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Pracownia fizykoterapii.
2. Pracownia masażu.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje koordynator oddziału.
2. Koordynator oddziału jest zastępowany przez wyznaczonego przez niego lekarza.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez wyznaczoną przez nią pielęgniarkę.
5. Pracą fizjoterapeutów i masażyстів kieruje koordynator fizjoterapii.
6. Koordynator fizjoterapii jest zastępowany przez wyznaczonego przez niego fizjoterapeutę.
7. Pracą zespołu terapeutycznego (pielęgniarka, fizjoterapeuta, logopeda, psycholog, terapeuta zajęciowy, dietetyk, masażysta) kieruje koordynator oddziału.
8. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
9. Kwalifikacje pacjentów do hospitalizacji dokonuje koordynator oddziału lub zastępujący go lekarz prowadząc jednocześnie listę pacjentów oczekujących.
10. Lekarz prowadzący pacjenta przyjętego do oddziału jest wyznaczany przez oraz koordynatora oddziału lub zastępującego go lekarza.
11. Lekarze oddziału nefrologicznego/hematologicznego zapewniają doraźną opiekę nad pacjentami na wezwanie pielęgniarki oddziału rehabilitacji neurologicznej poza godzinami wynikającymi z umów o pracę lub umów cywilnoprawnych lekarzy oddział rehabilitacji.
12. Konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala dokonuje koordynator oddziału lub zastępujący go lekarz w czasie nie dłuższym niż 24 godziny od zgłoszenia w zależności od pilności w dni robocze.
13. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi koordynator oddziału i kierownicy specjalizacji.
14. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
15. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

16. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Do zadań Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej w szczególności należy:

1. Leczenie chorych ze schorzeniami układu nerwowego ze szczególnym uwzględnieniem:
 - a) udarów mózgu,
 - b) urazów czaszkowo-mózgowych,
 - c) urazów rdzenia kręgowego,
 - d) chorób obwodowego układu nerwowego,
 - e) następstw urazu wielonarządowego z zajęciem układu nerwowego.
2. Prowadzenie rehabilitacji kompleksowej, tj.:
 - a) kinezyterapii,
 - b) fizykoterapii i masażu,
 - c) terapii psychologicznej,
 - d) terapii logopedycznej,
 - e) terapii zajęciowej,
 - f) terapii diety,
 - g) poradnictwa socjalnego.
3. Prowadzenie konsultacji fizjoterapeutycznych, kwalifikowanie do fizjoterapii, ustalanie planu usprawniania, zlecanie i realizacja procedur fizjoterapeutycznych u pacjentów innych oddziałów Szpitala.
4. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

IV. Zadania Pracowni Fizykoterapii:

1. Pracownia realizuje procedury fizjoterapeutyczne zlecone przez lekarzy, koordynatora fizjoterapeutów, magistrów fizjoterapii u pacjentów leczonych w Szpitalu na terenie pracowni lub przy łóżku pacjenta.
2. Pracownia realizuje procedury fizjoterapeutyczne zlecone przez lekarzy, magistrów fizjoterapii u pacjentów spoza szpitala na zasadach komercyjnych na terenie pracowni.

V. Zadania Pracowni Masażu:

1. Pracownia realizuje procedury masażu zlecone przez lekarzy, koordynatora fizjoterapeutów, magistrów fizjoterapii u pacjentów leczonych w Szpitalu na terenie pracowni lub przy łóżku pacjenta.
2. Pracownia realizuje procedury masażu zlecone przez lekarzy, magistrów fizjoterapii u pacjentów spoza szpitala na zasadach komercyjnych na terenie pracowni.

Załącznik Nr 9.7 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO NEFROLOGICZNEGO, HIPERTENSJOLOGII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Stanowiska pozaustrojowego oczyszczania krwi.
2. Poradnia Nefrologiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego, kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarki oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej lub inną wyznaczoną osobę.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę. O przydziale lekarza prowadzącego decydują:
 - 1) liczba pacjentów aktualnie prowadzonych przez jednego lekarza,
 - 2) profil problemów klinicznych prezentowanych przez przyjmowanego pacjenta (w Oddziale są zatrudnieni specjaliści chorób wewnętrznych i nefrologii, a także transplantologii klinicznej i hipertensjologii). Dlatego Pacjenci po przeszczepieniu, do diagnostyki powikłanego nadciśnienia itp. są przydzielani preferencyjnie odpowiednim specjalistom (lub rezydentom wykazującym szczególne zainteresowania w określonym kierunku).

W godzinach dyżurowych Oddział jest zabezpieczony w sposób ciągły przez lekarza specjalistę lub uprawnionego rezydenta (na podstawie decyzji Dyrekcji Szpitala po zaopiniowaniu przez Kierownika specjalizacji oraz Ordynatora). Lekarz dyżurny pochodzi z Oddziału Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych lub Hematologii; dodatkowo pojedyncze dyżury zabezpieczają lekarze kontraktowi - specjaliści chorób wewnętrznych i nefrologii, którzy nie są zatrudnieni na stałe w w/w Oddziałach. Lekarz dyżurny zabezpiecza w godzinach dyżurowych oddziały: Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Hematologii oraz Rehabilitacji. Dyżurujący lekarz w ramach swoich obowiązków konsultuje także inne Oddziały Szpitala i Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz (w przypadku lekarzy zatrudnionych w Oddziale Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych) bierze udział w akcji „przeszczep”. Godziny dyżurowe to 15.00 – 7.30. Dyżurujący rezydenci oraz lekarze specjaliści mają możliwość uzyskania konsultacji telefonicznej Ordynatora lub jego zastępcy.

W Oddziale dyżurują dwie pielęgniarki zgodnie z ustalonym harmonogramem.
7. Kwalifikacji do zabiegów i badań diagnostycznych dokonują lekarze chirurdzy poproszeni na konsultację przez lekarzy Oddziału, w porozumieniu z anestezjologiem, zgodnie ze standardami dotyczącymi całego Szpitala.
8. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym zgodnie z obowiązującymi procedurami.

9. Lekarze Oddziału Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych oraz Pielęgniarka Oddziałowa wchodzi w skład zespołu transplantacyjnego.

10. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji internistycznych, nefrologicznych, hipertensjologicznych i transplantologicznych. Konsultacje są realizowane w ciągu godziny. Konsultacje w godzinach pracy są udzielane przez specjalistę chorób wewnętrznych ze specjalizacją szczegółową (nefrolog, transplantolog, hipertensjolog); w godzinach dyżurowych – także przez uprawnionych rezydentów i specjalistów hematologii. Konsultacje są dokonywane zgodnie ze specjalizacją szczegółową.

11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.

12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:

- 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
- 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Diagnostyka i leczenie chorych z:

- a) ostrym uszkodzeniem nerek,
- b) z przewlekłą chorobą nerek,
- c) pierwotnymi chorobami kłębuszków nerkowych,
- d) wtórnymi chorobami kłębuszków nerkowych,
- e) cewkowo – śródmiąższowymi chorobami nerek,
- f) naczyniowymi chorobami nerek,
- g) pierwotnym nadciśnieniem tętniczym (zwłaszcza opornym i powikłanym),
- h) wtórnym nadciśnieniem tętniczym.

2. Leczenie powikłań u chorych leczonych dializą otrzewnową i hemodializą.

3. Rozpoznawanie i leczenie powikłań po przeszczepieniu nerki (po 30 dniu od przeszczepienia).

4. Diagnostyka i leczenie innych chorób z zakresu chorób wewnętrznych.

5. Udzielanie konsultacji Oddziałom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii, hipertensjologii i transplantologii klinicznej.

6. Udzielanie konsultacji lekarzom rodzinnym.

7. Kwalifikowanie chorych do leczenia nerkozastępczego.

8. Kwalifikowanie chorych do zgłoszenia na listę biorców nerki i nerki z trzustką.

9. Kwalifikowanie potencjalnych żywych dawców nerki.

10. Wykonywanie wybranych zabiegów związanych z leczeniem nerkozastępczym:

- a) plazmaferezy u pacjentów z chorobami nerek oraz we wskazaniach pozanerkowych w chorobach, w których udowodniono skuteczność plazmaferez,
- b) hemodializy przerywanej u chorych z ostrym uszkodzeniem nerek i przewlekłą chorobą nerek hospitalizowanych (z wyłączeniem pacjentów ambulatoryjnych).

11. Diagnostowanie i leczenie chorych z innymi schorzeniami internistycznymi.

12. Szkolenie zawodowe personelu lekarskiego i pielęgniarskiego według najnowszych trendów wiedzy (EBM).

13. Zapewnienie opieki dyżurowej nad pacjentami w oddziałach Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Hematologii oraz Rehabilitacji.

14. Prowadzenie Pacjentów w Poradni Nefrologicznej oraz będących poza strukturą Oddziału Poradni: Nadciśnienia Tętniczego i Transplantacji Nerek.

15. Opieka ambulatoryjna nad pacjentami żywionymi parenteralnie (jeden lekarz Oddziału).

IV. Do zadań Poradni Nefrologicznej w szczególności należy:

1. Udzielanie indywidualnych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.
2. Ustalenie rozpoznania lekarskiego na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego.
3. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
4. Kwalifikacja chorych do leczenia nerkozastępczego.
5. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
6. Edukacja pacjentów.
7. Szkolenie personelu medycznego.
8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik Nr 9.8 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KARDIOLOGICZNEGO I ODDZIAŁU INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. Pracownia Hemodynamiki.
2. Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii.
3. Pracownia Echokardiografii.
4. Pracownia Elektrokardiografia Spoczynkowej i Wysiłkowej.
5. Pracownia Badań Holterowskich.
6. Poradnia Nadciśnienia Tętniczego:
 - 1) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów

II. Organizacja oddziałów:

1. Pracą oddziałów kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracownią Hemodynamiki kieruje kierownik pracowni.
4. Pracownią Elektrofizjologii i Elektroterapii kieruje kierownik pracowni.
5. Pracą personelu pielęgniarskiego i techników radiologii kieruje pielęgniarka oddziałowa.
6. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
8. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
9. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza dwóch lekarzy – jeden w Pracowni Hemodynamiki, drugi w Oddziale Kardiologii i Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. Dyżur w Pracowni Hemodynamiki pełnią również pielęgniarka i technik radiologii. W Oddziale Kardiologii i Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego dyżurują cztery pielęgniarki.
10. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych: kwalifikacji do koronarografii i zabiegów elektrofizjologicznych dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora.
11. Lekarze Oddziału Kardiologii udzielają konsultacji kardiologicznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny kardiologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.

13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
- 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Do zadań Oddziału Kardiologicznego w szczególności należy:

- 1) leczenie pacjentów ze schorzeniami układu krążenia w trybie pilnym i planowym.
- 2) diagnostyka inwazyjna chorób serca – koronarografia.
- 3) diagnostyka nieinwazyjna chorób serca.
- 4) wszczepianie i kontrola urządzeń do stymulacji, resynchronizacji i defibrylacji serca.
- 5) leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych w trybie 24 godzinnego dyżuru hemodynamicznego.
- 6) prewencja pierwotna i wtórna zawału serca.

2. Do zadań Pracowni Elektrokardiografii Spoczynkowej i Wysiłkowej w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań elektrokardiograficznych spoczynkowych dla pacjentów oddziału kardiologii.
- 2) wykonywanie planowych badań elektrokardiograficznych spoczynkowych dla pacjentów z innych oddziałów szpitalnych WSS.
- 3) wykonywanie planowych badań elektrokardiograficznych spoczynkowych dla pacjentów z poradni WSS w Olsztynie.
- 4) wykonywanie badań elektrokardiograficznych wysiłkowych na bieżni ruchomej lub cykloergometrze dla pacjentów z oddziału kardiologii, innych oddziałów szpitala oraz poradni szpitalnych.
- 5) wykonywanie badań elektrokardiograficznych przyłóżkowych w oddziałach WSS w Olsztynie.

3. Do zadań Pracowni Badań Holterowskich w szczególności należy:

- 1) wykonywanie i analiza badań holtera ekg u chorych z Oddziału Kardiologii WSS w Olsztynie,
- 2) wykonywanie i analiza badań holtera ekg u chorych z innych oddziałów szpitalnych WSS w Olsztynie,
- 3) wykonywanie i analiza badań holtera ekg u chorych ambulatoryjnych z poradni WSS w Olsztynie.

4. Do zadań Pracowni Echokardiografii w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań echokardiograficznych przekłatkowych z analizą dopplerowską i dopplerem kolorowym,
- 2) wykonywanie badań echokardiograficznych przezprzełykowych,
- 3) wykonywanie badań echokardiograficznych obciążeniowych (z dobutaminą i dipirydamolem),
- 4) wykonywanie badań echokardiograficznych przezprzełykowych z zastosowaniem kontrastowania.

5. Do zadań Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań elektrofizjologicznych,
- 2) wykonywanie zabiegów ablacji zaburzeń rytmu serca,
- 3) kwalifikowanie pacjentów do zabiegów elektrofizjologicznych,
- 4) wszczepianie rozruszników serca jedno i dwujamowych,
- 5) wszczepianie kardiowerterów-defibrylatorów i urządzeń resynchronizujących,

- 6) opisywanie i ewidencjonowanie wyników badań i zabiegów,
- 7) sporządzanie zapotrzebowania na sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny jednorazowego użytku,
- 8) raportowanie zużycia sprzętu jednorazowego użytku.

6. Do zadań Pracowni Hemodynamiki w szczególności należy:

- 1) wykonywanie badań koronarograficznych,
- 2) wykonywanie zabiegów angioplastyki wieńcowej balonowej,
- 3) wykonywanie zabiegów angioplastyki wieńcowej ze wszczepieniem stentów,
- 4) wykonywanie badań hemodynamicznych serca,
- 5) opisywanie i ewidencjonowanie wyników badań i zabiegów,
- 6) sporządzanie zapotrzebowania na sprzęt diagnostyczny i terapeutyczny jednorazowego użytku,
- 7) raportowanie zużycia sprzętu jednorazowego użytku.

7. Do zadań Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego w szczególności należy:

- 1) monitorowanie i leczenie chorych hospitalizowanych z powodu ostrych zespołów wieńcowych w okresie po zabiegowym (zabiegi na naczyniach wieńcowych),
- 2) monitorowanie i leczenie chorych z niestabilnością wieńcową i niewydolnością krążeniowo-oddechową,
- 3) monitorowanie i leczenie chorych z groźnymi dla życia zaburzeniami rytmu serca.

IV. Zadania poradni nadciśnienia tętniczego – Poradnia nadciśnienia tętniczego dysponuje Pracownią Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów

- 1) diagnostyka i leczenie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym,
- 2) kontrola stymulatorów i kardiowerterów serca (ICD) oraz urządzeń do resynchronizacji (CRT-D i CRT-P).

Załącznik Nr 9.9 ZADANIA ODDZIAŁU HEMATOLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia hematologiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. W czasie nieobecności Ordynatora zastępuje go wskazany lekarz oddziału ze specjalizacją z hematologii.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarki oddziałowej jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza lekarz dyżurny (w godz.15.00-7.30) oraz pielęgniarka pełniąca dyżur-zgodnie z harmonogramem dyżurów.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych dokonuje lekarz prowadzący w porozumieniu z ordynatorem.
9. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych odbywa się zgodnie z obowiązującymi procedurami.
10. Lekarze Oddziału Hematologicznego udzielają konsultacji hematologicznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny hematologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.
11. Czas realizacji konsultacji zależy od określenia jej pilności przez lekarza zlecającego konsultację: pilne w ciągu ½ godziny, planowe w ciągu 1 dnia.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Diagnostyka chorób układu krwiotwórczego.
2. Leczenie chorób układu krwiotwórczego.
3. Konsultacje z zakresu hematologii wykonywane w oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.
4. Szkolenie lekarzy z zakresu hematologii w ramach staży cząstkowych wymaganych do realizacji specjalizacji.
5. Opieka ambulatoryjna - porady świadczone w poradni hematologicznej.

IV. Do zadań Poradni Hematologicznej w szczególności należy:

1. Diagnostyka i leczenie niedokrwistości hematologicznych.
2. Diagnostyka i leczenie małopłytkowości.
3. Diagnostyka i leczenie chorób rozrostowych układu krwiotwórczego.
4. Diagnostyka limfadenopatii.
5. Kontrola chorych po zakończeniu leczenia hematologicznego.
6. Diagnostyka i leczenie zaburzeń krzepnięcia osoczowych i naczyniowych.
7. Edukacja pacjentów.
8. Szkolenie personelu.
9. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik Nr 9.10 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU GASTROENTEROLOGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Pracownia Endoskopowa.
2. Poradnia Gastroenterologiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator zastępowany jest przez z-cę ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej/pielęgniarkę endoskopową.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę według aktualnej liczby prowadzonych pacjentów i innych obciążeń pracą na oddziale i innych jego komórkach.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza jeden lekarz i 2 pielęgniarki zgodnie z harmonogramem, dyżur pod telefonem pełni lekarz w zakresie dyżuru endoskopowego.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/ badań inwazyjnych dokonuje:
 - 1) lekarz prowadzący po uzgodnieniu z ordynatorem: prosi na konsultację lekarza zabiegowego, który ostatecznie kwalifikuje do leczenia operacyjnego,
 - 2) do innych zabiegów i badań inwazyjnych kwalifikuje lekarz prowadzący po uzgodnieniu z ordynatorem najczęściej w trakcie codziennych obchodów ordynatorskich.
9. Lekarz dyżurny automatycznie staje się członkiem zespołu reanimacyjnego na swoim oddziale.
10. Lekarze Oddziału Gastroenterologicznego udzielają konsultacji specjalistycznych w dniu zgłoszenia na poszczególnych oddziałach wg ustalonego przez ordynatora grafika konsultacji, który jest dostępny na tablicy ogłoszeń.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Realizacja zadań związanych z rolą ośrodka odwoławczego w zakresie schorzeń gastroenterologicznych:
 - 1) leczenie nieswoistych schorzeń zapalnych jelit, w tym choroby Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, prowadzenie programu leczenia biologicznego,
 - 2) powikłania marskości wątroby, głównie terapia konsekwencji nadciśnienia wrotnego, rozwijanie programu profilaktyki krwotoków z żyłaków przełyku z wykorzystaniem pionierskich technik inwazyjnego pomiaru parametrów hemodynamicznych w naczyniach wątrobowych,
 - 3) „odwoławcze” zabiegi endoskopowe (trudne, złożone polipektomie, badania EUS, zakładanie gastrostomii odżywczych metodą endoskopową itp.),
 - 4) leczenie najcięższych przypadków schorzeń z dziedziny gastroenterologii.
2. Profilaktyka schorzeń onkologicznych:
 - 1) wykonywane w Pracowni Endoskopowej badania endoskopowe górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
 - 2) realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych, takich jak Program Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego.
3. Specjalistyczne świadczenia lekarskie z dziedziny gastroenterologii w ramach Poradni Gastroenterologicznej.
4. Konsultacje specjalistyczne i wykonywanie badań i zabiegów endoskopowych dla wszystkich oddziałów i poradni Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

IV. Do zadań Pracowni Endoskopowej w szczególności należy:

1. Wykonanie gastrokopii z testem urazowym (diagnostyka zakażenia *Helicobacter pylori*).
2. Wykonanie gastrokopii z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.
3. Wykonanie gastrokopii z polipektomią.
4. Gastroscopia z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego (APC, klipsowanie, ostrzykiwanie, podwiązanie żyłaków przełyku (EVL).
5. Wykonanie gastrostomii odżywczej (PEG).
6. Wykonanie gastrokopii (usuwanie ciał obcych).
7. Rektoskopia (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
8. Sigmoidoskopia (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
9. Kolonoskopia (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
10. Kolonoskopia z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
11. Kolonoskopia z polipektomią (badanie dolnego odcinka przewodu pokarmowego).
12. Istnieje możliwość wykonania powyższych badań w znieczuleniu.
13. Ultrasonografia endoskopowa (EUS) – dolnego i górnego odcinka przewodu pokarmowego.

V. Do zadań Poradni Gastroenterologicznej w szczególności należy:

1. Diagnostyka chorób przewlekłych górnego odcinka przewodu pokarmowego, jelit, trzustki, wątroby.
2. Leczenie chorób przewodu pokarmowego, trzustki, wątroby.
3. Profilaktyka chorób nowotworowych układu gastrologicznego.
4. Analiza napływających wyników.
5. Edukacja chorych dotycząca sposobu życia i postępowania z przewlekłymi chorobami gastrologicznymi.
6. Szkolenie personelu medycznego.
7. Prowadzenie programów lekowych.

Załącznik 9.11 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO OKULISTYCZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia Okulistyczna I:
 - 1) pracownia laseroterapii i angiografii.
2. Poradnia Okulistyczna II.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje koordynator.
2. Koordynator jest zastępowany przez zastępcę koordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez koordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarki oddziałowej jest zastępowana przez zastępcę pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa / zastępca pielęgniarki oddziałowej oraz pielęgniarki dyżurne.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez Koordynatora lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza 1 lekarz (dyżury 17 godzin – dzień powszedni i 24 godz. – dni świąteczne- dotyczy lekarzy kontraktowych). Dyżury lekarzy rezydentów- 10 godz. (2-3 razy w miesiącu) wg grafiku.
8. Całodobowa opieka pielęgniarska odbywa się wg harmonogramu ustalonego przez pielęgniarkę oddziałową.
9. Kwalifikacje do operacji odbywają się:
 - 1) tydzień przed planowaną operacją- badanie okulistyczne w Poradni Okulistycznej,
 - 2) w dniu przyjęcia – badanie przez koordynatora i/ lub zastępcę w oddziale.
10. W zespole urazowym reanimacyjnym, transplantacyjnym i innych uczestniczy lekarz dyżurny lub lekarz wyznaczony przez Ordynatora.
11. Konsultacje specjalistyczne w innych oddziałach odbywają się na następujących zasadach:
 - 1) do każdego oddziału w szpitalu jest przydzielony lekarz specjalista i rezydent do przeprowadzania konsultacji,
 - 2) konsultacje odbywają się po zgłoszeniu telefonicznym i komputerowym – na bieżąco.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,

2) zawarcie umowy trójsstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Leczenie operacyjne:

- 1) operacje zaćmy,
- 2) witrektomie – operacje tylnego odcinka gałki ocznej,
- 3) operacje przeciwjaskrowe,
- 4) operacje odwarstwienia siatkówki – metodą zewnętrzną,
- 5) zaopatrzenie chirurgiczne ran pourazowych,
- 6) usuwanie ciał obcych wewnątrzgałkowych - operacje wykonywane na bloku operacyjnym,
- 7) drobne zabiegi operacyjne aparatu ochronnego i gałki ocznej - sala zabiegowa oddziału,
- 8) iniekcje doszkliskowe preparatu anty VEGF – sala zabiegowa oddziału.

2. Diagnostyka w kierunku chorób:

- 1) jaskra,
- 2) schorzenia siatkówki i ciała szklanego,
- 3) schorzenia nerwu wzrokowego,
- 4) zaćmy,
- 5) choroby zapalne i zwyrodnieniowe.

3. Leczenie zachowawcze.

4. Wykonywanie badań diagnostycznych.

5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.

6. Szkolenie personelu medycznego.

7. Współdziałanie z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia diagnostyki okulistycznej i leczenia pacjentów.

8. Stała współpraca z oddziałami:

- 1) oddział chirurgii szczękowej w Szpitalu Miejskim,
- 2) oddział pulmonologiczny w Szpitalu P/Gruźliczym,
- 3) w zakresie badania TK i MRI.

9. Okresowa współpraca z oddziałami wewnętrznymi w woj. warmińsko – mazurskim.

10. Konsultacje i leczenie trudnych pacjentów w Klinikach Okulistycznych w Polsce.

V. Zadania poradni okulistycznej I – Poradnia Okulistyczna I dysponuje pracownią laseroterapii i angiografii fluoresceinowej:

1. Wykonywanie zabiegów laserowych:

1) przy użyciu lasera argonowego (zabiegi dotyczące tylnego odcinka gałki ocznej):

- a) fotokoagulacja laserowa – cukrzyca,
- b) trabeculoplastyka laserowa – jaskra,

2) przy użyciu lasera Nd – YAG:

- a) kapsulotomia laserowa – zmętnienia tylnej torebki soczewki,
- b) iridotomia laserowa – jaskra,

2. Diagnostyka tylnego odcinka gałki ocznej przy użyciu angiografii fluoresceinowej.

3. Kwalifikacja chorych do leczenia zachowawczego i zabiegów operacyjnych.

4. Badanie pola widzenia, GDX, OCT.

5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.

6. Szkolenia personelu medycznego z oddziału okulistycznego oraz lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki.

V. Zadania poradni okulistycznej II:

1. Badania profilaktyczne narządu wzroku.
2. Kwalifikacja chorych do leczenia zachowawczego i zabiegów operacyjnych.
3. Kontrola pacjentów pooperacyjnych.
4. Leczenie zachowawcze pacjentów ambulatoryjnych.
5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
6. Szkolenia personelu medycznego oddziału i szkolących się z zakresu okulistyki lekarzy rodzinnych.

Załącznik Nr 9.12 ZADANIA ODDZIAŁU OTOLARYNGOLOGICZNEGO I ONKOLOGII LARYNGOLOGICZNEJ

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia otolaryngologiczna:

- 1) Pracownia audiologiczna,
- 2) Pracownia diagnostyki i leczenia zaburzeń narządu równowagi.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez z-cę ordynatora lub wskazanego lekarza.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa zastępowana jest przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Pracą innego personelu, zatrudnionego w danej komórce sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
7. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez Ordynatora lub jego zastępcę.
8. Oddział w godzinach dyżurowych zabezpieczany jest przez lekarzy oraz pielęgniarki pełniące dyżury stacjonarne w wyznaczonych godzinach, zgodnie z harmonogramem pracy.
9. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych dokonuje ordynator, z-ca ordynatora lub lekarz specjalista wyznaczony przez ordynatora.
10. W zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych uczestniczy lekarz dyżurny oddziału.
11. Udzielanie konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach:
 - 1) dla pacjentów chodzących lekarz pracujący w danym dniu w Poradni,
 - 2) dla pacjentów leżących w tym pilnych -lekarz dyżurny lub przez niego upoważniony inny lekarz.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek sprawuje pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

W oddziale leczone są operacyjnie, a w uzasadnionych klinicznie przypadkach zachowawczo schorzenia z zakresu uszu, nosa i zatok przynosowych, gardła, krtani, ślinianek, przełyku i szyi. Oddział posiada pracownię diagnostyki zaburzeń równowagi oraz pracownię audiologiczną.

Zakres wykonywanych zabiegów:

1. Operacje uszu (w tym operacje poprawiające słuch).
2. Operacje nosa i zatok przynosowych- metoda endoskopowa.
3. Operacje migdałków podniebiennych- zabiegi w znieczuleniu ogólnym.
4. Operacje z zakresu onkologii laryngologicznej.
5. Operacje mikrochirurgiczne krtani (w tym zabiegi z poszerzeniem szpary głosni).
6. Operacje związane z leczeniem chrapania i bezdechu sennego.
7. Operacje endoskopowe na drogach łzowych.
8. Operacje przetok i torbieli bocznych szyi.

Do zabiegów wykorzystywana jest technika operacji w mikroskopie operacyjnym, wykorzystuje się także techniki endoskopowe połączone z torem wizyjnym. W leczeniu operacyjnym wykorzystuje się również laser operacyjny dwutlenkowy, co stwarza nowe możliwości leczenia wielu stanów chorobowych zwłaszcza z zakresu onkologii.

IV. Do zadań Poradni Otolaryngologicznej w szczególności należy:

1. Diagnostyka i leczenie zachowawcze.
2. Diagnostyka audiologiczna.
3. Kwalifikacja chorych do leczenia szpitalnego.
4. Przeprowadzanie badań kontrolnych po leczeniu zabiegowym.
5. Konsultacje chorych z innych szpitali.
6. Edukacja pacjentów.
7. Szkolenie personelu medycznego.
8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

V. Poradnia Otolaryngologiczna dysponuje pracownią audiologiczną zajmującą się diagnostyką i leczeniem zaburzeń słuchu. W ramach diagnostyki wykonuje się:

1. Badanie akumetryczne.
2. Próby stroikowe.
3. Badania audiometryczne – audiogram standardowy:
 - a) próby nadprożowe,
 - b) tympanometria z badaniem odruchów strzemiączkowych.
4. Otoskopię z oceną struktur ucha pod mikroskopem.
5. Pracownia sprawuje opiekę i zapewnia stałą kontrolę nad chorymi z niedosłuchem i pacjentami po operacjach usznych.
6. W pracowni lekarz kwalifikuje chorych do zabiegów.
7. W pracowni lekarz ustala wskazania do operacji usznych oraz wskazania do protezowania narządu słuchu aparatami słuchowymi implantami ślimakowymi oraz implantami BAHA.

VI. Poradnia Otolaryngologiczna dysponuje pracownią diagnostyki i leczenia zaburzeń narządu równowagi zajmującą się diagnostyką i leczeniem zaburzeń równowagi. W ramach diagnostyki wykonuje się:

1. Diagnozowanie zaburzeń układu równowagi na platformie posturograficznej.
2. Rehabilitacja zaburzeń układu równowagi na platformie posturograficznej.
3. Diagnozowanie łagodnych, napadowych, położeniowych zawrotów głowy.
4. Wykonywanie manewrów repozycyjnych w łagodnych, napadowych, położeniowych zawrotach głowy.

Załącznik Nr 9.13 ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO CHIRURGII NACZYNIOWEJ, ODDZIAŁU CHIRURGII OGÓLNEJ

I. Struktura oddziałów:

1. Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej:
 - a) Poradnia Chirurgii Naczyniowej.
 - b) Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych.
2. Oddział Chirurgii Ogólnej.

II. Organizacja oddziałów:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie żywienia, utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę lub pacjent przyjęty w trybie pilnym jest prowadzony przez lekarza przyjmującego, pacjent przyjęty w trybie planowym – lekarz, który zakwalifikował pacjenta do leczenia szpitalnego.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza dwóch lekarzy – jeden dyżurny stały, drugi dostępny na wezwanie wg grafików akceptowanych przez ordynatora. Przynajmniej jeden z dyżurnych jest lekarzem specjalistą. Pielęgniarki – obsada stała zmianowa zgodnie z harmonogramem ustalonym przez pielęgniarkę oddziałową. Obsada minimalna: 3 osoby.
8. Kwalifikacje pacjentów do leczenia szpitalnego w trybie planowym prowadzone są przez lekarza specjalistę w poradni specjalistycznej, w trybie pilnym przez lekarza SOR lub weryfikowane przez lekarza dyżurnego. Kwalifikacja do operacji lub zabiegu inwazyjnego – lekarz prowadzący zgłasza do ordynatora lub zastępcy. Ordynator/zastępca ustala na tej podstawie plan operacji/zabiegów.
9. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z poszczególnych dziedzin chirurgii dla poszczególnych oddziałów szpitala. Konsultacje odbywają się w trybie planowym – lekarz konsultujący dany oddział wg grafiku konsultantów, w trybie ostrym – lekarz dyżurny – cały szpital. Czas reakcji zgodnie zobowiązującą procedurą szpitalną.
10. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych realizowany jest zgodnie z obowiązującymi procedurami lub Zespół urazowy –wg opracowanego harmonogramu. Transplantacyjny – zgodnie z zapotrzebowaniem zgłaszanym przez kierownika Oddziału Transplantacyjnego lub koordynatora.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej:

1. Diagnozowanie i leczenie rehabilitacja pacjentów z chorobami naczyń.
2. Udział w leczeniu i rehabilitacji uszkodzeń naczyń w ramach Centrum Urazowego.
3. Współpraca z Oddziałem Transplantologii w przeszczepianiu narządów.

4. Kształcenie przed i podyplomowe realizowane w ramach umowy z Wydziałem Medycznym UWM, innych uczelni medycznych oraz innych podmiotów.
5. Badania naukowe dotyczące zagadnień związanych z ww. problematyką w ramach badań własnych, oraz we współpracy z zewnętrznymi podmiotami w ramach zawartych umów.
6. Zapewnienie leczenia operacyjnego zakażonych ran w ramach współpracy z poradnią leczenia ran przewlekłych.

IV. Zadania Oddziału Chirurgii Ogólnej:

1. Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów w przebiegu nowotworów.
2. Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów z chorobami gruczołów dokrewnych.
3. Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów z chorobami przewodu pokarmowego i innymi z zakresu chirurgii ogólnej.
4. Udział w leczeniu i rehabilitacji urazów w ramach Centrum Urazowego.
5. Współpraca z Oddziałem Transplantologii w przeszczepianiu narządów.
6. Kształcenie przed i podyplomowe realizowane w ramach umowy z Wydziałem Medycznym UWM, innych uczelni medycznych oraz innych podmiotów.
7. Badania naukowe dotyczące zagadnień związanych z ww. problematyką w ramach badań własnych, oraz we współpracy z zewnętrznymi podmiotami w ramach zawartych umów.

V. Zadania Poradni Naczyniowej:

1. Diagnozowanie i kwalifikacja do leczenia zabiegowego pacjentów chorych na choroby naczyń.
2. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
3. Współpraca z Oddziałem Chirurgii Naczyniowej i z innymi jednostkami szczególnie biorącymi udział w leczeniu ww. grupy pacjentów.
4. Edukacja chorych
5. Prowadzenie kształcenia przed i podyplomowego.

VI. Zadania Poradni Leczenia Ran Przewlekłych:

1. Diagnozowanie i leczenie chorych z ranami przewlekłymi, szczególnie dotyczącymi kończyn dolnych: o etiologii żyłnej, tętniczej oraz mieszanej, w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej.
2. Kwalifikacja chorych do leczenia zabiegowego i operacyjnego.
3. Przygotowanie chorych do operacji.
4. Leczenie i kontrola chorych po operacji.
5. Edukacja pacjentów.
6. Współpraca i szkolenie personelu medycznego.

Załącznik Nr 9.14 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ORTOPEDII, TRAUMATOLOGII I CHIRURGII KRĘGOSŁUPA

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje koordynator.
2. Koordynator jest zastępowany przez zastępcę koordynatora lub w przypadku jego nieobecności przez wskazanego przez koordynatora lekarza specjalistę.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępcę pielęgniarki oddziałowej.
5. Pracą sekretarek medycznych kieruje kierownik działu statystyki i dokumentacji medycznej i kierownik kliniki.
6. Pracą fizjoterapeutów w oddziale kieruje kierownik kliniki, podległość merytoryczna- ordynator oddziału rehabilitacyjnego.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa kliniki.
8. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do kliniki jest wyznaczany przez kierownika kliniki lub jego zastępcę.
9. Pracę w klinice w godzinach dyżurowych zabezpiecza lekarz dyżurny w godz. 15:00-07:30 lub 07:30-07:30 w soboty lub dni świąteczne. Lekarz dyżurny pod telefonem w godzinach 15:00-07:30 lub 07:30-07:30. Pielęgniarki w godz. 07:00-19:00 i 19:00-07:00.
10. Pacjentów do zabiegów operacyjnych kwalifikuje kierownik kliniki, jego zastępcę i lekarze specjaliści. O kwalifikacji do zabiegu operacyjnego w trakcie dyżuru decyduje lekarz dyżurny kliniki. Jeżeli lekarz dyżurny nie jest specjalistą to kwalifikacja odbywa się w porozumieniu z lekarzem specjalistą dyżurującym pod telefonem. W wybranych przypadkach kwalifikuje/dyskwalifikuje kierownik kliniki. Lekarz dyżurny nie wykonuje planowych zabiegów operacyjnych w miarę możliwości. Kwalifikacje do leczenia odbywają się w Klinice, Izbie Przyjęć lub Szpitalnym Klinicznym Oddziale Ratunkowym. Obowiązują tryby: nagły, pilny i planowy kwalifikacji do zabiegów.
11. W zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych uczestniczy lekarz dyżurny kliniki.
12. Konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach udziela lekarz dyżurny lub osoba wskazana przez kierownika kliniki. Konsultacje w trybie pilnym odbywają się do 10 minut od zgłoszenia. Konsultacje w trybie planowym odbywają się do 6 godzin od zgłoszenia.
13. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi kierownik kliniki i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa kliniki lub inna osoba wskazana odrębną umową.

14. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w klinice lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:

- 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
- 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

15. Pozostałe zadania klinik realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania oddziału:

1. Kompleksowe leczenie obrażeń wielonarządowych i wielomiejscowych narządu ruchu – we współpracy z anestezjologami, chirurgami, neurochirurgami i lekarzami innych specjalności.
2. Kompleksowe leczenie operacyjne chorób i urazów kręgosłupa: złamań, zwichnięć, uszkodzeń rdzenia kręgowego i nerwów rdzeniowych, dyskopatii, kręgozmyków, skolioz i innych deformacji, stenoz kanału kręgowego, spondyloz, spondylopatii, wad wrodzonych, niestabilności, nowotworów pierwotnych i przerzutowych, zapaleń swoistych i nieswoistych oraz innych deformacji nabytych. Zabiegi wykonywane z wykorzystaniem nowoczesnych implantów i technik minimalnie inwazyjnych – MISS.
3. Endoprotezoplastyki pierwotne i rewizyjne stawów biodrowych bezcementowe, w cementowanych, poresekcyjne.
4. Leczenie zachowawcze i operacyjne chorych z urazowym uszkodzeniem narządu ruchu, w tym:
 - 1) leczenie złamań kości długich kończyn górnych i dolnych, miednicy,
 - 2) leczenie uszkodzeń stawów – zachowawcze i operacyjne,
 - 3) leczenie uszkodzeń mięśni, ścięgien, więzadeł i nerwów.
5. Leczenia powikłań zrostu kostnego.
6. Leczenie pourazowych i krwiopochodnych zapaleń kości.
7. Leczenie wrodzonych i nabytych deformacji w obrębie narządu ruchu, w tym wydłużenia kończyn.
8. Leczenie chorych z zakresu reumoortopedii – synowektomie, tenosynowektomie, zabiegi korekcyjne rąk i stóp, artroplastyki.
9. Leczenie chorych z pierwotnymi i przerzutowymi nowotworami kości.
10. Leczenie rekonstrukcyjne mięśni, więzadeł, ścięgien i nerwów wraz z zespołami uciskowymi – neuropatiami.
11. Wykonywanie zabiegów artroskopowych.

IV. Zadania poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej:

1. Świadczenia konsultacyjne, diagnostyka i leczenie urazów i zmian narządu ruchu (stłuczenia, skręcenia, zwichnięcia, złamania).
2. Diagnostyka i leczenie schorzeń ortopedycznych:
 - wady wrodzone i nabyte,
 - deformacje pourazowe,
 - choroby zniekształcająco-zwyrodnieniowe kości i stawów,
 - zmiany chorobowe w zakresie tkanek miękkich i narządu ruchu,
 - przewencja i wczesne wykrywanie chorób narządu ruchu.
3. Kwalifikowanie i kierowanie chorych do leczenia szpitalnego.
4. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
5. Kontrola pacjentów leczonych ambulatoryjnie w SKOR.
6. Orzecznictwo lekarskie w zakresie ortopedii i traumatologii.
7. Edukacja pacjentów.
8. Szkolenie personelu medycznego.
9. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik Nr 9.15 ZADANIA ODDZIAŁU NEUROCHIRURGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. Poradnia Neurochirurgiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. W przypadku nieobecności lekarza prowadzącego ordynator lub jego zastępcę wyznacza nowego lekarza prowadzącego do kontynuacji leczenia.
8. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza 1 lekarz dyżurny. W nagłym przypadku, po uzgodnieniu z ordynatorem oddziału, wzywany jest drugi lekarz neurochirurg.
9. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych dokonują lekarze specjaliści, a w wymaganych przypadkach są weryfikowane przez ordynatora lub jego zastępcę.
10. Lekarz dyżurny zabezpiecza konsultacje neurochirurgiczne w innych oddziałach oraz SOR.
11. Udzielanie konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach w godzinach pracy dokonują lekarze oddziału neurochirurgii zgodnie z zapotrzebowaniem i szpitalnymi procedurami ich wykonania.
14. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed – i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową. Nadzór nad lekarzami odbywającymi staż kierunkowy w oddziale neurochirurgii sprawuje lekarz wyznaczony przez ordynatora.
15. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
16. Pozostałe zadania oddziału są realizowane w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Organizacja Poradni Neurochirurgicznej:

1. W poradni pracuje lekarz i pielęgniarka zgodnie z harmonogram pracy ustalany przez ordynatora lub jego zastępcę.
2. Pielęgniarka odpowiada za czynności sprawozdawcze.
3. Lekarz odpowiada za właściwe prowadzenie kart historii choroby pacjenta.

IV. Zadania oddziału i poradni:

1. Do zadań Oddziału Neurochirurgii w szczególności należy:

- 1) Leczenie pacjentów ze schorzeniami ośrodkowego układu nerwowego w trybie pilnym i planowym, w tym:
 - a) diagnostyka i leczenie chorych z nowotworami mózgu w oparciu o nowoczesne planowanie, neuromonitoring, stymulację mózgową,
 - b) zaopatrywanie chirurgiczne i wewnątrznaczyniowe pacjentów z tętniakami naczyń mózgowych i malformacjami naczyniowymi,
 - c) zaopatrywanie chirurgiczne i leczenie zachowawcze pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych i rdzenia,
 - d) leczenie operacyjne wodogłowa,
 - e) diagnostyka, leczenie operacyjne pacjentów ze schorzeniami kręgosłupa,
 - f) zaopatrywanie chirurgiczne urazów i schorzeń nerwów obwodowych,
 - g) leczenie chirurgiczne spastyczności, testy i wszczepianie pomp baclofenowych,
 - h) leczenie p/bólowe neuromodulacyjne, stymulatory rdzeniowe,
 - i) udział w zespołach operacyjnych wielospecjalistycznych,
 - j) zabezpieczenie neurochirurgiczne w ramach Centrum Urazowego Szpitala,
 - k) czynny udział w kształceniu wewnętrznym i zewnętrznym oraz pracy naukowej,
 - l) utrzymanie standardów wymaganych do utrzymania akredytacji z neurochirurgii,
 - m) dbanie o dobrą opinię Oddziału i Szpitala.

2. Do zadań Poradni Neurochirurgicznej należy:

1. Udzielanie porad w zakresie neurochirurgii.
2. Diagnostyka pacjentów ze schorzeniami neurochirurgicznymi jeśli jest to niezbędne do ustalenia właściwej diagnozy zgodnie z zasadami kontraktowymi.
3. Nadzór i prowadzenie chorych po zabiegach neurochirurgicznych.
4. Kwalifikacja i wstępne przygotowanie / dodatkowe konsultacje, badania / pacjentów do leczenia operacyjnego.
5. Wykonywanie drobnych zabiegów zgodnie z procedurami kontraktowymi.

Załącznik Nr 9.16 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO I ODDZIAŁU KLINICZNEGO GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Oddział Kliniczny Ginekologiczno-Położniczy:
 - 1) odcinek – Trakt Porodowy,
 - 2) odcinek – Patologia Ciąży,
 - 3) odcinek – Położniczy „Rooming-in”,
 - 4) odcinek – Ginekologia,
 - 5) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Onkologicznej,
 - 6) Poradnia Genetyczna,
 - 7) Poradnia Patologii Ciąży.
2. Oddział Kliniczny Ginekologii Onkologicznej:
 - 1) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza i Ginekologii Onkologicznej.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez trzech zastępców ordynatora, zaś podczas ich nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą położnych kierują dwie położne oddziałowe:
 - 1) Trakt Porodowy, Patologia Ciąży, Położniczy „Rooming-in”,
 - 2) Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna,
 - 3) Pracą położnych Traktu Porodowego kieruje z-ca położnej oddziałowej pod nadzorem położnej oddziałowej.
4. Podczas nieobecności położne oddziałowe są zastępowane przez zastępczynię położnych oddziałowych
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawują położne oddziałowe.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępców.
7. Zasady zabezpieczenia oddziału w godzinach dyżurowych:
 - 1) podczas godzin dyżurowych Oddział zabezpiecza trzech lekarzy – jeden w Trakcie Porodowym i Izbie Przyjęć (SKOR), drugi w odcinkach: Patologia Ciąży i Położniczy „Rooming-in”, trzeci w odcinkach: Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna.
 - 2) Zabezpieczenie Oddziału w godzinach dyżurowych przez położne:
 - a) odcinek – Trakt Porodowy – 3 położne,
 - b) odcinek – Patologia Ciąży – 2 położne,
 - c) odcinek – Patologia Ciąży – 2 położne,
 - d) odcinek – Położniczy „Rooming-in” – zespół położniczo-noworodkowy – 4 położne/pielęgniarki
 - e) odcinek – Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna – 2 położne.
8. Nadzór i koordynowanie w zakresie laktacji sprawuje doradca laktacyjny, pracujący od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-14.35.

9. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych - kwalifikacji dokonuje ordynator i zastępcy ordynatorów, przy ich nieobecności - lekarz ze specjalizacją II-go stopnia z zakresu ginekologii i położnictwa.
10. Udzielanie konsultacji specjalistycznych w innych oddziałach - lekarze Oddziału udzielają konsultacji zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala po uzgodnieniu telefonicznym. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny ginekologii i położnictwa dla poszczególnych oddziałów szpitala. Konsultacje planowe odbywają się w dniach pracy o godz. 7.30 w Odcinku Ginekologia i Ginekologia Onkologiczna, zaś konsultacje pilne i dyżurowe, po uzgodnieniu telefonicznym z lekarzem dyżurnym, przeprowadzane są w trybie natychmiastowym.
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym położnych prowadzą położne oddziałowe lub inne osoby wskazane w odrębnych umowach.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Do zadań Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego w szczególności należy:

- 1) W zakresie ginekologii operacyjnej:
 - a) wykonywanie zabiegów ginekologicznych w pełnym zakresie,
 - b) leczenie powikłań pooperacyjnych chorych przekazanych z innych szpitali,
 - c) wykonywanie operacji naprawczych po zabiegach w innych ośrodkach,
 - d) wykonywanie zabiegów technicznie trudnych.
- 2) W zakresie ginekologii dziecięcej:
 - a) leczenie operacyjne wad rozwojowych.
- 3) W zakresie endoskopii ginekologicznej:
 - a) szerokie zastosowanie techniki laparoskopowych i histeroskopowych w diagnostyce i leczeniu operacyjnym schorzeń ginekologicznych – nowotwory łagodne i złośliwe narządu rodniczego, wady rozwojowe narządu rodniczego, niepłodność.
- 4) W zakresie położnictwa „Rooming-in”:
 - a) intensywny nadzór nad ciężarnymi z ciążą wysokiego ryzyka,
 - b) prowadzenie porodu fizjologicznego i patologicznego oraz wykonanie zabiegów związanych z patologią porodu (krwotoki poporodowe – embolizacje tętnic biodrowych wewnętrznych, wycięcie macicy),
 - c) personel Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka współpracuje z personelem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz promocji karmienia piersią,
 - d) leczenie powikłań okresu porodu w tym leczenie najcięższych powikłań z innych szpitali regionu.
- 5) W zakresie patologii ciąży:
 - a) leczenie porodu przedwczesnego (szczególnie w zakresie skrajnego wcześniactwa tj. w okresie 25 - 32 tyg. ciąży – jedyny ośrodek III-poziomu referencyjnego zakresie patologii ciąży w województwie),
 - b) diagnostyka prenatalna w ramach współpracy z Poradnią Medycyny Matczyno- Płodowej,

- c) diagnostyka, leczenie i monitorowanie towarzyszących ciąży chorób: nerek, serca i układu krążenia, cukrzycy, hematologicznych, centralnego układu nerwowego, układu naczyniowego, konfliktu serologicznego (zabiegi kordocentezy i amniopunkcji),
- d) leczenie najcięższych powikłań okresu ciąży oraz porodu z innych szpitali w regionie.
- 6) Edukacja pacjentek.
- 7) Szkolenie personelu medycznego.
- 8) Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
- 9) Udostępnienie bazy szkoleniowej dla studentów wydziałów medycznych.
- 10) Prowadzenie szkolenia lekarzy w zakresie uprawnień akredytacyjnych.
- 11) Konsultacje psychologiczne w zakresie profilaktyki depresji okołoporodowej i sytuacjach szczególnych.
- 12) Monitorowanie raz w roku wskaźników opieki okołoporodowej a w szczególności: amniotomii, indukcji porodu, stymulacji czynności skurczowej, podawanie opioidów, nacięcia krocza, cięcia cesarskiego, porody w pozycjach wertykalnych, ocena satysfakcji kobiet objętych opieką oraz wskaźnika liczby noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków.

2. Do zadań Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej w szczególności należy:

- 1) W zakresie ginekologii operacyjnej onkologicznej:
 - a) pełny zakres leczenia operacyjnego schorzeń nowotworowych narządu rodowego (nowotwory złośliwe jajnika, jajowodu, trzonu macicy, szyjki macicy, pochwy, sromu),
 - b) operowanie chorych wymagających poszerzenia rozległości zabiegu po operacjach w innych ośrodkach.
- 2) W zakresie chemioterapii nowotworów narządu rodowego
 - a) kompletny zakres chemioterapii u chorych z nowotworami złośliwymi jajnika i jajowodu (dożylna, dootrzewnowa),
 - b) chemioterapia w zaawansowanych przypadkach raka trzonu macicy,
 - c) chemioterapia w zaawansowanych postaciach raka szyjki macicy,
 - d) leczenie powikłań po chemioterapii,
 - e) prowadzenie badań klinicznych z zakresu ginekologii onkologicznej o zakresie ogólnosiłowym.
- 3) W zakresie ginekologii dziecięcej:
 - a) leczenie operacyjne schorzeń nowotworowych narządu rodowego.
- 4) W zakresie endoskopii ginekologicznej:
 - a) szerokie zastosowanie techniki laparoskopowych i histeroskopowych w diagnostyce i leczeniu operacyjnym onkologicznych schorzeń ginekologicznych.
- 5) Tamowanie krwotoków w nieoperacyjnych nowotworach miednicy mniejszej (zaawansowane przypadki raka szyjki macicy, raka trzonu macicy, raka pochwy) poprzez embolizację tętnic biodrowych wewnętrznych wykonywaną w pracowni badań naczyniowych.
- 6) Prowadzenie follow-up pacjentek onkologicznych leczonych w Oddziale.
- 7) Edukacja pacjentek.
- 8) Szkolenie personelu medycznego.
- 9) Udostępnienie bazy szkoleniowej dla studentów wydziałów medycznych.
- 10) Prowadzenie szkolenia lekarzy w zakresie uprawnień akredytacyjnych.
- 11) Konsultacje psychologiczne w zakresie ginekologii onkologicznej.

3. Do zadań Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Ginekologii Onkologicznej w szczególności należy:

- 1) Prowadzenie ciąży i porodu o przebiegu prawidłowym z promowaniem porodu naturalnego.
- 2) Prowadzenie ciąży wysokiego ryzyka.
- 3) Prowadzenie ciąży, porodu, porodu patologicznego zgodnym z programem opieki perinatalnej, a zwłaszcza powikłanych nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, hipotrofią płodu, wadami płodu, ciążą mnogą.

- 4) Opieka podstawowa: badania screeningowe 12, 20, 30 tydzień ciąży zgodnie z wytycznymi PTG.
- 5) Opieka specjalistyczna: ultrasonograficzna diagnostyka biometryczna płodu, badania z użyciem Dopplera, ultrasonografia interwencyjna (amniopunkcje, amnioinfuzje), badania konsultacyjne wad rozwojowych.
- 6) Udzielanie konsultacji w zakresie: diagnostyki, leczenia ginekologicznych schorzeń ostrych i przewlekłych u pacjentek z województwa warmińsko- mazurskiego.
- 7) Diagnostyka i monitorowanie schorzeń nowotworowych narządu rodnego w zakresie określonym programem centralizacji leczenia schorzeń nowotworowych.
- 8) Konsultacje pacjentek z województwa warmińsko- mazurskiego ze stwierdzonym, lub z podejrzanym, nowotworem narządu rodnego.
- 9) Kwalifikacja do leczenia operacyjnego pacjentek ze schorzeniami nowotworowymi narządu rodnego.
- 10) Prowadzenie follow-up pacjentek onkologicznych leczonych w Oddziale.
- 11) Stała współpraca ze specjalistami onkologami/radio i chemioterapeutycznymi.
- 12) Udzielanie konsultacji pacjentkom oraz kwalifikacja do leczenia operacyjnego w przypadkach powikłań po zabiegach w innych ośrodkach.
- 13) Prowadzenie profilaktyki schorzeń nowotworowych narządu rodnego i piersi.
- 14) Wydawanie opinii i orzeczeń dotyczących schorzeń ginekologicznych.
- 15) Edukacja pacjentek.
- 16) Szkolenie personelu medycznego.

4. Do zadań Poradni Genetycznej w szczególności należy:

- 1) Konsultacje skierowanych pacjentek z podejrzeniem nieprawidłowości genetycznych u matki lub płodu.
- 2) Współpraca z Poradnią Medycyny Matczyno-Płodowej w ramach Programu Badań Prenatalnych.
- 3) Diagnostyka i monitorowanie nieprawidłowości genetycznych występujących u ciężarnych.
- 4) Współpraca z poradnią patologii ciąży w zakresie określonym wytycznymi Programu Opieki Perinatalnej.
- 5) Edukacja pacjentek.
- 6) Edukacja personelu medycznego.

5. Do zadań Poradni Patologii Ciąży w szczególności należy:

- 1) Wczesna diagnostyka wad płodu.
- 2) Diagnostyka prenatalna, w tym amniopunkcja genetyczna.
- 3) Echokardiografia płodowa.
- 4) Konsultacje u ciężarnych z nadciśnieniem ciążowym, cukrzycą ciążową, hypotrofią płodu, konfliktem serologicznym, infekcjami wewnątrzmacicznymi, ciążą mnogą i innymi powikłaniami.
- 5) Edukacja pacjentek.
- 6) Edukacja studentów i personelu medycznego.
- 7) Prowadzenie badań naukowych.

Załącznik Nr 9.17 ZADANIA ODDZIAŁU NEONATOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII NOWORODKA

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Odcinek noworodkowy rooming-in.
2. Odcinek Intensywnej Terapii Noworodka.
3. Wydzielone stanowiska opieki ciągłej i pośredniej.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego i położnych kieruje pielęgniarka/ położna oddziałowa.
4. Zastępowana jest przez zastępcę oddziałowej.
5. Pracą pozostałego personelu zatrudnionego w komórce kieruje ordynator oddziału.
6. Personel Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka współpracuje z personelem oddziału Położniczo- Ginekologicznym w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oraz promocji karmienia piersią.
7. Nadzór i koordynowanie w zakresie laktacji sprawuje doradca laktacyjny, pracujący od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-14.35.
8. Zasady przydzielania lekarza prowadzącego pacjentom przyjętym do oddziału: każdy odcinek posiada wyznaczonego lekarza prowadzącego a pacjent przyjęty na dany odcinek trafia pod opiekę tego lekarza.
9. Kwalifikacji pacjentów na dany oddział dokonuje lekarz oceniający stan noworodka po urodzeniu lub lekarz prowadzący.
10. W oddziale lekarze pełnią dyżury w dni robocze od 15:00 do 8:00. W dni wolne od pracy pełniony jest dyżur lekarski całodobowo od 8:00 do 8:00 dnia następnego.
11. Lekarze specjaliści zatrudnieni w oddziale mają obowiązek udzielania konsultacji specjalistycznych w trybie zwykłym oraz dyżurowym.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

Zadaniem Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka jest wczesne rozpoznawanie zagrożenia zdrowia lub życia noworodka i leczenie od pierwszych minut życia noworodka donoszonego i przedwcześnie urodzonego.

Do szczegółowych zadań zalicza się:

1. Zapewnienie całodobowej opieki lekarsko – pielęgniarskiej nad wcześniakiem i noworodkiem w okresie jego adaptacji do życia pozamacicznego zgodnie z obowiązującymi standardami.
2. Lekarz neonatolog i pielęgniarka/ położna neonatologiczna asystuje na sali porodowej przy każdym porodzie aby w razie potrzeby podjąć natychmiastową resuscytację.
3. Prowadzenie resuscytacji na sali porodowej oraz gotowość do jej podjęcia.
4. Ocenę stanu zdrowia noworodka po urodzeniu.
5. Obserwację noworodków zagrożonych.
6. Diagnostykę i leczenie chorych noworodków.
7. Leczenie dzieci urodzonych przedwcześnie, w tym ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała.
8. Prowadzenie intensywnej terapii z wykorzystaniem:
 - 1) mechanicznej wentylacji,
 - 2) nieinwazyjnych metod wspomagania oddychania,
 - 3) monitorowania czynności życiowych,
 - 4) żywienia pozajelitowego.
9. Intensywny nadzór nad wcześniakiem i noworodkiem po odłączeniu od respiratora.
10. Leczenie powikłań wcześniactwa.
11. Leczenie zakażeń.
12. Diagnostykę i leczenie zaburzeń metabolicznych, endokrynologicznych i hematologicznych.
13. Diagnostykę i leczenie wad wrodzonych.
14. Profilaktykę zdrowotną.
15. Wykonywanie badań przesiewowych.
16. Promocję zdrowia, w tym karmienia piersią.
17. Szkolenie personelu medycznego.

**Załącznik Nr 9.18 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU KLINICZNEGO ENDOKRYNOLOGICZNEGO,
DIABETOLOGICZNEGO I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH**

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Poradnia Endokrynologiczna,
2. Poradnia Diabetologiczna:
 - a) gabinet podstawowy leczenia zespołu stopy cukrzycowej.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka oddziałowa jest zastępowana przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej.
5. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
6. Pracą dietetyczki zatrudnionej w oddziale kieruje pielęgniarka oddziałowa.
7. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
8. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
9. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza jeden lekarz i dwie pielęgniarki.
10. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów/ badań inwazyjnych dokonuje ordynator lub zastępca ordynatora.
11. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji specjalistycznych zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny endokrynologii, diabetologii dla poszczególnych oddziałów szpitala.
12. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
13. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
14. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania oddziału:

1. Diagnostyka i leczenie stanów hormonalnego niewyrównania metabolicznego.
2. Leczenie przewlekłych powikłań cukrzycy typu 1 i 2:
 - 1) zespoły angiopatii: makro- i mikroangiopatia cukrzycowa (nefropatia, retinopatia cukrzycowa), endoteliopatia cukrzycowa, dyslipidemia – hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, trombofilia cukrzycowa choroba niedokrwienna serca u chorych na cukrzycę,
 - 2) kardiomiopatia cukrzycowa, angiopatia mózgu i jej powikłania u osób z cukrzycą,
 - 3) zespół stopy cukrzycowej, zespoły neuropatii: neuropatia, polineuropatia,
 - 4) inne powikłania cukrzycy: choroby przewodu pokarmowego, choroby jamy ustnej i uzębienia, choroby układu kostno – stawowego, choroby skóry.
3. Leczenie cukrzycy ciężkowej oraz PGDM - współpraca z oddziałem położniczym.
4. Programy edukacyjne w cukrzycy:
 - 1) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych dorosłych,
 - 2) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych ociemniałych,
 - 3) szkolenia dla Edukatorów Inwalidów Wzroku – współpraca Wydział Pedagogiki UWM, Polski Związek Niewidomych.
5. Prowadzenie intensywnego nadzoru diabetologicznego z możliwością, pełnego monitorowania kardiologicznego i metabolicznego, pełen algorytm diagnostyczny chorób tarczycy we współpracy z Zakładem Medycyny Nuklearnej, Działem Diagnostyki Obrazowej i Działem Patomorfologii:
 - 1) model kompleksowego leczenia raka tarczycy: diagnostyka, leczenie, pełen monitoring,
 - 2) substytucją do końca życia, biopsja cienkoigłowa, badania immuno - cytochemiczne,
 - 3) przygotowanie do leczenia operacyjnego, leczenie J131,
 - 4) leczenie ciężkich przypadków nadczynności i niedoczynności tarczycy,
 - 5) leczenie Oftalmopatii – współpraca z oddziałem okulistycznym i laryngologicznym,
 - 6) leczenie zaburzeń czynności tarczycy i niedoboru jodu w ciąży.
6. Diagnostyka guzów hormonalnie czynnych przysadki, leczenie i pełen monitoring hormonalny substytucją prowadzoną do końca życia.
7. Diagnostyka i leczenie guzów hormonalnie czynnych okolicy szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz guzów z grupy APUD-oma.

IV. Zadania Poradni Endokrynologicznej:

1. Stosowanie pełnego algorytmu diagnostycznego chorób tarczycy we współpracy z zakładem medycyny nuklearnej, działem diagnostyki obrazowej i działu patomorfologii, tj.:
 - 1) modelu kompleksowego leczenia raka tarczycy: diagnostyka, leczenie, pełen monitoring hormonalny substytucją do końca życia, współpraca z działem patomorfologii: biopsja cienkoigłowa, badania immunochemiczne, leczenie operacyjne - oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej, leczenie J 131 – współpraca z Instytutem Onkologii w Warszawie,
 - 2) leczenia ciężkich przypadków nadczynności i niedoczynności tarczycy,
 - 3) leczenie oftalmopatii – współpraca z oddziałem okulistycznym i otolaryngologicznymi onkologii laryngologicznej,
 - 4) leczenie zaburzeń czynności tarczycy i niedoboru jodu w ciąży – współpraca z oddziałem ginekologiczno-położniczym i ginekologii onkologicznej.
2. Diagnostyka guzów hormonalnie czynnych przysadki, leczenie i pełen monitoring hormonalny substytucją prowadzoną do końca życia.
3. Diagnostyka i leczenia guzów hormonalnie czynnych okolicy szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej oraz guzów z grupy apud - oma.
4. Edukacja pacjentów.
5. Edukacja personelu medycznego.
6. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

V. Zadania Poradni Diabetologicznej:

1. Diagnostyka i leczenie stanów hormonalnego niewyrównania metabolicznego, leczenie przewlekłych powikłań cukrzycy typu 1 i 2, tj.:

- 1) Zespoły angiopatii:
 - a) makro - i mikroangiopatia cukrzycowa (nefropatia, retinopatia cukrzycowa),
 - b) endoteliopatia cukrzycowa,
 - c) dyslipidemia – hiperlipidemia,
 - d) nadciśnienie tętnicze,
 - e) trombofilia cukrzycowa choroba niedokrwienna serca u chorych na cukrzycę,
 - f) kardiomiopatia cukrzycowa,
 - g) angiopatia mózgu i jej powikłania u osób z cukrzycą,
 - h) zespół stopy cukrzycowej.
- 2) Zespoły neuropatii:
 - a) neuropatia,
 - b) polineuropatia.
- 3) Inne powikłania cukrzycy:
 - a) choroby przewodu pokarmowego,
 - b) choroby jamy ustnej i uzębienia,
 - c) choroby układu kostno – stawowego,
 - d) choroby skóry.
2. Leczenie cukrzycy ciężowej oraz PGDM - współpraca z oddziałem ginekologiczno-położniczym i ginekologii onkologicznej.
3. Gabinet referencyjny leczenia zespołu stopy cukrzycowej:
 - 1) W czasie wizyty pierwszorazowej:
 - a) szybka wstępna diagnostyka genezy ZSC oraz rany w jego przebiegu (etiologia neuropatyczna, angiopatyczna, mieszana);
 - b) wstępne opracowanie rany, usunięcie zanieczyszczeń, ognisk hyperkeratozy (modele) przez przeszkoloną pielęgniarkę;
 - c) wczesne zastosowanie odciążenia stopy – na przykład kule łokciowe, wózek inwalidzki, obuwiu specjalistyczne;
 - d) wczesne wdrożenie antybiotykoterapii empirycznej w przypadku infekcji;
 - e) wprowadzenie właściwego postępowania miejscowego i edukacja chorego w tym zakresie – higieny rany, opatrunki miejscowe;
 - f) decyzja odnośnie kontynuacji leczenia pacjenta na miejscu bądź – w ciężkich klinicznie przypadkach ZSC – hospitalizacja.
 - 2) W czasie kolejnych wizyt:
 - a) analiza zleconych wcześniej badań;
 - b) ocena postępu gojenia;
 - c) weryfikacja zmian w dotychczasowym leczeniu;
 - d) dalsze opracowanie rany, kontynuacja leczenia z użyciem metod podstawowych oraz zaawansowanych jw.;
 - e) dalsza edukacja pacjenta i rodziny.
 - 3) Po zagojeniu:
 - a) prowadzenie wtórnej profilaktyki i powtarzanej edukacji u chorych z przebyłym owrzodzeniem w przebiegu ZSC lub po amputacji kończyny, np. wskazanie zasad właściwego zaopatrzenia ortopedycznego (wkładki do obuwia, lub indywidualne wykonywane ortezy stopowo-goleniowe), a u chorych po amputacji protezy kończyn.
4. Programy edukacyjne cukrzycy:
 - 1) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych dorosłych,
 - 2) edukacja indywidualna i grupowa dla chorych ociemniałych,
 - 3) edukacja indywidualna chorych z zespołem stopy cukrzycowej,
 - 4) szkolenia edukatorów inwalidów wzroku.
5. Współpraca z Polskim Związkiem Niewidomych.

Załącznik Nr 9.19 ZADANIA ODDZIAŁU KARDIOCHIRURGICZNEGO

I. Struktura organizacyjna oddziału:

1. Blok operacyjny złożony z dwóch sal operacyjnych.
2. Odcinek pooperacyjny.
3. Odcinek ogólny.
4. Poradnia kardiokirurgiczna.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora lub podczas jego nieobecności przez lekarza kardiokirurgia wskazanego przez ordynatora.
3. Pracą lekarzy anestezjologów zatrudnionych w oddziale kardiokirurgii kieruje lekarz anestezjolog wskazany przez ordynatora oddziału kardiokirurgii w porozumieniu z ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
4. Pracą personelu pielęgniarstwa oraz zespołu perfuzjonistów, kieruje pielęgniarka oddziałowa. Jest ona zastępowana przez swoją zastępczynię lub inną pielęgniarkę przez nią wyznaczoną.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka oddziałowa.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza dwóch lekarzy jeden w części kardiokirurgicznej i jeden anestezjolog na sali pooperacyjnej. W sytuacjach nagłych ordynator lub osoba przez niego wskazana organizuje zespół operacyjny. Na bloku operacyjnym dyżuruje jedna pielęgniarka anestezjologiczna i jedna operacyjna, dodatkowo dwie pod telefonem oraz jeden perfuzjonista i jeden pod telefonem.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych przeprowadza ordynator oddziału lub inny specjalista kardiokirurg przez niego wyznaczony, w ramach pracy przychodni kardiokirurgicznej (wtorki, środy i czwartki) dla pacjentów ambulatoryjnych. Ponad to wyznaczeni przez ordynatora kardiokirurgicy przeprowadzają konsultacje kardiokirurgiczne w oddziałach szpitala według obowiązujących procedur wewnątrzszpitalnych.
9. Oddział przygotowany jest do natychmiastowego działania w ramach zespołu urazowego. W każdej chwili gotowy jest do przeprowadzenia ratujących życie operacji. Za zorganizowanie zespołu koniecznego do przeprowadzenia nagłej operacji kardiokirurgicznej odpowiedzialny jest ordynator oddziału lub jego zastępca.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarstwa prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
11. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,

2) zawarcie umowy trójkątnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.

12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania oddziału:

1. Kwalifikacje do operacji kardiologicznych na podstawie badań diagnostycznych przeprowadzonych w oddziałach kardiologicznych.
2. Przeprowadzanie operacji kardiologicznych.
3. Opieka i leczenie chorych w czasie hospitalizacji pooperacyjnej.
4. Wdrażanie wczesnej i późnej rehabilitacji pooperacyjnej w ramach oddziału kardiologii i ośrodków rehabilitacyjnych.
5. Opieka nad pacjentami po operacjach kardiologicznych w ramach przychodni kardiologicznej.
6. Współpraca z innymi oddziałami szpitala dotycząca urazów wielonarządowych oraz innych ciężkich przypadków wymagających interwencji kardiologicznej.

IV. Do zadań Poradni Kardiologicznej w szczególności należy:

1. Konsultacje skierowanych chorych.
2. Kwalifikacja chorych do leczenia operacyjnego.
3. Planowanie terminów operacji.
4. Kontrola chorych po zabiegach operacyjnych.
5. Edukacja pacjentów.
6. Szkolenie personelu medycznego.
7. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

**Załącznik Nr 9.20 STRUKTURA I ZADANIA ODDZIAŁU TRANSPLANTOLOGICZNEGO, ODDZIAŁU
CHIRURGII OGÓLNEJ, ODDZIAŁU CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**

I. Struktura oddziałów:

1. Oddział Transplantologiczny:
 - a) Poradnia Transplantacji Nerek.
2. Oddział Chirurgii Onkologicznej:
 - a) Poradnia Chirurgii Onkologicznej.
3. Oddział Chirurgii Ogólnej.

II. Organizacja oddziałów:

1. Pracą oddziału kieruje ordynator.
2. Ordynator jest zastępowany przez zastępcę ordynatora, zaś podczas jego nieobecności przez lekarza wyznaczonego przez ordynatora.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
4. Podczas nieobecności pielęgniarki oddziałowej zastępowana jest ona przez zastępczynię pielęgniarki oddziałowej zaś podczas jej nieobecności przez pielęgniarkę wyznaczoną przez pielęgniarkę oddziałową.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawują pielęgniarki oddziałowe.
6. Lekarz prowadzący pacjentów przyjętych do oddziału jest wyznaczany przez ordynatora oddziału lub jego zastępcę.
7. Zasady zabezpieczenia oddziału w godzinach dyżurowych:

Podczas godzin dyżurowych oddział zabezpiecza lekarz dyżurny - specjalista lub rezydent po uzyskaniu akceptacji ordynatora i dyrekcji WSS.

Zabezpieczenie oddziału w godzinach dyżurowych przez położne: w zależności od ilości pacjentów nie mniej niż dwie pielęgniarki na zmianę.

Lekarz dyżurny jest automatycznie osobą delegowaną do pracy w zespole urazowym i reanimacyjnym.
8. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, zabiegów/badań inwazyjnych:

Kwalifikacji dokonuje ordynator i zastępca ordynatora, przy ich nieobecności - lekarz ze specjalizacją II-go stopnia z zakresu transplantologii lub chirurgii.
9. Lekarze Oddziału udzielają konsultacji zgodnie z zapotrzebowaniem innych oddziałów szpitala po uzgodnieniu telefonicznym. Ordynator wyznacza lekarzy konsultantów z dziedziny transplantologii, chirurgii onkologicznej i ogólnej dla poszczególnych oddziałów szpitala. Konsultacje odbywają się zgodnie z obowiązującą w WSS procedurą.
10. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.

11. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania Oddziału Transplantologicznego:

- 1) Pełny zakres leczenia operacyjnego związanego z przeszczepianiem nerek.
- 2) Pełny zakres leczenia operacyjnego związanego z powikłaniami po przeszczepie nerki.
- 3) Leczenie operacyjne pacjentów po przeszczepieniu nerki.
- 4) Leczenie zachowawcze wybranych pacjentów po przeszczepie narządu unaczynionego.
- 5) Konsultacje pacjentów z województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie transplantologii.
- 6) Edukacja pacjentów po przeszczepie unaczynionym.
- 7) Szkolenie personelu medycznego w zakresie transplantologii.
- 8) Prowadzenie obowiązującej dokumentacji z godnie z obowiązującym prawem i przepisami WSS.
- 9) Uzyskanie akredytacji na prowadzenie specjalizacji i szkolenia specjalizacyjne z zakresu transplantologii.

IV. Zadania Oddziału Chirurgii Ogólnej:

- 1) leczenie operacyjne pacjentów w zakresie wybranych procedur chirurgii ogólnej.
- 2) Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów z chorobami gruczołów dokrewnych.
- 3) Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów z chorobami przewodu pokarmowego i innymi z zakresu chirurgii ogólnej.
- 4) Udział w leczeniu i rehabilitacji urazów w ramach Centrum Urazowego.

V. Zadania Oddziału Chirurgii Onkologicznej:

- 1) Leczenie operacyjne pacjentów w zakresie wybranych procedur chirurgii onkologicznej.
- 2) Leczenie operacyjne i rehabilitacja pacjentów w przebiegu nowotworów.

VI. Zadania Poradni Transplantacji Nerek:

1. Udzielanie ambulatoryjnych porad lekarskich dla pacjentów przed przeszczepieniem nerki, po przeszczepieniu nerki oraz dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek wymagających dostępu naczyniowego do hemodializ lub dostępu do dializ otrzewnowych.
2. Regularna kontrola przebiegu leczenia pacjentów po przeszczepieniu nerki wg ustalonego schematu.
3. Ustalanie rozpoznań lekarskich na podstawie badania podmiotowego, przedmiotowego oraz badań dodatkowych (badań laboratoryjnych, obrazowych oraz na podstawie konsultacji lekarskich).
4. Udzielanie porad lekarskich w zakresie chorób i powikłań związanych z przeszczepieniem nerki oraz leczeniem immunosupresyjnym (porad nefrologicznych, internistycznych i chirurgicznych).
5. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
6. Kwalifikacja chorych do leczenia szpitalnego.
7. Udzielanie konsultacji dla pacjentów z innych szpitali w zakresie transplantologii.
8. Przygotowywanie pacjentów do kwalifikacji do przeszczepienia nerki.

VIII. Zadania Poradni Chirurgii Onkologicznej znajdujących się przy ul. Żołnierskiej 16a oraz przy ul. Żołnierskiej 16b:

1. Diagnozowanie i kwalifikacja do leczenia operacyjnego pacjentów ze schorzeniami onkologicznymi.
2. Kontrola pacjentów po leczeniu szpitalnym.
3. Współpraca z Oddziałem Chirurgii Ogólnej i Onkologicznym i z innymi jednostkami szczególnie biorącymi dalszy udział w leczeniu ww. grupy pacjentów.

Załącznik Nr 9.21 ZADANIA BLOKU OPERACYJNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. W skład bloku operacyjnego wchodzi 12 sal operacyjnych różnych dziedzin zabiegowych oraz sala nadzoru poznieczuleniowego.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą personelu lekarskiego kieruje Koordynator Bloku Operacyjnego.
2. Pracą pielęgniarek operacyjnych oraz położnych kieruje Kierownik Bloku Operacyjnego. Kierownik Bloku odpowiada za zapewnienie gotowości, ciągłości i organizację pracy bloku operacyjnego.
3. Pracą pielęgniarek anestezyjologicznych kieruje Pielęgniarka Koordynująca Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
4. Kierownik Bloku zastępowany jest przez Pielęgniarkę koordynującą Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub Pielęgniarkę operacyjną koordynującą lub osobę wskazaną przez kierownika.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje Kierownik Bloku Operacyjnego.
6. Blok w godzinach dyżurowych zabezpieczają dwa zespoły pielęgniarek operacyjnych i 2 zespoły anestezyjologiczne w/g grafiku ustalonego przez Kierownika Bloku, Pielęgniarkę Koordynującą Anestezjologii Intensywnej Terapii oraz Koordynatora Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
7. Kwalifikacje pacjentów do zabiegów operacyjnych, odbywają się w oddziałach szpitalnych.
8. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek sprawuje kierownik bloku lub inna osoba wskazana odrębną umową.
9. Szczegółowe zasady funkcjonowania Bloku Operacyjnego zawiera Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 42/17 z dn. 18.08.2017r.

III. Zadania bloku:

1. Na bloku operacyjnym zabiegi wykonywane są w trybie planowym, pilnym i natychmiastowym.
2. Zabiegi operacyjne odbywają się wg ustalonego planu operacyjnego.
3. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym wymagają uzgodnienia z: ordynatorami oddziałów zabiegowych, lekarzem anestezyjologiem, kierownikiem bloku oraz koordynatorem Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
4. W czasie trwania zabiegu operacyjnego cały personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzenia zabiegu lekarzowi operatorowi, a w sprawach dotyczących znieczulenia pacjenta i jego bezpieczeństwa od momentu przekazania pacjenta na blok operacyjny, przed zabiegiem, w trakcie zabiegu i bezpośrednio po zabiegu aż do momentu przekazania pacjenta zespołowi oddziału, lekarzowi anestezyjologowi.
5. Blok operacyjny jest utrzymywany w stanie stałego pogotowia operacyjnego pod względem instrumentalnym, materiałowym, lekowym i gotowości pracowników.
6. Blok operacyjny współpracuje z Kliniką Oddziałem Anestezjologii Intensywnej Terapii i wszystkimi oddziałami zabiegowymi i niezabiegowymi.
7. W pomieszczeniach bloku operacyjnego utrzymywany jest reżim sanitarny na najwyższym poziomie.
8. Personel bloku operacyjnego oraz lekarze operatorzy prowadzi dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi wytycznymi (standardami).
9. Szkolenia personelu medycznego bloku operacyjnego realizowane są zgodnie z przyjętym planem szkoleń i w zależności od potrzeb.

I. Struktura organizacyjna:

1. ekspedycja leków gotowych,
2. magazyn produktów leczniczych,
3. komora przyjęć,
4. dygestorium,
5. destylatornia,
6. pracownia przygotowania mieszanin do żywienia pozajelitowego,
7. pracownia leków ocznych,
8. pracownia leków recepturowych i galenowych,
9. pracownia leków cytostatycznych,
10. księgowość,
11. magazyn opakowań zwrotnych,
12. magazyn wyrobów medycznych i płynów infuzyjnych,
13. magazyn produktów leczniczych łatwopalnych oraz żrących.

II. Do zadań Apteki Szpitalnej w szczególności należy:

1. Organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne.
2. Współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.
3. Udział w racjonalizacji farmakoterapii.
4. Wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
5. Udzielanie informacji lekarzom, zatrudnionym w jednostkach organizacyjnych Szpitala, o produktach leczniczych będących w dyspozycji apteki.
6. Sporządzanie leków recepturowych i preparatów galenowych.
7. Sporządzanie mieszanin do żywienia pozajelitowego.
8. Sporządzanie indywidualnych dawek leków cytostatycznych.
9. Informowanie oddziałów o decyzjach Głównego Inspektora Farmaceutycznego związanych z jakością produktów leczniczych.
10. Nadzór Apteki nad jakością posiadanego asortymentu leków i innych materiałów (np. opatrunki, płyny infuzyjne itp.).
11. Prowadzenia ewidencji próbek do badań klinicznych, bezpłatnych próbek lekarskich i uzyskiwanych darów produktów leczniczych.
12. Ustalania procedur wydawania produktów leczniczych na oddziały.
13. Monitorowanie działań niepożądanych leków.
14. Monitorowanie wad jakościowych wyrobów medycznych.
15. Monitorowanie komunikatów bezpieczeństwa.
16. Transport produktów leczniczych z Apteki do oddziałów szpitalnych.
17. Kontrola apteczek oddziałowych.
18. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
19. Szkolenie personelu.
20. Obsługa żywienia domowego poza i dojelitowego w zakresie dotyczącym Apteki

Załącznik Nr 9.23 ZADANIA CENTRALNEJ STERYLIZATORNI (CS)

I. Struktura organizacyjna:

1. Centralna Sterylizatornia (CS) zgodnie z wymaganiami rozporządzenia podzielona jest na trzy strefy: strefę „brudną”, strefę „czystą” i strefę „sterylną”.

II. Organizacja sterylizatorni:

1. Pracą personelu (operatorów systemów sterylizacji i techników sterylizacji medycznej) kieruje kierownik CS.
2. Kierownik CS zastępowany jest przez osobę wyznaczoną przez kierownika.
3. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny i transportu czystej bielizny operacyjnej z magazynu do Centralnej Sterylizatorni sprawuje kierownik CS.
4. Centralna Sterylizatornia działa 7 dni w tygodniu: poniedziałek-piątek.6:00-21:00, sobota, niedziela 8:00-20:00.
5. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pracowników CS prowadzi Kierownik lub inna osoba wskazana odrębną umową.
6. Pozostałe zadania działu realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala

III. Zadania Centralnej Sterylizatorni:

1. Strefa „brudna”:

Przyjmowanie z Bloku Operacyjnego, Oddziałów i Działów Szpitala instrumentarium i sprzętu wielokrotnego użytku do procesów dekontaminacji.

Mycie i dezynfekcja sprzętu w procesach maszynowych w myjniach-dezynfektorach WD 230 oraz w procesach manualnych i w myjni ultradźwiękowej.

Mycie i dezynfekcja obuwia operacyjnego oraz wózków transportowych w procesach automatycznych w myjni WD750.

2. Strefa „czysta”:

Kontrola instrumentarium pod kątem czystości, sprawności działania i ewentualnych uszkodzeń oraz jego konserwacja.

Kompletowanie i pakowanie zestawów narzędziowych, pojedynczych narzędzi i sprzętu oraz zestawów bielizny operacyjnej i materiału opatrunkowego w oparciu o spisy zatwierdzone przez Pielęgniarki Oddziałowe i Kierowników poszczególnych Komórek Szpitala.

Sterylizacja sprzętu i materiałów wielokrotnego użytku w procesach sterylizacji wysokotemperaturowej (sterylizatory parowe z frakcjonowaną próżnią wstępną MST-V 666 i 6612, AS PS 6612w temp. 121°C i 134°) oraz niskotemperaturowej (sterylizator Sterimed 2p – sterylizacja tlenkiem etylenu lub sterylizator Plasmed Reno S 130D– sterylizacja plazmą nadtlenu wodoru).

Prowadzenie kontroli skuteczności procesów dekontaminacji przy użyciu wskaźników fizycznych, chemicznych i biologicznych.

Prowadzenie rejestracji i dokumentacji obiegu instrumentarium oraz wszystkich procesów przeprowadzanych w CS (przyjęcia materiału, mycia i dezynfekcji, pakowania, znakowania, sterylizacji, wydania sterylnych pakietów i zestawów)w formie elektronicznej i papierowej.

3. Strefa „sterylna”:

Przechowywanie wysterylizowanego materiału w magazynie artykułów sterylnych.

Przygotowywanie i zabezpieczenie materiału sterylnego do transportu.

4. Transport:

Transport brudnych narzędzi i materiału z Bloku Operacyjnego, Oddziałów, Działów, Poradni Szpitala do CS.

Transport sterylnych pakietów z CS na Blok Operacyjny i do Oddziałów, Działów oraz Poradni Szpitala.

Transport wody destylowanej do Oddziałów i Działów Szpitala.

5. Inne zadania:

Przeprowadzanie procesów dekontaminacji sal operacyjnych, gabinetów zabiegowych i sal chorych przy użyciu mobilnego systemu do dekontaminacji gazową formą nadtlenu wodoru Bioquell Z-2.

Wydawanie wody destylowanej Oddziałom i Działom Szpitala.

Okresowa kontrola warunków dekontaminacji i przechowywania materiałów sterylnych w Komórkach Szpitala.

Szkolenia personelu pracującego w CS oraz osób współpracujących w zakresie dezynfekcji, sterylizacji oraz postępowania z wyrobem sterylnym.

Współpraca z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Świadczenie usług sterylizacji Zleceniodawcom zewnętrznym.

Załącznik Nr 9.24 ZADANIA PORADNI CHOROÓB ODZWIERZĘCYCH I PASOŻYTNICZYCH

I. Do zadań Poradni Chorób Odzwierzęcych i Pasożytniczych w szczególności należy:

1. Ustalenie rozpoznania lekarskiego na podstawie badania przedmiotowego, podmiotowego i wykonanych badań lekarskich.
2. Realizacja postępowania diagnostycznego i leczniczego.
3. Prowadzenie oceny i weryfikacji wyników postępowania diagnostyczno – leczniczego.
4. Prowadzenie i nadzór nad dokumentacją medyczną.
5. Formułowanie programów zdrowotnych.
6. Realizowanie programu zdrowotnego „zapobieganie wściekliznie”.
7. Wykonywaniem szczepień p/wściekliznie.
8. Nadzór nad gospodarką szczepionkami.
9. Prowadzenie edukacji pacjentów i ich rodzin.
10. Szkolenie personelu.
11. Sprawozdanie wykonywanych procedur do Działu Kontraktowania i Rozliczeń.

Załącznik Nr 9.25 ZADANIA PORADNI CHOROÓB ZAKAŻNYCH

I. Do zadań Poradni Chorób Zakaźnych w szczególności należy:

1. Diagnostyka i leczenie pacjentów w zakresie chorób zakaźnych.
2. Diagnostyka i leczenie pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby.
3. Prowadzenie oceny i weryfikacji wyników postępowania diagnostyczno - leczniczego.
4. Realizacja „Programów Lekowych” – leczenie WZW typu B i C oraz po przeszczepach lub u świadczeniobiorców z powikłaniami, leczonych Rytuksymabem:
 - a) monitorowanie leczenia preparatami p/wirusowymi.
5. Nadzór nad gospodarką lekami p/ wirusowymi.
6. Prowadzenie edukacji pacjentów i ich rodzin.
7. Szkolenie personelu i lekarzy rodzinnych.
8. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
9. Sprawozdanie realizacji programów lekowych w systemie SIMP.
10. Sprawozdanie z wykonanych procedur oraz ilości wypisanych leków p/wirusowych do Działu Kontraktowania i Rozliczeń.

I. Organizacja zakładu:

1. Pracą zakładu kieruje kierownik zakładu medycyny nuklearnej.
2. Kierownik jest zastępowany przez zastępcę lub podczas jego nieobecności przez wyznaczonego starszego asystenta.
3. Pracą personelu pielęgniarskiego, położnych, ratowników medycznych kieruje pielęgniarka koordynująca.
4. Podczas nieobecności pielęgniarka koordynująca jest zastępowana przez wyznaczoną starszą pielęgniarkę.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka koordynująca.
6. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi ordynator i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka oddziałowa lub inna osoba wskazana odrębną umową.
7. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
8. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania zakładu:

1. Wykonywanie pełnego zakresu badań scyntygraficznych z zastosowaniem farmaceutyków znakowanych izotopami z użyciem obu Gamma – Kamer.
2. Leczenie ambulatoryjne radiojodem nadczynności tarczycy i wola obojętnego.
3. Paliatywna, przeciwbólowa terapia izotopami Strontu Sr-89 i Samaru Sm 153.
4. Opieka nad pacjentem po terapii Jodem 131, Strontem i Samarem.
5. Zapewnienie ochrony radiologicznej pacjentów i ich otoczenia.
6. Zapewnienie ochrony radiologicznej personelu.
7. Podnoszenie kwalifikacji i uczestniczenie personelu w kursach doskonalących.
8. Przestrzeganie zasad BHP.
9. Przestrzeganie praw pacjenta.
10. Prowadzenie sprawozdawczości dla działu kontraktowania i rozliczeń.

IV. Struktura organizacyjna poradni medycyny nuklearnej:

1. pracownia scyntygraficzna,
2. pracownia gamma-kamery I,
3. pracownia gamma-kamery II,
4. pracownia rozdozowywania izotopów i pokój podawczych izotopów.

V. Do zadań Poradni Medycyny Nuklearnej w szczególności należy:

1. Wykonywanie badań scyntygraficznych (scyntygrafia kości) w ramach paliatywnego leczenia bólów radiostrontem i radiosamarem:
 - a) porada kwalifikacyjna do leczenia radioizotopami (TST-TSA/PKW),
 - b) porada kontrolna po leczeniu radiostrontem lub radiosamarem (TST-TSA/PKW).
2. Paliatywna, przeciwbólowa terapia izotopami Strontu Sr-89 porada podawcza do leczenia radiostrontem (TST/PPO).
3. Paliatywna, przeciwbólowa terapia izotopami Samaru SM-153 porada podawcza do leczenia radiostrontem (TST/PPO).
4. Wykonywanie badań scyntygraficznych tarczycy Jodem 131 w ramach:
 - a) porada kwalifikacyjna do leczenia radiojodem 131 (TJO/PKW),
 - b) porada kontrolna po leczeniu radiojodem (TJO/PKT).
5. Leczenie radiojodem J-131 (porada podawcza – TJO/PPO).
6. Zapewnienie ochrony radiologicznej pacjentów i otoczenia.
7. Zapewnienie ochrony radiologicznej personelu.
8. Podnoszenie kwalifikacji i uczestniczenie personelu w kursach doskonalących.
9. Przestrzegania zasad BHP.
10. Przestrzeganie praw pacjenta.
11. Prowadzenie sprawozdawczości dla działu kontraktowania i rozliczeń.
12. Szkolenie personelu medycznego.
13. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik nr 9.27 ZADANIA PORADNI LEKARZA ZAKŁADOWEGO

I. Struktura organizacyjna poradni:

1. Gabinet lekarski

II. Do zadań Poradni Lekarza Zakładowego w szczególności należy:

1. Opieka profilaktyczna nad pracownikami Szpitala:

- a) przeprowadzanie badań wstępnych - badaniami wstępnymi objęci są wszyscy pracownicy przystępujący do pracy oraz uczennice pielęgniarstwa odbywające praktyki,
- b) przeprowadzanie badań okresowych - badaniami okresowymi objęci są wszyscy pracownicy Szpitala jak również współpracujący ze Szpitalem na zasadzie kontraktów. Szczególny nacisk w badaniach kładzie się na narażenia na promieniowanie jonizujące /"J"/ i na cytostatyki,
- c) przeprowadzanie badań kontrolnych - badaniom kontrolnym podlegają pracownicy powracający do pracy po okresie niezdolności przekraczającej 30 dni (po uzyskaniu opinii lekarza leczącego),
- d) przeprowadzanie innych badań profilaktycznych - dotyczą postępowania w razie zagrożenia HIV lub WZW – problem zakłuć.

2. Udzielanie porad lekarskich pracownikom Szpitala.

3. Udział w pracach komisji w Szpitalu.

4. Dokonywanie wizytacji oddziałów, zakładów i stanowisk pracy w Szpitalu.

Załącznik Nr 9.28 ZADANIA I STRUKTURA OŚRODKA ŻYWIENIA KLINICZNEGO

I. Struktura organizacyjna Ośrodka Żywienia Klinicznego:

1. Pracownia żywienia poza- dojelitowego z łózkami.
2. Poradnia dla chorych żywionych poza i dojelitowo w warunkach domowych.

II. Do zadań Pracowni Żywienia Poza i Dojelitowego w szczególności należy:

1. Konsultacje i kwalifikacja pacjentów do żywienia poza- dojelitowego na terenie Szpitala.
2. Leczenie żywieniowe chorych w oddziałach szpitalnych wraz z członkami zespołu żywieniowego, nad którymi Ośrodek pełni nadzór.
3. Szczególna opieka nad pacjentem z cewnikiem do żywienia pozajelitowego lub z zgłębnikiem do żywienia dojelitowego.
4. Podłączanie i odłączanie worków żywieniowych u chorych z wyjątkiem OIT oraz Kardiochirurgii.
5. Kontrola nad przechowywaniem mieszanin żywieniowych i preparatów dojelitowych w oddziałach.
6. Codzienny obchód w szpitalu leczonych chorych z programowaniem żywienia w kontakcie z lekarzem leczącym.
7. Szkolenie personelu medycznego w zakresie podstawowych zasad leczenia żywieniowego i opieki nad pacjentem z cewnikiem.
8. Konsultacje, kwalifikacja chorych do leczenia żywieniowego w domu.
9. Całościowe prowadzenie chorych przygotowanych do leczenia żywieniowego w domu lub okresowo leczonych z powodu powikłań.
10. Przygotowywanie chorych do leczenia żywieniowego w domu:
 - a) wyprowadzanie chorego z zaburzeń wodno-elektrolitowych i leczenie wyniszczenia,
 - b) diagnostyka chorób i diagnostyka bakteriologiczna,
 - c) ustalanie programu żywieniowego i leczenie chorób towarzyszących,
 - d) zakładanie dojścia centralnego permanentnego i opieka nad nim,
 - e) szkolenie w opiece nad chorym leczonym żywieniowo w domu rodzin lub chorego,
 - f) organizowanie wypisu do domu z zaopatrzeniem w leki, sprzęt.
12. Leczenie szpitalne powikłań leczenia żywieniowego w domu oraz chorób towarzyszących mających wpływ na metabolizm.
13. Prowadzenie dokumentacji.
14. Samokształcenie się, czynny udział w konferencjach naukowych publikowanie materiału, wygłaszanie referatów oraz organizacja lokalnych konferencji naukowo-dydaktycznych.
15. Prowadzenie badań klinicznych.

I. Do zadań Poradni Dla Chorych Żywionych Poza i Dojelitowo w Warunkach Domowych w szczególności należy:

1. Kontrola ambulatoryjna chorych przebywających na leczeniu w domu i realizacja badań kontrolnych leczonych chorych zgodnie z obowiązującymi standardami:
 - a) badanie kliniczne,
 - b) kontrole dojścia centralnego permanentnego lub do przewodu pokarmowego,
 - c) pobieranie badań laboratoryjnych, posiewów krwi,
 - d) **lub u leżących chorych w/w kontrole w trakcie wizyt domowych lekarza i pielęgniarki.**
2. Pełnienie całodobowych dyżurów telefonicznych lekarsko-pielęgniarskich zgodnie z wytycznymi płaтника. Permanentny dyżur telefoniczny, infolinia.
3. Konsultacje telefoniczne i w Poradni chorych kierowanych do rozpoczęcia leczenia żywieniowego w domu i kierowanie chorych po wstępnej kwalifikacji do okresowego przygotowawczego leczenia szpitalnego zgodnie z ustalonym harmonogramem (kolejką).
4. Rejestrowanie zgłoszeń szpitalnych chorych kwalifikowanych do leczenia żywieniowego.
5. Kierowanie chorych z powikłaniami leczenia żywieniowego lub powikłaniami choroby podstawowej lub innymi chorobami wpływającymi na programowanie żywienia do oddziału szpitalnego.

6. Naprawa dojścia centralnego lub dojelitowego ze wskazań.
7. Programowanie leczenia żywieniowego podczas wizyt kontrolnych, okresowe dokonywanie zmian w programach w zależności od zmian zachodzących u chorego w czasie leczenia.
8. Okresowe dokonywanie zamówień na leki (za pomocą recept), sprzętu medycznego i niezbędnych środków opatrunkowych.
9. Uzupełnianie leków, sprzętu lub opatrunków podczas wizyt kontrolnych w zależności od dokonywanych zmian w leczeniu.
10. Prowadzenie dokumentacji medycznej.
11. Prowadzenie comiesięcznych rozliczeń procedur leczonych chorych.

Załącznik Nr 9.29 STRUKTURA I ZADANIA MEDYCZNEGO LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNEGO

I. Struktura organizacyjna:

1. punkt pobrań materiału do badań,
2. punkt przyjęć materiału do badań,
3. punkt rozdziału i przygotowania materiału do badań,
4. pracownia hematologiczna,
5. pracownia koagulologiczna,
6. pracownia cytologiczna,
7. pracownia biochemiczna,
8. pracownia hormonów i białek,
9. pracownia analityczna,
10. pracownia diagnostyki i kiły.

II. Organizacja Laboratorium:

1. Pracą Medycznego Laboratorium Diagnostycznego kieruje Kierownik.
2. Kierownik zastępowany jest przez wyznaczonego diagnostę laboratoryjnego posiadającego II stopień specjalizacji z analityki klinicznej.
3. Pracą techników analityki medycznej kieruje Kierownik zespołu techników analityki medycznej.
4. Kierownik techników analityki medycznej zastępowany jest przez wyznaczonego technika analityki medycznej.
5. Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej kieruje pracą Sekretarek pracujących w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym.
6. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu, rejestracji wydawania wyników sprawuje Kierownik zespołu techników analityki medycznej.
7. Kierownik wyznacza diagnostów laboratoryjnych odpowiedzialnych za prawidłowe funkcjonowanie poszczególnych pracowni Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.
8. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne funkcjonuje w trybie ciągłym, 7:00-19:00 i 19:00-7:00 lub w godzinach dostosowanych do potrzeb prawidłowego funkcjonowania laboratorium, w szczególności punktu pobrań ustala Kierownik zespołu techników analityki medycznej. Diagnosty laboratoryjni pracują w godzinach dyżurowych (14:00-8:00) zgodnie z harmonogramem opracowanym przez Kierownika Medycznego Laboratorium Diagnostycznego:
 - 1) Materiał do badań pobiera personel właściwego oddziału ściśle przestrzegając wskazówek Laboratorium co do sposobu pobierania i przesyłania. Wyjątek stanowią badania ustalone przez Kierownika Laboratorium, do których materiał pobiera upoważniony personel danej pracowni.
 - 2) Materiał od pacjentów laboratoryjnych pobiera personel Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.
 - 3) Materiał pobierany jest na podstawie skierowania wypełnionego zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz na życzenie pacjentów wykonujących badania odpłatne.
 - 4) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne może odmówić przyjęcia materiału nieodpowiednio pobranego, opisanego lub nieodpowiednio zabezpieczonego, albo też zażądać powtórnego dostarczenia materiału, bądź pobrać materiał przez personel Laboratorium.

- 5) Przyjmowanie materiału do badań odbywa się w systemie ciągłym całodobowym.
 - 6) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje badania ściśle wg procedur i instrukcji roboczych opracowanych przez producentów odczynników i analizatorów.
 - 7) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wykonuje badania pilne możliwie szybko w pierwszej kolejności.
 - 8) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne w celu poszerzenia oferty badań współpracuje (zawarte umowy) z podwykonawcami wykonującymi badania specjalistyczne.
 - 9) Wyniki badań dostępne są w systemie informatycznym szpitala oraz wydawane są w formie papierowej na wydrukach komputerowych. Wyniki badań zawierają treści i informacje zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi i procedurami szpitala.
9. Kierownik Laboratorium sprawuje nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym diagnostów laboratoryjnych. Kierownik zespołu techników sprawuje nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym techników analityki medycznej i pielęgniarek.
 10. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne uczestniczy w badaniach klinicznych – wykonuje badania zlecane przez lekarzy w ramach badań klinicznych.
 11. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania Laboratorium:

1. Pobieranie krwi do badań oraz przyjmowanie materiału do badań pobranego poza Działem. Materiał pobierany i przyjmowany jest na podstawie skierowań lub na życzenie pacjentów wykonujących badania odpłatne.
2. Wykonywanie badań z zakresu analityki medycznej w systemie całodobowym.
3. Wydawanie wyników badań na odpowiednich drukach lub wydrukach komputerowych zaopatrzonych w nazwę Laboratorium, nazwisko osoby wykonującej oraz pieczętkę i podpis osoby walidującej.
4. Prowadzenie systematycznej kontroli wewnątrzlaboratoryjnej.
5. Uczestnictwo w kontroli zewnątrz laboratoryjnej oceniającej poprawność wykonywanych badań w Laboratorium.
6. Prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań, przechowywanie dokumentacji skierowań i wyników badań ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych osobowych w niej zawartych.
7. Planowanie zaopatrzenia Działu w niezbędne odczynniki służące do wykonywania badań.
8. Prowadzenie dokumentacji stanu magazynu odczynnikowego.
9. Zabezpieczenie przechowywania odczynników zgodnie z instrukcjami i obowiązującymi procedurami.
10. Szkolenie personelu medycznego.
11. Współpraca z podwykonawcami wykonującymi badania specjalistyczne.
12. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

Załącznik Nr 9.30 STRUKTURA I ZADANIA ZAKŁADU RADIOLOGII I DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

I. Struktura organizacyjna:

1. Pracownie Radiologii Klasycznej (2 pracownie rtg i aparaty przyłóżkowe).
2. Pracownia Badań Naczyniowych, Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii.
3. Pracownia USG i Biopsji Cienkoigłowej.
4. Pracownia USG i Diagnostyki Inwazyjnej.
5. Pracownia Mammografii.
6. Pracownia Tomografii Komputerowej.
7. Pracownia Rezonansu Magnetycznego.

II. Organizacja zakładu:

1. Pracą Zakładu kieruje Kierownik, który jest zastępowany przez zastępcę kierownika.
2. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka koordynująca zastępowana przez wyznaczoną pielęgniarkę po uzgodnieniu z Kierownikiem Zakładu.
3. Pracą personelu techników elektroradiologii kieruje koordynator zespołu techników, zastępowany przez wyznaczonego technika elektroradiologii, po uzgodnieniu z Kierownikiem Zakładu.
4. Pracą rejestratorów medycznych kieruje kierownik Zakładu lub osoba przez niego wyznaczona – zatrudniona na stanowisku koordynatora do spraw administracyjnych Zakładu.
5. Nadzór bieżący nad realizacją zadań zleconych podwykonawcom w zakresie utrzymania higieny, transportu sprawuje pielęgniarka i technik koordynujący.
6. Zabezpieczenie poszczególnych pracowni Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej realizowane jest zgodnie z harmonogramem sporządzonym przez Kierownika Zakładu, Technika koordynującego i Pielęgniarkę koordynującą (po akceptacji Kierownika Zakładu).
7. Kwalifikacji pacjentów realizowana jest przez lekarza oddziału/poradni kierującego na badanie/zabieg, dodatkowa weryfikacja przez lekarza Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej wykonującego badanie/zabieg.
8. Udział lekarzy w zespole urazowym, reanimacyjnym, transplantacyjnym, i innych realizowana jest zgodnie z procedurami wewnątrzszpitalnymi.
9. Konsultacje specjalistyczne udzielane są przez Kierownika Zakładu, jego zastępcę lub lekarza z specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej.
10. Konsultacje pilne - w dniu zlecenia, planowe - w dni zlecenia lub w dniu następnym
11. Nadzór nad kształceniem podyplomowym lekarzy prowadzi Kierownik i kierownicy specjalizacji. Nadzór nad kształceniem przed i podyplomowym pielęgniarek prowadzi pielęgniarka koordynująca lub inna osoba wskazana odrębną umową.
12. Za realizację badania klinicznego odpowiada Badacz. Badanie kliniczne może być prowadzone w oddziale szpitalnym lub poradni specjalistycznej po spełnieniu następujących warunków:
 - 1) uzyskanie pozytywnej opinii Zespołu ds. realizacji eksperymentów klinicznych,
 - 2) zawarcie umowy trójstronnej pomiędzy Szpitalem, Badaczem i Sponsorem.
13. Pozostałe zadania oddziału realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

III. Zadania zakładu:

Zakład wykonuje badania pełnoletnim pacjentom szpitalnym i ambulatoryjnym z terenu całego województwa, godziny pracy poszczególnych pracowni realizowane są zgodnie z harmonogramem pracy, obowiązują skierowania (zgodnie z ustawą).

1. W zakresie pracowni radiologii klasycznej:

- 1) zdjęcia rtg całego układu kostno-stawowego – wszystkie projekcje,
- 2) zdjęcia rtg klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy,
- 3) badania kontrastowe przewodu pokarmowego, cholangiografie śród i pooperacyjne,
- 4) badanie kontrastowe układu moczowego,
- 5) badanie drożności jajowodów - HSG,
- 6) badanie rtg noworodków.

2. W zakresie pracowni badań naczyniowych, radiologii zabiegowej i neuroradiologii (badania wykonywane dorosłym):

- 1) panangiografia (3 lub 4 naczynia) naczyń mózgowych,
- 2) arteriografia kończyn dolnych m. Seldingera,
- 3) arteriografia kończyn dolnych – z podaniem kontrastu dożylnie,
- 4) aortografia + arteriografia wybiórcze tętnic brzusznych, miednicy i klatki piersiowej,
- 5) cavografia (badanie cewnikowe),
- 6) flebografia kończyn dolnych i górnych,
- 7) angioplastyka, stentowanie tętnic obwodowych, szyjnych (z użyciem neuroprotekcji), trzewnych,
- 8) embolizacja (naczyń nerkowych, macicznych, biodrowych, innych) w przebiegu krwawień, nacieków nowotworowych, tętniaków, malformacji,
- 9) embolizacja tętniaków mózgu, malformacji naczyniowych,
- 10) implantacje filtrów do żyły głównej dolnej,
- 11) zabiegi naprawcze w przebiegu tętniaków aorty piersiowej, brzusznej, jej rozwarstwienia z implantacją stent-graftu,
- 12) inne badania i zabiegi z zakresu radiologii zabiegowej i neuroradiologii
- 13) biopsje gruboigłowe piersi wspomagane próżnią,
- 14) biopsje cienko i gruboigłowe innych narządów.

3. W zakresie pracowni mammografii:

- 1) mammografia,
- 2) galaktografia,
- 3) badania przesiewowe w ramach umowy z NFZ (screening),
- 4) badania weryfikujące, konsultacje radiologiczne,
- 5) oznaczenie zmian ogniskowych w piersi z użyciem izotopów (ROLL), markerów metalowych („kotwiczek”).
- 6) Biopsje gruboigłowe zmian ogniskowych, mikrozwapnień wspomagane próżnią

4. W zakresie pracowni ultrasonografii i biopsji cienkoigłowej:

- 1) wykonywanie badań diagnostycznych USG w tym Doppler dla potrzeb Szpitala i pacjentów z zewnątrz ze skierowaniem,
- 2) wykonywanie biopsji cienkoigłowej dla pacjentów Szpitala oraz pacjentów z zewnątrz ze skierowaniem,
- 3) przedoperacyjne oznaczenie zmian ogniskowych piersi za pomocą radioizotopów.

5. W zakresie pracowni USG i diagnostyki inwazyjnej:

- 1) wykonywanie badań diagnostycznych USG, w szczególności piersi i naczyń dla potrzeb Szpitala i pacjentów z zewnątrz,
- 2) wykonywanie biopsji cienko i gruboigłowych zmian ogniskowych piersi oraz narządów położonych powierzchownie dla potrzeb Szpitala i pacjentów z zewnątrz,

- 3) przedoperacyjne oznaczenie zmian ogniskowych piersi za pomocą radioizotopów,
- 4) wykonywanie badań USG piersi i konsultacje radiologiczne.

6. W zakresie pracowni tomografii komputerowej:

- 1) Wykonywanie badań diagnostycznych TK w pełnym zakresie dla potrzeb pacjentów Szpitala i pacjentów zewnętrznych (skierowania z Poradni specjalistycznych, innych) w godzinach pracy w dni pracujące zgodnie z grafikiem.
- 2) Wykonywanie badań diagnostycznych TK w pełnym zakresie dla potrzeb pacjentów Szpitalnych, SKOR, Centrum Urazowego WSS i SOR innych Szpitali, które przysyłają pacjenta na konsultację do WSS całodobowo we wszystkie dni tygodnia.

7. W zakresie pracowni rezonansu magnetycznego:

- 1) wykonywanie badań diagnostycznych TK w pełnym zakresie dla potrzeb pacjentów Szpitala i pacjentów zewnętrznych (skierowania z Poradni specjalistycznych, innych) w godzinach pracy w dni pracujące zgodnie z grafikiem,
- 2) wykonywanie badań diagnostycznych TK w pełnym zakresie dla potrzeb pacjentów Szpitalnych, SKOR, Centrum Urazowego WSS i SOR innych Szpitali, które przysyłają pacjenta na konsultację do WSS całodobowo we wszystkie dni tygodnia.

8. We wszystkich pracowniach Zakładu:

- 1) szkolenia personelu medycznego (lekarzy radiologów w trakcie specjalizacji, lekarzy innych specjalizacji, techników radiologii),
- 2) weryfikacja badań dostarczonych, konsultacje radiologiczne, także z zakresu radiologii zabiegowej.

Załącznik Nr 9.31 STRUKTURA I ZADANIA ZAKŁADU BAKTERIOLOGII

I. Struktura organizacyjna zakładu:

1. pracownia ogólna,
2. pracownia posiewów i rejestracji badań.

II. Organizacja oddziału:

1. Pracą Zakładu kieruje kierownik zakładu (specjalista mikrobiologii).
2. Kierownik jest zastępowany przez zastępcę kierownika (specjalista mikrobiologii klinicznej), w szczególnych przypadkach przez wskazanego asystenta.

3. Czas pracy laboratorium:

- 1) Laboratorium, w dni robocze, otwarte jest w godzinach 7³⁰ – 15⁰⁵.

W soboty i święta dyżury pełnią : asystenci i technicy od godz. 8⁰⁰ (czas pracy uzależniony od ilości badań, minimum do 11⁰⁰).

4. Godziny przyjmowania materiałów do badań:

- 1) Przyjmowanie badań od osób prywatnych lub z poradni poza-szpitalnych 7³⁵ – 15⁰⁰ w dni robocze a podczas dyżurów 8⁰⁰ – 11⁰⁰.

2) Materiały do badań pochodzące od pacjentów szpitala i poradni szpitalnych przynoszone są przez cały tydzień i całą dobę do wydzielonej śluzy (wejście na kod) i segregowane wg wskazań (chłodziarka: płwocina, materiał z bronchoskopii, wydzielina z dróg oddechowych, BAL-e, mocze; ciepłarka: krew, płyn mózgowo – rdzeniowy, błat: wymazówki transportowe – w śluzie zamieszczona jest instrukcja)

3) Materiały odbierane są ze śluzy, przez personel laboratorium i na bieżąco rejestrowane oraz posiewane na podłoża wzrostowe.

4) Materiał do badań pobiera przeszkolony personel oddziału lub przychodni (lekarze lub pielęgniarki) lub sami pacjenci (mocze).

5) Instrukcja pobierania, transportu i przechowywania materiałów do badań mikrobiologicznych są dostępne na wszystkich oddziałach (IA 1 „Pobieranie, transport i przechowywanie materiałów do badań mikrobiologicznych”) oraz na stronie internetowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

6) Poza godzinami pracy i w dni wolne badania pobierane są na podłoża transportowe i zostawiane w śluzie, zgodnie z instrukcjami dostępnymi na oddziałach.

5. Wydawanie wyników i czas oczekiwania na wynik:

1) Czas oczekiwania na wyniki uzależniony jest od rodzaju pobranego materiału oraz specyfiki wyhodowanych szczepów bakteryjnych i wynosi od 1 do 7 dni.

2) Wyniki po autoryzacji wydawane są w formie elektronicznej poprzez sieciowy system komputerowy - na oddziały i poradnie podłączone do sieci oraz w formie dokumentu „Wynik Badania”.

3) Pacjenci prywatni oraz z poradni zewnątrz-szpitalnych otrzymują oraz szpitalnych nie podłączonych jeszcze do sieci informatycznej otrzymują wyniki w postaci dokumentu „Wynik Badania”.

6. Rejestracja materiału do badań:

1) Za rejestracją badań odpowiedzialna jest rejestratorka lub osoba ją zastępująca.

2) Materiał do badań z oddziałów, po okodowaniu i zleceniu w formie elektronicznej, dostarczany jest do śluzy Zakładu Bakteriologii.

3) Nieokodowany materiał do badania przyjmowany jest wraz ze Zleceniem Badania Mikrobiologicznego **SZJ F-31**.

4) Badania rejestrowane są w komputerowym systemie informatycznym (po sprawdzeniu zgodności przesyłu z opisem na przesłanej próbce).

7. Sposoby wydawania i przechowywania wyników:

- 1) Każdy wynik wychodzący z Zakładu Bakteriologii zapisywany jest w komputerowym programie statystycznym będącym elementem sieci informatycznej.
- 2) Wpis zawiera informację o wynikach posiewów, komentarz do badania, opis wykonywanych procedur (koszty badania), dane osoby wpisującej oraz autoryzującej wynik.
- 3) Po autoryzacji wyniki są przysyłane na oddziały poprzez sieć informatyczną oraz wydawane są jako wydruki (opatrzone pieczętką i podpisem osoby autoryzującej).
- 4) Wyniki w formie pisemnej segregowane są na poszczególne oddziały (opisane przegródki w szluzie) i odbierane przez upoważniony personel.
- 5) Wyniki badań wykonanych dla osób prywatnych lub z poradni wydawane są bezpośrednio w Zakładzie Bakteriologii w godzinach pracy Zakładu. W razie konieczności, na prośbę pacjenta, istnieje możliwość odbioru wyników w punkcie rejestracji Laboratorium Analitycznego. W przypadku odbioru wyników przez osoby trzecie, wymagane jest upoważnienie podpisane przez adresata wyniku (wg wzoru lub odręczne).

III. Zadania zakładu:

1. Diagnostyka mikrobiologiczna materiałów biologicznych pod kątem zakażeń wywołanych przez:
 - 1) bakterie tlenowe,
 - 2) bakterie beztlenowe,
 - 3) grzyby drożdżopodobne.
2. Diagnostyka obejmuje:
 - 1) identyfikację czynnika etiologicznego zakażenia,
 - 2) określenie lekowrażliwości,
 - 3) wykrywanie mechanizmów oporności.
3. Wykrywanie obecności toksynotwórczych szczepów *Clostridium difficile*.
4. Wykrywanie czynnika wskaźnikowego stanu zapalnego jelit – laktoferyny.
5. Wykrywanie nosicielstwa bakterii uznawanych za patogeny alarmowe.
6. Badanie stanu higieny środowiska szpitalnego.
7. Wykonywanie statystycznych analiz rozkładu występowania chorobotwórczych drobnoustrojów na poszczególnych oddziałach (mapa epidemiologiczna) oraz analiza zmian wzorów oporności.
8. Współpraca z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
9. Udział w programie czynnego monitoringu zakażeń szpitalnych.
10. Udział w ogólnopolskim programie ochrony antybiotyków.
11. Udział w pracach Zespołu ds. Antybiotykoterapii.
12. Udział w pracach Komitetu Terapeutycznego.
13. Udział w programie szkoleń personelu średniego i wyższego szpitala.
14. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

Załącznik Nr 9.32 STRUKTURA I ZADANIA ZAKŁADU PATOMORFOLOGII

I. Struktura organizacyjna:

1. pracownia histopatologiczna,
2. pracownia cytologiczna,
3. pracownia barwień specjalnych (histochemicznych),
4. pracownia barwień immunohistichemicznych,
5. pracownia badań autopsyjnych,
6. prosektorium,
7. archiwum,
8. pracownia badań molekularnych.

II. Zadania:

1. Wykonywanie badań:
 - a) histopatologicznych,
 - b) histochemicznych,
 - c) immunohistochemicznych,
 - d) cytologicznych,
 - e) śródoperacyjnych,
2. Wykonywanie biopsji cienkoigłowych.
3. Wykonywanie sekcji zwłok.
4. Archiwizacja:
 - a) wyników histopatologicznych,
 - b) protokołów sekcyjnych,
 - c) preparatów histopatologicznych,
 - d) blozków parafinowych.
5. Szkolenie pracowników medycznych.
6. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
7. Zadania pracowni badań molekularnych:
 - a) kwalifikacja materiału do badań genetycznych,
 - b) oznaczanie mutacji w materiale tkankowym i cytologicznym,
 - c) interpretacja, wydawanie i archiwizacja wyników badań,
 - d) współpraca z innymi jednostkami badawczymi w zakresie kontroli jakości badań,
 - e) okresowa analiza uzyskanych wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

Załącznik Nr 9.33 STRUKTURA I ZADANIA PRACOWNI IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ

I. Struktura organizacyjna:

1. pracownia immunologii transfuzjologicznej,
2. bank krwi.

II. Zadania w zakresie Pracowni:

1. Przyjmowanie materiału do badań pobranego poza pracownią.
2. Wykonywanie badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej pacjentom Szpitala i ambulatoryjnym.
3. Zaopatrzenie Szpitala w krew i jej składników poprzez sprowadzanie z jednostek przygotowujących w/w preparaty.
4. Prowadzenie dokumentacji przychodu i rozchodu krwi i jej składników.
5. Prowadzenie dokumentacji wykonywanych badań immunohepatologicznych.
6. Udzielanie konsultacji w zakresie krwiolecznictwa.
7. Badanie przyczyn odczynów poprzetoczeniowych w porozumieniu z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.
8. Prowadzeniem dokumentacji medycznej oraz innej dokumentacji obowiązującej w Szpitalu.
9. Przechowywanie dokumentacji zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 191 z dnia 19.10.2005 r.), ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych osobowych w niej zawartych.
10. Szkolenie personelu medycznego.

III. Zadania w zakresie Banku Krwi:

1. Składanie zamówień na krew i jej składników w RCK i K (wg zapotrzebowań napływających z oddziałów Szpitala).
2. Odbiór preparatów krwiopochodnych przesłanych z RCK i K i przechowywanie tych preparatów do czasu wydania ich na oddział szpitalny.
3. Przechowywanie zapasów krwi i jej składników na potrzeby Szpitala.
4. Wydawanie krwi i jej składników do oddziałów szpitalnych.
5. Prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów krwi i jej składników.
6. Prowadzenie innej obowiązującej dokumentacji.
7. Szkolenie personelu.

Załącznik Nr 9.34 ZADANIA PORADNI LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

I. Struktura organizacyjna:

1. Gabinet lekarski.
2. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu medycyna rodzinna:
 - a) punkt szczepień

II. Zadania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Porada lekarska udzielana w warunkach ambulatoryjnych.
2. Porada lekarska udzielana w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie.
3. Świadczenia w ramach profilaktyki w tym chorób układu krążenia, układu ruchu, pokarmowego, oddechowego.
4. Sprawowanie opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi.
5. Świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub diagnostyki obrazowej i nie obrazowej.
6. Szczepienia ochronne realizowane zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
7. Oświata zdrowotna.

III. Zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:

1. Wizyta realizowana w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie.
2. Wizyta realizowana w warunkach ambulatoryjnych.
3. Świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy.
4. Oświata zdrowotna.

IV. Zadania gabinetu diagnostyczno-zabiegowego o profilu medycyna rodzinna wraz z punktem szczepień, należy w szczególności:

1. Podawanie leków zleconych przez lekarza, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, domięśniowych i podskórnych.
2. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
3. Wykonywanie opatrunków.
4. Planowanie i wykonywanie szczepień ochronnych obowiązkowych i zalecanych.
5. Prowadzenie edukacji zdrowotnej
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Załącznik Nr 9.35 ZADANIA GABINETU DIAGNOSTYCZNO- ZABIEGOWEGO

1. W strukturze Szpitala znajdują się następujące gabinety diagnostyczno-zabiegowe:

1) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16a):

- a) chirurgia ogólna,
- b) chirurgia onkologiczna,
- c) chirurgia naczyniowa,
- d) neurochirurgia,
- e) kardiochirurgia,
- f) choroby wewnętrzne,
- g) choroby zakaźne,
- h) nefrologia,
- i) leczenia ran przewlekłych

2) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):

- a) otolaryngologia,
- b) okulistyka,

3) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18):

- a) położnictwo i ginekologia,
- b) ginekologia onkologiczna,

4) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16b):

- a) chirurgia onkologiczna,
- b) okulistyka,

5) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu ortopedia i traumatologia narządu ruchu (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 18),

6) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu onkologia kliniczna (mieszczący się przy ul. Żołnierskiej 16b),

7) gabinet diagnostyczno-zabiegowy o profilu anestezjologii i intensywnej terapii (mieszczący się przy ul. Żołnierska 18).

2. Do zadań Gabinetu diagnostyczno-zabiegowego należy w szczególności:

- 1) wykonywanie zabiegów, opatrunków, badań,
- 2) podawania leków różnymi drogami,
- 3) pomiarów parametrów życiowych pacjenta.

Załącznik nr 9.36 Zadania Poradni Onkologicznej

1. W Poradni Onkologicznej udzielane są specjalistyczne porady z zakresu chorób nowotworowych, które obejmują diagnostykę, leczenie i opiekę poszpitalną, w szczególności pacjentek po chemoterapii leczonych w Oddziale Ginekologii Onkologicznej.
2. Zlecanie badań diagnostycznych i innych świadczeń medycznych niezbędnych w procesie leczenia ambulatoryjnego.
3. Kierowanie pacjentów do szpitala.
4. Bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej.
5. Dbłość o sprzęt znajdujący się w poradni.
6. Zapobieganie zakażeniom.
7. Współpraca z zespołem kontroli zakażeń szpitalnych i komitetem terapeutycznym.
8. Dążenie do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń medycznych, współpraca z komisjami, zespołami i komitetami powołanymi w szpitalu w celu podnoszenia jakości udzielanych świadczeń medycznych.
9. Realizacja innych czynności zleconych przez Dyrektora.

Załącznik nr 9.37 Zadania Poradni Urologicznej

1. W Poradni Urologicznej udzielane są specjalistyczne porady z zakresu schorzeń uroonkologicznych, które obejmują diagnostykę, leczenie i opiekę poszpitalną.
2. Zlecanie badań diagnostycznych i innych świadczeń medycznych niezbędnych w procesie leczenia ambulatoryjnego.
3. Kierowanie pacjentów do szpitala.
4. Bieżące prowadzenie dokumentacji medycznej.
5. Dbłość o sprzęt znajdujący się w poradni.
6. Zapobieganie zakażeniom.
7. Współpraca z zespołem kontroli zakażeń szpitalnych i komitetem terapeutycznym.
8. Dążenie do podnoszenia jakości udzielanych świadczeń medycznych, współpraca z komisjami, zespołami i komitetami powołanymi w szpitalu w celu podnoszenia jakości udzielanych świadczeń medycznych.
9. Realizacja innych czynności zleconych przez Dyrektora.

Załącznik nr 9.38 Struktura i zadania Stacji Dializ

I. Struktura organizacyjna:

1. Dializa otrzewnowa
2. Hemodializa

II. Organizacja oddziału:

1. Za organizację pracy stacji dializ i pracę personelu lekarskiego odpowiada kierownik stacji dializ.
2. Pracą personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.
3. Nadzór merytoryczno-naukowy sprawuje kierownik kliniki nefrologii, hipertensjologii i chorób wewnętrznych.
4. Nadzór nad infrastrukturą, utrzymaniem budynku w ruchu oraz aparaturą medyczną sprawują pracownicy działu eksploatacyjno-technicznego.

III. Zadania Stacji Dializ:

1. Prowadzenie terapii nerkozastępczej (hemodializy, hemodiafiltracja, dializa otrzewnowa) u chorych leczonych przewlekłe w stacji dializ - tryb ambulatoryjny.
2. Prowadzenie terapii nerkozastępczej (hemodializy) intensywnej u chorych hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego i innych szpitali - po uzgodnieniu.
3. Prowadzenie terapii nerkozastępczej – hemodializy „gościnne” np.: wakacyjne dla Pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, kartę EKUZ oraz dializy płatne (dla Pacjentów nie ubezpieczonych w polskim systemie opieki zdrowotnej).
4. Współpraca z Oddziałem Klinicznym Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych oraz Poradnią Nefrologiczną w zakresie kwalifikowania do terapii nerkozastępczej pacjentów z PChN stadium IV i V oraz kwalifikacji do wyprzedzającego przeszczepienia nerki.
5. Współpraca z Oddziałem Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Oddziałem Klinicznym Chirurgii Naczyniowej oraz Oddziałem Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii WSS w Olsztynie w zakresie wytwarzania dostępu do dializ.
6. Prowadzenie kwalifikacji pacjentów do zabiegu przeszczepienia nerki. Wpisywanie na listę oczekujących na przeszczepienie nerki do Rejestrów Transplantacyjnych. Monitorowanie i aktualizacja badań oraz stanu pacjenta w zakresie gotowości do zabiegu przeszczepiania nerki, nerki i trzustki. Współpraca z Ośrodkiem Kwalifikującym do Przeszczepienia i Oddziałem Transplantologii i Chirurgii Ogólnej WSS w Olsztynie.
7. Prowadzenie i monitorowanie szczepień p. WZW typu B - w zakresie szczepień bezpłatnych dla chorych dializowanych.
8. Realizowanie programów terapeutycznych (programy lekowe) dla pacjentów z przewlekłymi chorobami nerek – „Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u chorych hemodializowanych” oraz innych dostępnych, finansowanych przez NFZ w zakresie leczenia chorych dializowanych.
9. Edukacja chorych w zakresie:
 - a) wyboru metody leczenia nerkozastępczego – przeszczepienie nerki, dializa otrzewnowa, hemodializa,
 - b) pielęgnacji dostępu naczyniowego,
 - c) diety chorych dializowanych,
 - d) powikłań leczenia nerkozastępczego,
 - e) transplantacji nerki, trzustki,
 - f) zachowań prozdrowotnych pacjentów,
 - g) leczenia schorzeń towarzyszących PChN we współpracy z innymi specjalistami oraz lekarzami POZ.
10. Indywidualne szkolenia pacjentów w zakresie prowadzenia leczenia dializą otrzewnową CADO/ADO.

11. Monitorowanie wyników medycznych pacjentów, dostosowanie parametrów zabiegu hemodializy/dializy otrzewnowej do indywidualnych wymagań pacjentów oraz do aktualnie obowiązujących standardów medycznych oraz zasad wyznaczanych przez płatnika.
12. Prowadzenie kontroli jakości oraz sprawności sprzętu medycznego oraz wody uzdatnionej do hemodializy.
13. Monitorowanie wyników przeglądów (technik/Dział eksploatacyjno- techniczny).
14. Monitorowanie zakażeń wewnątrzszpitalnych.
15. Realizacja zadań związanych z wdrożonymi systemami zarządzania jakością.
16. Ustawiczne szkolenie i podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
17. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.
18. Przygotowanie wymaganych sprawozdań.
19. Prowadzenie badań klinicznych i działalności dydaktyczno-naukowej.
20. Pozostałe zadania stacji dializ realizowane są w oparciu o ogólne zasady funkcjonowania szpitala.

Załącznik Nr 9.39 ZADANIA I STRUKTURA PORADNI NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

I. Struktura organizacyjna:

1. Gabinet lekarski.
2. Gabinet zabiegowy.

II. Zadania Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:

W zakresie ambulatoryjnej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa:

1. Udzielanie indywidualnych świadczeń leczniczych, konsultacyjnych i diagnostycznych od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 danego dnia do 8:00 dnia następnego.
2. W dni ustawowo wolne od pracy całodobowo oraz w dni powszednie w godz. 18.00-8.00 pacjentom przysługują także zabiegi pielęgniarstwa w ramach porady udzielonej przez lekarza dyżurującego oraz zabiegi wynikające z ciągłości leczenia. Zabiegi te wykonywane są przez pielęgniarkę w gabinecie zabiegowym.
3. Kwalifikowanie i kierowanie pacjentów do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, do innych oddziałów szpitalnych oraz do lecznictwa otwartego (POZ) i specjalistycznego lecznictwa ambulatoryjnego.
4. Prowadzenie dokumentacji medycznej w myśl obowiązujących przepisów resortowych i wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Wydawanie pacjentom zaleceń, skierowań, recept, zaświadczeń i innych dokumentów związanych z udzielonym świadczeniem.

W zakresie wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa:

1. Zapewnienie opieki lekarskiej na wezwanie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 danego dnia do 8:00 dnia następnego w domu pacjenta w przypadkach nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia.
2. Podejmowanie czynności leczniczych, ordynacji leków.
3. Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy.
4. Zapewnienie zleconych przez lekarza czynności świadczeń opieki pielęgniarstwa wynikających z ciągłości leczenia i pielęgnacji od poniedziałku do piątku w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 danego dnia do 8:00 dnia następnego w domu pacjenta.
5. Opieka lekarska lub pielęgniarstwa do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, jeżeli zaistnieje konieczność wezwania takiego zespołu.

Zasady korzystania z nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:

1. Opieka lekarska i pielęgniarstwa udzielana jest niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta oraz deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są bezpłatne dla osób ubezpieczonych i udzielane bez skierowania.
3. Lekarz udziela porad w warunkach ambulatoryjnych, telefonicznie, a w przypadkach medycznie uzasadnionych - w domu pacjenta.
4. Z opieki lekarskiej i pielęgniarstwa udzielanej w Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej można skorzystać w przypadku nagłego zachorowania lub pogorszenia stanu zdrowia, gdy:
 - 1) nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub grożących istotnym uszczerbkiem na zdrowiu,
 - 2) zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy,
 - 3) zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia.
5. Przykładowe sytuacje uzasadniające skorzystanie ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej:

- 1) zaostrzenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością)
- 2) infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką, szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku,
- 3) bóle brzucha, nieustępujące mimo stosowania leków rozkurczowych,
- 4) bóle głowy, nieustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych,
- 5) biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku,
- 6) nagłe bóle kręgosłupa, stawów, kończyn itp.,
- 7) zaburzenia psychiczne (z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej).

Załącznik Nr 9.40 ZADANIA I STRUKTURA ODDZIAŁU CHEMIOTERAPII

- I. Struktura organizacyjna:**
 - 1. Poradnia chemioterapii.
 - 2. Gabinet zabiegowy w zakresie chemioterapii.

- II. Do zadań Oddziału Chemioterapii, w szczególności należy:**
 - 1. Leczenie pacjentów onkologicznych chemioterapeutykami.
 - 2. Diagnostyka i leczenie powikłań chemioterapii.
 - 3. Ustalenie planów leczenia i diagnostyki po zakończeniu chemioterapii.
 - 4. Wsparcie psychologa podczas kursów leczenia chemioterapeutykami.

- III. Do zadań Poradni Chemioterapii, w szczególności należy:**
 - 1. Kwalifikacja pacjentów onkologicznych do leczenia chemioterapią.
 - 2. Ustalanie schematu postępowania diagnostyczno-leczniczego.
 - 3. Edukacja pacjentów poddawanych leczeniu chemioterapeutykami.
 - 4. Wsparcie psychologa w ramach wizyt w poradni.

Załącznik Nr 10 STRUKTURA I ZADANIA KOMÓREK O CHARAKTERZE ADMINISTRACYJNYM

Załącznik Nr 10.1 ZADANIA DZIAŁU KSIĘGOWOŚCI

I. Działem kieruje – Główny Księgowy

II. Podległość służbowa Głównego Księgowego – Z-ca Dyrektor ds. Administracyjno-Finansowych

III. Zastępstwo podczas nieobecności kierownika – z-ca głównego księgowego

IV. Do zadań Głównego Księgowego w szczególności należy:

1. W zakresie rachunkowości:

- a) wdrażanie zasad rachunkowości, kalkulacji oraz sprawozdawczości finansowej i budżetowej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- b) ustalanie zasad prawidłowego obiegu dokumentów niezbędnych dla rachunkowości,
- c) kierowanie pracą podległych mu pracowników oraz ich instruktaż i czuwanie nad podnoszeniem kwalifikacji zawodowych,
- d) czuwanie nad całokształtem prac z zakresu rachunkowości wykonywanych przez inne komórki organizacyjne,
- e) prawidłowe i terminowe prowadzenie ksiąg rachunkowych oraz prawidłowe i terminowe sporządzanie zewnętrznych i wewnętrznych sprawozdań finansowych i budżetowych;
- f) należyte przechowywanie i zabezpieczanie ksiąg rachunkowych i dowodów księgowych oraz sprawozdań finansowych i budżetowych.

2. Wykonywanie kontroli wstępnej i bieżącej dowodów księgowych.

3. Prowadzenie nadzoru nad:

- a) sekcją finansowo – księgową;
- b) sekcją ewidencji majątku;

4. Szkolenie personelu.

5. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

V. Do zadań Działu należy:

1. Koordynacja problematyki finansowo – ekonomicznej poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.

2. Dokonywanie rocznej analizy ekonomicznej i tematycznych analiz okresowych ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się kosztów i przychodów wg miejsc ich powstawania.

3. Prowadzenie księgowości z likwidaturą i kasą. Wystawianie faktur dla poszczególnych odbiorców usług medycznych i innej sprzedaży.

4. Prowadzenie ewidencji analitycznej kosztów według miejsc ich powstania.

5. Prowadzenie ewidencji składników majątkowych oraz spraw związanych z inwentaryzacją.

6. Rozliczanie ilościowo – wartościowo magazynów. Rozliczanie remanentów.

7. Prowadzenie i rozliczanie z kontrahentami wzajemnych rozliczeń i ustalanie sald.

8. Prowadzenie obsługi bankowej.

9. Sprawowanie kontroli formalno-rachunkowej.

10. Sporządzanie sprawozdawczości finansowej.

VI. Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.

2. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.

3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.

4. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.

5. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.

6. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.

7. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.

8. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.

9. Prowadzenie korespondencji.

10. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
11. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
12. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
13. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
14. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

Załącznik Nr 10.2 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU SŁUŻBY PRACOWNICZEJ

- I. Działem kieruje – Kierownik.**
- II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor Naczelny.**
- III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu.**
- IV. Struktura organizacyjna Działu:**
 - 1. Sekcja Płac,
 - 2. Sekcja Kadr.
- V. Zadania kierownika Działu:**
 - 1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
 - 2. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
 - 3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
 - 4. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
 - 5. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
 - 6. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
 - 7. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
 - 8. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
 - 9. Prowadzenie korespondencji.
 - 10. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
 - 11. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
 - 12. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
 - 13. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
 - 14. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.
- VI. Do zadań Działu należy:**
 - 1. Przygotowywanie dokumentów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów o pracę, zmiana stanowisk pracy i płacy oraz innych dokumentów kadrowych.
 - 2. Prowadzenie ewidencji pracowników i osób zatrudnionych na podstawie umów o pracę, akt osobowych oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy, wydawanie legitymacji i zaświadczeń o zatrudnieniu.
 - 3. Kontrola porządku i dyscypliny pracy.
 - 4. Opracowywanie sprawozdań, informacji i wykazów z zakresu zatrudnienia.
 - 5. Współdziałanie z organami administracji państwowej, samorządowej np. PFRON (przygotowywanie comiesięcznych informacji o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych), Urzędami Pracy, NFZ, samorządami zawodowymi, PIP (co miesięczne informacje o ilości zawartych umów).
 - 6. Przygotowywanie i obsługa konkursów na stanowiska kierownicze, nadzór nad dokumentacją konkursową.
 - 7. Prowadzenie spraw związanych z wykorzystywaniem zakładowego funduszu socjalnego.
 - 8. Obsługa Komisji Socjalnej.
 - 9. Prowadzenie spraw zatrudnienia stażystów i rezydentów we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Urzędem Marszałkowskim. Przygotowywanie i rozliczanie umów.
 - 10. Zawieranie umów zleceń, umów o dzieło i umów o wolontariat.
 - 11. Przygotowanie druków ZUS dla przyjmowanych, zwalnianych i aktualnie zatrudnianych pracowników.
 - 12. Gromadzenie dokumentacji pracowniczej przy przechodzeniu na rentę, emeryturę oraz wyliczeniu kapitału początkowego.

1. Opracowywanie wzorów umów, przygotowywanie umów, gromadzenie dokumentacji i prowadzenie akt osobowych oraz sprawozdawczości dotyczącej zawartych umów na udzielanie świadczeń medycznych.
 1. Zawieranie umów z podmiotami zewnętrznymi na badania diagnostyczne.
 2. Nadzór nad wykonywaniem umów cywilnoprawnych w zakresie prawidłowości wystawionych rachunków przez podmioty świadczące usługi medyczne.
 3. Organizowanie i nadzór nad dokumentacją konkursów ofert na świadczenie usług medycznych.
 4. Przeprowadzanie i monitorowanie procesów: ocena pracowników i adaptacja zawodowa.
 5. Przeprowadzanie szkoleń wewnętrznych dla pracowników Szpitala z zakresu prawa pracy i problematyki ubezpieczeń społecznych.
 6. Praca nad doskonaleniem procedur jakościowych związanych z problematyką zatrudnienia pracowników.
 7. Współpraca ze Związkami Zawodowymi, działającymi na terenie Szpitala – przygotowanie informacji.
 8. Przygotowanie wniosków o odznaczenia dla pracowników.
 9. Prowadzenie archiwum akt osobowych i dokumentów niemedyceńskich (przyjmowanie, przechowywanie i kasacja).
 10. Naliczanie wynagrodzeń dla wszystkich osób zatrudnionych w WSS w Olsztynie (umowy o pracę, umowy zlecenia , umowy o świadczenie usług medycznych).
 11. Sporządzanie list płacowych, potrącanie pracownikom należności z tytułu przynależności związkowej, zadłużenia w Kasie Zapomogowo-Pożyczkowej i pożyczek z Funduszu Socjalnego.
 12. Obsługa programu Płatnik.
 13. Naliczanie składek ZUS pracownika i pracodawcy.
 14. Sporządzanie dokumentacji płacowej do ZUS.
 15. Wypłata zasiłków ZUS dla pracowników szpitala.
 16. Naliczanie należności podatkowych dla pracowników WSS w Olsztynie.
 17. Prowadzenie sprawozdawczości płacowej (GUS, Ministerstwo Zdrowia, Urząd Marszałkowski itp.).
 18. Gromadzenie i przechowywanie dokumentacji płacowej.
 19. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
 20. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.3 ZADANIA DZIAŁU ORGANIZACYJNEGO I FUNDUSZY ZEWNĘTRZNYCH

I. Działem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa kierownika – Z-ca Dyrektor ds. Administracyjno-Finansowych.

III. Zastępstwo podczas nieobecności kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Zadania kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Działu w szczególności należy:

1. Wnioskowanie zmian w statucie szpitala i nadzór nad aktualizacją statutu szpitala.
2. Opracowanie i aktualizacja regulaminu organizacyjnego szpitala.
3. Opracowanie i wdrożenie procedury zarządzania projektami.
4. Przygotowywanie spotkań Rady Społecznej oraz utrzymywanie kontaktów z członkami Rady Społecznej.
5. Przygotowywanie uchwał Rady Społecznej, protokołów ze spotkań oraz innych informacji o działalności szpitala.
6. Współpraca z Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego – składanie wniosków o wpis zmian w szpitalu do rejestru wojewody.
7. Przygotowywanie wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji w służbie zdrowia (IOWISZ).
8. Opracowywanie listów, sprawozdań, budżetów, oficjalnych pism związanych z działalnością szpitala do Urzędu Marszałkowskiego oraz innych instytucji.
9. Prowadzenie rejestrów dokumentacji związanej z funkcjonowaniem szpitala: umów, zarządzeń wewnętrznych, upoważnień/pełnomocnictw.
10. Nadzorowanie dokumentacji organizacyjno-zarządczej.
11. Opracowywanie procedur i instrukcji związanych z funkcjonowaniem szpitala, w tym instrukcja kancelaryjna.
12. Współpraca z organizacjami rządowymi i pozarządowymi.
13. Wyszukiwanie ofert konkursowych związanych z pozyskiwaniem środków finansowych ze źródeł zewnętrznych.
14. Zbieranie informacji oraz przygotowanie wniosków aplikacyjnych.
15. Współpraca z instytucjami finansującymi w zależności od rodzaju projektu.

16. Realizacja, koordynowanie oraz monitorowanie(audyt) projektów zgodnie z procedurą zarządzania projektami oraz z zawartymi umowami.
17. Realizacja grantów badawczych w zakresie organizacyjno-finansowym.
18. Przygotowywanie sprawozdań miesięcznych, kwartalnych i rocznych z realizacji oraz trwałości projektów.
19. Koordynowanie wiadomości e-mail przesłanych za pomocą formularza, znajdującego się na stronie szpitalnej www.wss.olsztyn.pl.
20. Nawiązywanie partnerstwa krajowego i zagranicznego.

VI. Inne zadania:

1. Przygotowanie sprawozdania rocznego z pracy Działu.
2. Przygotowanie planu pracy Działu na dany rok.
3. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi szpitala w trakcie realizacji zadań.
4. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.4 ZADANIA DZIAŁU ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH I ZAOPATRZENIA

I. Działem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor naczelny

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Zadania kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
2. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
4. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
5. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
6. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
7. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
8. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
9. Prowadzenie korespondencji.
10. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
11. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
12. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
13. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
14. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Działu w zakresie zamówień publicznych w szczególności należy:

1. Przestrzeganie przepisów określonych w Ustawie Prawo Zamówień Publicznych.
2. Prowadzenie postępowania na dostawy, usługi i roboty budowlane zgodnie z obowiązującym regulaminem postępowania w sprawach o zamówienia publiczne.
3. Przyjmowanie i ewidencjonowanie wniosków o udzielanie zamówienia publicznego.
4. Ustalenie na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych trybu, w jakim może być udzielone zamówienie publiczne.
5. Dokonywanie wyboru i opracowywanie materiałów niezbędnych do udzielania zamówienia we współpracy z osobą, która złożyła wniosek (np. specyfikacja techniczna, wycena).
6. Wszczynianie postępowania w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych przez dokonywanie wszystkich czynności wymaganych przepisami ustawy we współpracy z osobą, która złożyła wniosek.
7. Współpraca z komisją przetargową w zakresie zapewniającym właściwą realizację zamówień publicznych:
 - a) opracowywanie projektów specyfikacji istotnych warunków zamówień oraz innych dokumentów związanych z udzielaniem zamówień publicznych,
 - b) przygotowywanie projektów umów w wyniku zakończenia procedur zamówień publicznych zaopiniowanych przez radcę prawnego oraz przedłożenia ich do akceptacji Dyrektorowi Nacelnemu lub Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych,
 - c) analiza wnoszonych odwołań oraz przygotowywanie projektów odpowiedzi na wniesione odwołania.
8. Współdziałanie z Urzędem Zamówień Publicznych w ramach obowiązków wynikających z ustawy Prawo zamówień publicznych.

9. Prowadzenie rejestru postępowań o udzielanie zamówień publicznych.
10. Prowadzenie dokumentacji oraz protokołu postępowania o zamówienia publiczne.
11. Sporządzanie odpisów dokumentacji przetargowej oraz wydawanie jej na wniosek wykonawców.
12. Przygotowywanie zawiadomień o wyborze wykonawcy w prowadzonych postępowaniach o udzielanie zamówienia publicznego.
13. Kompletowanie oraz archiwizacja dokumentacji w zakresie zamówień publicznych.
14. Opracowanie projektów przepisów wewnętrznych i zarządzeń dotyczących realizacji zamówień publicznych.
15. Udzielanie wskazówek i porad poszczególnym komórkom organizacyjnym w zakresie zamówień publicznych.
16. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
17. Udział w szkoleniach.

VI. Do zadań Działu w zakresie zaopatrzenia w szczególności należy:

1. Zaopatrzenie Szpitala w artykuły potrzebne do prawidłowego funkcjonowania komórek organizacyjnych.
2. Prowadzenie gospodarki magazynowej – kontrola zapasów, składowanie materiałów, rozchodowanie na poszczególne komórki Szpitala (kwit „RW”).
3. Kontrola jakościowa i ilościowa w trakcie odbioru towarów od dostawców oraz w chwili przyjmowania go do magazynu.
4. Realizacja reklamacji.
5. Dostarczenie zakupionego towaru do właściwych magazynów.
6. Prowadzenie zgodnie z przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi dokumentacji dotyczącej zakupów, egzekwowanie jej od dostawców i wykonawców.
7. Zbieranie informacji o cenach i potencjalnych dostawcach i wykonawcach.
8. Odpowiedzialność za dokumenty dotyczące zaopatrzenia.
9. Przyjmowanie towaru do magazynu na podstawie faktury, przechowywanie wydawanych zgromadzonych w magazynie artykułów.
10. Rzetelne, zgodne z dokumentacją wydawanie towaru z magazynu.
11. Prowadzenie na bieżąco z należytą starannością dokumentacji magazynowej.
12. Nie przyjmowanie do magazynu towarów nie zamówionych.
13. Odpowiednie zabezpieczenie opakowań zwrotnych przed uszkodzeniem i kradzieżą, dbałość o ich terminowy zwrot.
14. Zabezpieczenie pomieszczeń magazynowych przed pożarem i kradzieżą.
15. Dbłość o odpowiednie przechowywanie powierzonych towaru w tym w szczególności o stan sanitarny i porządek w pomieszczeniach magazynowych.
16. Przestrzeganie obowiązujących normatywów magazynowych oraz zgłaszanie potrzeb i uzupełniania.
17. Bieżąca kontrola terminów przydatności do użycia dostarczonych artykułów.
18. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie określania potrzeb i realizacji zamówień.
19. Współpraca z Działem Księgowości w zakresie zabezpieczenia środków finansowych na zakupy.
20. Prowadzenie kartotek wyposażenia osobistego.
21. Udział w szkoleniach.

VII. Magazyny prowadzone przez Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia:

1. Magazyn bielizny.
2. Magazyn wyposażenia osobistego.
3. Magazyn gospodarczy.
4. Magazyn środków trwałych.

- 5. Magazyn techniczny.
- 6. Magazyn materiałów biurowych i druków.

Załącznik Nr 10.5 ZADANIA DZIAŁU DS. KONTRAKTOWANIA I ROZLICZEŃ

I. Działem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu.

IV. Zadania Kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
2. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
4. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
5. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
6. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
7. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
8. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
9. Prowadzenie korespondencji.
10. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
11. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
12. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
13. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
14. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Działu w szczególności należy:

1. Obliczanie kosztu leczenia pacjenta nieubezpieczonego na podstawie karty medycznej pacjenta w celu wystawienia rachunku:
 - a) wyjaśnianie zaistniałych niezgodności w medycznej karcie pacjenta,
 - b) zestawienie kosztu leczenia pacjentów do wystawienia faktury.
2. Prowadzenie rozliczenia umów podpisanych z NFZ oraz innymi świadczeniodawcami:
 - a) przyjmowanie, segregowanie, ewidencja druków skierowań,
 - b) uzupełnianie brakujących danych na skierowaniach,
 - c) wyjaśnianie niezgodności zaistniałych w trakcie wprowadzania danych,
 - d) wprowadzanie danych do komputerowej bazy danych za dany miesiąc,
 - e) wygenerowanie raportów statystycznych w celu przesłania ich do NFZ,
 - f) sporządzanie większości sprawozdań wynikających z umów zawartych z NFZ.
3. Przygotowanie, wprowadzanie danych dotyczących składanych ofert do NFZ.
4. Przygotowywanie sprawozdań na potrzeby jednostek zewnętrznych i Dyrekcji Szpitala.
5. Sporządzanie (aktualizacja) cennika procedur odpłatnych WSS.
6. Rozliczanie praktyk lekarskich i pielęgniarskich UWM na podstawie zawartych umów.
7. Rozliczanie i opieka nad pacjentami z Pakietu Leśnik.
8. Rozliczanie szkoleń i kursów pielęgniarek prowadzonych na terenie Szpitala (Kora, OSB, Interrete, Akademia Pomorska ...)
9. Opieka nad pacjentami oraz rozliczanie za wykonanie świadczeń dla ASEKURACJA.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
11. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.6 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU STATYSTYKI I DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

I. Działem kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Struktura organizacyjna Działu:

- a) sekretarki medyczne w oddziałach szpitalnych,
- b) statystyka medyczna,
- c) archiwum medyczne,
- d) archiwum zakładowe.

V. Zadania Kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
2. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
4. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
5. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
6. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
7. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
8. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
9. Prowadzenie korespondencji.
10. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
11. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
12. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
13. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
14. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

VI. Do zadań Działu w szczególności należy:

1. Prowadzenie dokumentacji związanej z pobytem chorych w Szpitalu:
 - a) księgi głównej chorych i innych ksiąg pomocniczych,
 - b) prowadzenie dziennika ruchu chorych w Szpitalu oraz sporządzanie miesięcznych i rocznych zestawień ruchu chorych,
 - c) prowadzenie sprawozdawczości i statystyki medycznej zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej oraz wymaganiami Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) oraz Ministerstwa Zdrowia,
 - d) sporządzanie analiz, sprawozdań i zestawień statystycznych na potrzeby innych komórek organizacyjnych Szpitala,
 - e) kompletowanie i wysyłanie kart zgłoszenia nowotworu złośliwego,
 - f) weryfikacja i wysyłanie do Państwowego Zakładu Higieny (PZH) kart statystycznych MZ/Szp-11,
 - g) przyjmowanie historii chorób z pełną dokumentacją przekazywanych przez oddziały.
2. Wykonywanie czynności administracyjnych związanych z pobytem pacjenta w oddziale, m.in.:
 - a) zakładanie teczek z historią choroby pacjenta,
 - b) kompletowanie w historii choroby pacjenta z uwzględnieniem chronologii daty dokumentów wszystkich wyników przeprowadzonych badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych podczas pobytu pacjenta na oddziale, a także weryfikacja poprawności dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej, pod względem numeru PESEL, danych osobowych pacjenta, pieczętek, itp,
 - c) sporządzanie karty informacyjnej, po wcześniejszym przygotowaniu przez lekarza oddziału, z załączoną historią choroby,

- d) przekazywanie karty informacyjnej dla pacjentów,
- e) systematyczne i skrupulatne ewidencjonowanie w systemie komputerowym wszystkich wyników przeprowadzonych badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych podczas pobytu pacjenta na oddziale,
- f) systematyczne i skrupulatne ewidencjonowanie w systemie komputerowym leków, które otrzymuje pacjent podczas pobytu w oddziale, zgodnie z Kartą Zleceń we współpracy z lekarzem prowadzącym,
- g) ewidencjonowanie w systemie komputerowym terminów przyjęcia pacjentów z podziałem na przyjęcia planowe oraz pilne.

3. Prowadzenie archiwum medycznego i archiwum zakładowego:

- a) przyjmowanie dokumentacji medycznej do archiwum Szpitala, zgodnie z obowiązującą instrukcją kancelaryjną oraz instrukcją w sprawie organizacji i zakresu działania Archiwum WSS,
- b) prowadzenie ewidencji archiwalnej dokumentacji medycznej oraz jej segregowanie i katalogowanie,
- c) udostępnianie dokumentacji medycznej wewnątrz, jak i na zewnątrz szpitala, zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- d) przechowywanie dokumentacji w warunkach zapobiegających jej zniszczenia i pozwalających na szybkie jej wykorzystanie,
- e) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej oraz udział w jej komisyjnym brakowaniu,
- f) przygotowanie materiałów archiwalnych do przekazania i udział w ich przekazaniu do właściwego Archiwum Państwowego.

4. Prowadzenie korespondencji:

- a) sporządzanie i terminowe wysyłanie wyciągów i odpisów historii chorych lub odpisów orzeczeń lekarskich z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego na żądanie uprawnionych instytucji,
- b) sporządzanie kserokopii dokumentów na żądanie pacjentów,
- c) pobieranie opłat za sporządzane kopie dokumentacji medycznej,
- d) naliczanie opłat za sporządzane kopie dokumentacji medycznej dla uprawnionych podmiotów i instytucji oraz przekazywanie naliczeń do Działu Księgowego.

5. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.

6. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.7 STRUKTURA I ZADANIA DZIAŁU EKSPLOATACYJNO-TECHNICZNEGO

I. Działem kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Struktura organizacyjna Działu:

a) Sekcja Elektroenergetyczna.

V. Zadania Kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Działu Eksploatacyjno-Technicznego należy w szczególności:

1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, budynków i budowli. Prowadzenie stosownej dokumentacji, w tym ksiąg obiektów budowlanych. Inicjonowanie przeprowadzenia terminowych przeglądów budynków i budowli zgodnie z przepisami Prawa Budowlanego. Inicjonowanie przeprowadzenia terminowych przeglądów i pomiarów instalacji elektrycznych i odgromowych w i na budynkach i budowlach zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przygotowywanie wniosków w sprawach dotyczących realizacji w szpitalu inwestycji i przedsięwzięć remontowych.
3. Zapewnienie prawidłowo prowadzonej gospodarki paliwowo-energetycznej, w tym urządzeń energetycznych, instalacji gazu, gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznych, teletechnicznych, łączności radiowej, sieci wodno-kanalizacyjnych, sprzętu techniczno-gospodarczego, tj. między innymi:
 - a) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją nieruchomości, urządzeń energetycznych, chłodniczych, wentylacyjnych, techniczno-gospodarczych oraz nad gospodarką wodno-ściekową,
 - b) przeprowadzenie okresowych przeglądów nieruchomości i urządzeń w/w w celu uzupełnienia niezbędnych napraw remontów i zabiegów konserwacyjnych,
 - c) ustalenie zasad, programów i planów zabiegów konserwacyjnych oraz napraw urządzeń energetycznych, chłodniczych, sanitarnych i innych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień,
 - d) zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw i remontów sprzętu, poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego,

- e) organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania zużytych środków rzeczowych i finansowych,
 - f) zapewnienie konserwacji parku maszynowego zgodnie z instrukcjami i wymaganiami eksploatacyjnymi,
 - g) sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne,
 - h) co roczne sporządzanie i realizacja Planu Zabiegów Eksploatacyjnych w WSS w Olsztynie.
4. Przygotowywanie stosownych wniosków o zamówienia publiczne, zgodnie z obowiązującym w szpitalu regulaminem.
5. Zapewnienie ciągłości pracy działu.

VI. Do zadań Sekcji Elektroenergetycznej należy w szczególności:

1. Zapewnienie prawidłowej eksploatacji nieruchomości, budynków i budowli. Prowadzenie stosownej dokumentacji. Inicjowanie przeprowadzenia terminowych przeglądów i pomiarów instalacji elektrycznych i odgromowych w i na budynkach i budowlach zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przygotowywanie wniosków w sprawach dotyczących realizacji w szpitalu inwestycji i przedsięwzięć remontowych.
3. Zapewnienie prawidłowo prowadzonej gospodarki paliwowo-energetycznej, w tym urządzeń energetycznych, gazów medycznych, urządzeń chłodniczych, instalacji elektrycznych, teletechnicznych, łączności radiowej, sprzętu techniczno-gospodarczego, tj. między innymi:
 - a) sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją urządzeń energetycznych, chłodniczych, wentylacyjnych, techniczno-gospodarczych ,
 - b) przeprowadzenie okresowych przeglądów nieruchomości i urządzeń w/w w celu uzupełnienia niezbędnych napraw remontów i zabiegów konserwacyjnych,
 - c) ustalenie zasad, programów i planów zabiegów konserwacyjnych oraz napraw urządzeń energetycznych, chłodniczych, i innych oraz zapewnienie usług serwisu technicznego w ramach posiadanych uprawnień,
 - d) zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw i remontów sprzętu, poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego,
 - e) organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw i remontów oraz racjonalnego wykorzystania zużytych środków rzeczowych i finansowych,
 - f) zapewnienie konserwacji parku maszynowego zgodnie z instrukcjami i wymaganiami eksploatacyjnymi,
 - g) sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne,
 - h) realizacja Planu Zabiegów Eksploatacyjnych w WSS w Olsztynie.
4. Przygotowywanie stosownych wniosków o zamówienia publiczne, zgodnie z obowiązującym w szpitalu regulaminem.
5. Zapewnienie ciągłości pracy sekcji.

Załącznik Nr 10.8 ZADANIA DZIAŁU GOSPODARCZEGO

I. Działem kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Zadania Kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
2. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
4. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
5. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
6. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
7. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
8. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
9. Prowadzenie korespondencji.
10. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
11. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
12. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
13. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
14. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Działu Gospodarczego w szczególności należy:

1. Administrowanie nieruchomościami.
2. Organizacja usług transportu gospodarczego i medycznego.
3. Organizacja funkcjonowania systemu gospodarki odpadami.
4. Nadzór nad pracą szwalni i magazynu bielizny.
5. Organizacja pracy ogrodnika, pracowników gospodarczych i kierowców.
6. Nadzorowanie właściwej pracy portierni, szatni i centrali telefonicznej oraz obsługi wind.
7. Sporządzanie informacji i okresowych sprawozdań na potrzeby szpitala i jednostek z nimi współpracujących.
8. Nadzór nad funkcjonującymi w szpitalu instalacjami monitoringu wizyjnego. Zorganizowanie wykorzystania instalacji monitoringu do bieżącego dozoru terenu i pomieszczeń w części administracyjnej szpitala.
9. Utrzymanie terenów zielonych na posesji WSS poprzez:
 - a) gospodarowanie szatą roślinną,
 - b) dokonywanie wycinki roślinności (drzewa, krzewy),
 - c) wykonywanie nasadzeń roślinności wg określonych projektów,
 - d) prowadzenie ogólnych prac ogrodniczo – porządkowych.
10. Nadzorowanie pracy firm obsługujących szpital, m.in. w zakresie żywienia, sprzątnia, utrzymania parkingów na terenie szpitala.
11. Administrowanie salami konferencyjnymi i wykładowymi, w tym prowadzenie rejestru wykorzystania tych sal.
12. Co najmniej co miesięczne przeprowadzanie przeglądów stanu technicznego części administracyjnych i gospodarczych obiektów i posesji szpitalnych.
13. Ścisła współpraca z Działem Technicznym w zakresie przeprowadzanych remontów i konserwacji.
14. Współpraca z Działem Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia w zakresie opracowywania i składania wniosków na usługi i dostawy.
15. Zapewnieniem ciągłości pracy działu.

Załącznik Nr 10.9 ZADANIA SEKCJI BHP I P. POŻ.

I. Sekcją kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor Naczelny.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Sekcji.

IV. Zadania Kierownika Sekcji:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy sekcji
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia sekcji.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Sekcji BHP i P/POŻ należy w szczególności:

1. Przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
2. Informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń.
3. Udział w opracowaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy.
4. Udział w przekazywaniu do użytkowania nowobudowanych lub przebudowanych obiektów budowlanych.
5. Opiniowanie instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy.
6. Udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy i chorób zawodowych.
7. Prowadzenie rejestrów wypadków, chorób zawodowych, czynników szkodliwych i rakotwórczych występujących w środowisku pracy oraz wykazu zranień ostrymi narzędziami.
8. Szkolenie nowozatrudnionych pracowników z zakresu BHP i P.POŻ. oraz stażystów, studentów i wolontariuszy.
9. Prowadzenie doradztwa w zakresie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.
10. Współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się nadzorem nad warunkami pracy.
11. Organizowanie systemu zabezpieczenia przeciwpożarowego oraz kontrola i nadzór nad prawidłowością jego funkcjonowania.
12. Kontrola systemu monitorowania oraz czujek i przycisków pożarowych.
13. Planowanie i nadzór przy organizacji szkoleń okresowych dla pracowników szpitala.
14. Sporządzanie rocznej analizy stanu BHP i P/POŻ w Szpitalu.

15. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
16. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.10 ZADANIA DZIAŁU INFORMATYKI

I. Działem kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Zadania Kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Działu Informatyki w szczególności należy:

1. Utrzymanie ciągłości pracy systemów informatycznych występujących w szpitalu.
2. Administrowanie systemami sieciowymi.
3. Administrowanie systemami bazodanowymi.
4. Nadzór nad dostawcami usług internetowych.
5. Administrowanie wewnętrzną i zewnętrzną stroną www szpitala.
6. Administrowanie szpitalnymi kontami pocztowymi.
7. Prowadzenie serwisu sprzętu komputerowego.
8. Współpraca z serwisami zewnętrznymi.
9. Szkolenia pracowników szpitala z zakresu obsługi szpitalnych systemów informatycznych.
10. Nadzór informatyczny nad programami odpowiedzialnymi za przekazywanie danych do NFZ.
11. Nadzór informatyczny nad systemem kamer przemysłowych.
12. Dążenie do rozbudowy szpitalnego systemu komputerowego o dodatkowe moduły pozwalające włączyć w system informatyczny pozostałe komórki organizacyjne Szpitala.
13. Prowadzenie polityki zabezpieczeń dostępu do danych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.
14. Przygotowywanie i sporządzanie wniosków o Zamówienia Publiczne oraz współpraca w przeprowadzaniu postępowań przetargowych.
15. Uczestnictwo w tworzeniu planów inwestycyjnych i remontów.
16. Sporządzanie analiz, raportów i sprawozdań w zakresie dotyczących innych zadań działu.
17. Zapewnienie ciągłości pracy działu.

Załącznik Nr 10.11 ZADANIA KANCELARII I SEKRETARIATU

I. Kancelarią i Sekretariatem kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor Naczelny.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Kancelarii i Sekretariatu.

IV. Do zadań Kierownika Kancelarii i Sekretariatu należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Kancelarii i Sekretariatu w szczególności należy:

1. Przyjmowanie i nadawanie przesyłek pocztowych.
2. Ewidencjonowanie i rozdział korespondencji.
3. Przyjmowanie i wydawanie telegramów, telefonogramów, faksów oraz poczty elektronicznej, itp.
4. Ewidencjonowanie podpisanych umów wpływających drogą pocztową.
5. Ewidencjonowanie rachunków, faktur i innych dokumentów księgowych w rejestrze faktur.
6. Udzielanie informacji interesantom, a w razie potrzeby kierowanie ich do właściwych komórek lub stanowisk pracy.
7. Przestrzeganie obowiązującej Instrukcji Kancelaryjnej.
8. Sporządzanie pism na polecenie Dyrekcji.
9. Prowadzenie ewidencji pism przychodzących i dekretowanych przez Dyrekcję.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.

Załącznik Nr 10.12 ZADANIA SEKCJI KONTROLI ZARZĄDCZEJ

I. Sekcją kieruje – Kierownik.

II. Podległość służbowa Kierownika – Dyrektor Naczelny.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Sekcji.

IV. Zadania Kierownika Sekcji:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy sekcji
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia sekcji.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Sekcji Kontroli Zarządczej w szczególności należy:

1. Koordynowanie systemu kontroli zarządczej, dokonywanie kontroli wewnętrznej działalności Szpitala w oparciu o standardy kontroli zarządczej (komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16.12.2009 r.).
2. Współpraca z pełnomocnikiem dyrektora ds. jakości na rzecz systemu zarządzania jakością w oparciu o wymagania normy EN-PN ISO 9001 i standardów akredytacyjnych.
3. Prowadzenie Rejestru Dokumentacji Systemu Kontroli Zarządczej.
4. Sporządzanie i przedkładanie do zatwierdzenia Dyrektorowi planu pracy Szpitala na podstawie planów zastępców Dyrektora.
5. Monitoring realizacji celów określonych w planach pracy.
6. Sporządzanie i przedkładanie do zatwierdzenia Dyrektorowi sprawozdania z realizacji planu pracy Szpitala na podstawie sprawozdań zastępców Dyrektora.
7. Przeprowadzanie kontroli działalności Szpitala na podstawie:
 - a) rocznego planu kontroli,
 - b) doraźnych kontroli na polecenie dyrektora Szpitala.
 - c) wniosków dotyczących usunięcia stwierdzonych uchybień – nieprawidłowości wskazanych w trakcie kontroli zewnętrznych.
6. Udzielanie za zgodą Dyrektora pomocy w przeprowadzaniu kontroli przez organy zewnętrzne oraz pomoc w rozwiązywaniu i eliminowaniu problematycznych obszarów wykazanych w trakcie kontroli zewnętrznych i wewnętrznych;
7. Prowadzenie Rejestru Kontroli Zewnętrznych i Wewnętrznych.
8. Analiza ryzyka na podstawie danych oraz informacji opracowanych przez zespół ds. zarządzania ryzykiem w WSS w Olsztynie.
9. Koordynowanie procesu zarządzania ryzykiem w WSS w Olsztynie (identyfikacja ryzyka, analiza, ocena punktowa, hierarchizacja, zarządzanie).

10. Analiza istniejących procedur tworzących system kontroli zarządczej w Szpitalu.
11. Zgłaszanie wniosków do odpowiednich komórek organizacyjnych Szpitala w sprawie aktualizacji lub stworzenia nowych procedur tworzących system kontroli zarządczej.
12. Przygotowywanie wzorów zarządzeń wewnętrznych na podstawie istniejących lub nowo powstałych procedur, mających na celu aktualizację, wzmocnienie oraz usprawnienie systemu kontroli zarządczej.
13. Koordynacja przeprowadzania samooceny systemu kontroli zarządczej.
14. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie koordynacji systemu kontroli zarządczej.

Załącznik Nr 10.13 ZADANIA DZIAŁU APARATURY MEDYCZNEJ

I. Działem kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Zadania Kierownika Działu:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy działu
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Działu Aparatury Medycznej w szczególności należy:

1. Zapewnienie niezbędnej konserwacji przeglądów okresowych napraw sprzętu, aparatury medycznej i urządzeń kserograficznych poprzez własne usługi w ramach posiadanych uprawnień oraz poprzez zabezpieczenie usług wyspecjalizowanych jednostek serwisu technicznego.
2. Co roczne sporządzanie planów przeglądów aparatury medycznej.
3. Organizowanie i kontrolowanie przeprowadzonych konserwacji, napraw oraz racjonalnego wykorzystania zużytych środków rzeczowych i finansowych.
4. Zapewnienie konserwacji parku maszynowego zgodnie z instrukcjami o prowadzeniu paszportów technicznych i wymaganiami eksploatacyjnymi.
5. Prowadzenie i kompletowanie korespondencji, dokumentacji biurowej, dokumentacji techniczno-ruchowej.
6. Sporządzanie projektów planów zaopatrzenia w środki techniczne.
7. Prowadzenie ewidencji i kosztów utrzymania w ruchu aparatury medycznej szpitala w aplikacji gxAparatura.
8. Zabezpieczenie danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
9. Znajomość i przestrzeganie zapisów Ustawy o wyrobach medycznych.
10. Przygotowywanie i sporządzanie wniosków o zamówienia publiczne oraz współpraca w przeprowadzaniu postępowań przetargowych.
11. Uczestnictwo w tworzeniu planów inwestycyjnych i remontów.
12. Opracowywanie analiz, raportów i sprawozdań w zakresie dotyczącym innych zadań działu.
13. Zapewnienie ciągłości pracy działu.

Załącznik Nr 10.14 ZADANIA SEKCJI DS. JAKOŚCI

I. Sekcją kieruje – Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości.

II. Podległość służbowa kierownika – Dyrektor Naczelny.

III. Zastępstwo podczas nieobecności kierownika – wyznaczony pracownik Sekcji??? czy Przełożona Pielęgniarek i Położnych.

IV. Zadania Kierownika Sekcji:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy sekcji
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia sekcji.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Sekcji ds. Jakości należy:

1. Monitorowanie skuteczności systemu zarządzania jakością.
2. Wdrażanie systemów jakości określonych przez szpital:
 - a) Opracowanie dokumentacji systemowej i operacyjnej: Księgi Jakości, Polityki Jakości, procedur systemowych, procedur i instrukcji operacyjnych we współpracy z Pełnomocnikiem i liderami procesów.
 - b) Sprawowanie nadzoru nad dokumentacją jakości wdrożonego systemu.
 - c) Aktualizacja rejestru dokumentacji medycznej i jego publikacja na stronie intranetowej szpitala.
 - d) Publikowanie aktualnej dokumentacji jakości na stronie intranetowej szpitala.
2. Udział w monitorowaniu systemu jakości:
 - a) Realizacja auditów wewnętrznych.
 - b) Monitorowanie podejmowanych przez liderów działań zapobiegawczych i korygujących.
 - c) Monitorowanie zdarzeń niepożądanych.
 - d) Opracowywanie wyników monitorowania wskaźników jakości, zdarzeń niepożądanych.
 - e) Organizowanie, prowadzenie lub współudział w prowadzeniu szkoleń dla personelu szpitala w zakresie jakości.
 - f) Monitorowanie usługi realizowanej przez podwykonawcę z zakresu żywienia chorych.
3. Ścisła współpraca z kierownictwem oddziałów, działów w zakresie monitorowania i doskonalenia jakości.
4. Udział w przygotowaniu szpitala do przeprowadzenia zewnętrznej oceny jakości w oparciu o Standardy Akredytacyjne, Międzynarodowe Normy Jakości ISO i inne w oparciu o decyzję dyrektora szpitala.

Załącznik Nr 10.15 ZAKRES CZYNNOŚCI PSYCHOLOGA

I. Podległość służbowa Psychologa – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

II. Do zadań Psychologa w szczególności należy:

1. Przeprowadzanie badań specjalistycznych (diagnoza psychologiczna) pacjentów przebywających w Szpitalu na zlecenie lekarza prowadzącego jako uzupełnienie diagnozy lekarskiej.
2. Diagnoza psychologiczna obejmuje:
 - a) badanie ogólnej sprawności intelektualnej,
 - b) badanie psychologiczne dotyczące wykrywania deficytów funkcji poznawczych,
 - c) badanie psychologiczne pacjentów z ogniskowymi zespołami poznawczo-behawioralnymi po udarach mózgu i urazach mózgowo czaszkowych,
 - d) badanie osobowości oraz sposobów radzenia sobie ze stresem choroby,
 - e) badanie przydatności zawodowej pacjentów po urazach mózgowo-czaszkowych, po urazach mózgu i po urazach kręgosłupa w Oddziale Neurologicznym, Udarowym oraz Rehabilitacyjnym i Rehabilitacji Neurologicznej,
 - f) badanie diagnostyczne wykonywane dla potrzeb kwalifikacji pacjentów WSS do zakładów opiekuńczych i domów pomocy społecznej.
3. Udzielanie porad specjalistycznych dla pacjentów i ich rodzin.
4. Udzielanie pomocy psychologicznej dla pacjentów i ich rodzin.
5. Przygotowanie emocjonalne pacjentek do porodu w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Ginekologii Onkologicznej.
6. Kwalifikacja pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej do cięcia cesarskiego ze względów psychologicznych.
7. Organizowanie spotkań terapeutyczno – szkoleniowych dla pracowników Szpitala, grupowe i indywidualne zgodnie z zapotrzebowaniem i oczekiwaniami.
8. Udzielanie pomocy psychologicznej dla pacjentów przed i po zabiegach operacyjnych na zlecenie lekarza prowadzącego.
9. Pomoc psychologiczna dla pacjentów poradni przyszpitalnych na zlecenie lekarza prowadzącego mająca na celu wsparcie w radzeniu sobie z chorobą przewlekłą.
10. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

III. Psycholog ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik Nr 10.16 ZAKRES CZYNNOŚCI PRZEŁOŻONEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

I. Podległość służbowa Przełożonej Pielęgniarek i Położnych– Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

II. Zastępstwo podczas nieobecności – Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.

III. Do zadań Przełożonej Pielęgniarek i Położnych w szczególności należy:

1. Organizowanie opieki nad pacjentami i kierowanie pracą pielęgniarek i położnych oddziałowych, pielęgniarek koordynujących.
 2. Opracowywanie i wdrażanie standardów postępowania i opieki nad chorymi.
 3. Opracowywanie, weryfikacja i wprowadzanie dokumentacji medycznej pielęgniarskiej.
 4. Monitorowanie jakości pracy.
 5. Monitorowanie wskaźników jakości opieki pielęgniarskiej.
 6. Organizowanie i przeprowadzanie szkoleń ogólnoszpitalnych.
 7. Monitorowanie poziomu kwalifikacji pielęgniarek i położnych.
 8. Utrzymanie skutecznej komunikacji na różnych poziomach organizacji opieki pielęgniarskiej
- sprawowanie nadzoru nad:
- a) przestrzeganiem praw pacjenta,
 - b) stanem sanitarno-epidemiologicznym,
 - c) rozkładem czasu pracy (grafiki) i ich akceptacją,
 - d) efektywnym wykorzystaniem czasu pracy pielęgniarek i położnych, alokacja personelu,
 - e) dostosowaniem ilości personelu pielęgniarskiego w oparciu o zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską pacjentów,
 - f) doskonaleniem zawodowym pielęgniarek i położnych.
8. Uczestniczenie w różnych formach doskonalenia zawodowego.
 9. Udział w komisjach przetargowych.
 10. Udział w pracach komisji problemowych.
 11. Sporządzanie okresowej sprawozdawczości.

IV. Przełożona Pielęgniarek ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik nr 10.17 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ ODDZIAŁOWEJ

I. Podległość służbowa Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej - podlega pod względem merytorycznym przełożonej pielęgniarek i położnych, a pod względem organizacyjnym ordynatorowi oddziału.

II. Zastępstwo podczas nieobecności Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej - Z-ca Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej lub wyznaczony pracownik.

III. Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej podlegają:

- a) pielęgniarki,
- b) położne,
- c) technicy.

IV. Do zadań Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej w szczególności należy:

1. W zakresie opieki nad chorymi:
 - a) zapewnienie obsady pielęgniarek/położnych adekwatne do stanu zdrowia pacjentów,
 - b) odbieranie raportów pielęgniarek przekazujących dyżur nocny i dzienny,
 - c) czynne uczestnictwo w obchodach lekarskich,
 - d) nadzór nad właściwym wykonywaniem zaleceń lekarskich,
 - e) prowadzenie podręcznej apteczki oddziałowej, stałe jej uzupełnianie i czuwanie nad należytych przechowywaniem, zabezpieczeniem i rozchodem leków,
 - f) sporządzanie zapotrzebowań żywnościowych oraz nadzór nad właściwą dystrybucją posiłków,
 - g) nadzór nad właściwym przyjęciem chorego do oddziału i jego wypisu,
 - h) zapewnienie bezpiecznych warunków pobytu chorego,
 - i) sprawowanie nadzoru epidemiologicznego w oddziale,
 - j) stworzenie właściwych warunków i bezpiecznego postępowania z materiałem do badań w celu zabezpieczenia personelu przed zakażeniami,
 - k) przestrzeganie praw pacjenta,
 - l) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
2. W zakresie administracyjno-gospodarczym:
 - a) dbanie o składniki materialne i niematerialne stanowiące własność oddziału i szpitala,
 - b) dbanie o wyposażenie w sprzęt medyczny, gospodarczy i bieliznę oraz leki i środki opatrunkowe,
 - c) nadzór nad utrzymaniem czystości pomieszczeń oddziału,
 - d) zgłaszanie awarii i usterek występujących w funkcjonowaniu urządzeń i sprzętu w oddziale.

V. Do obowiązków Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej należy również:

1. Organizowanie szkoleń wewnątrz oddziałowych.
2. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych własnych oraz podległego personelu.
3. Sporządzanie okresowej sprawozdawczości.
4. Wnioskowanie w sprawach nagród, awansów i upomnień w stosunku do podległego personelu.
5. Postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

VI. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa ponosi odpowiedzialność za:

1. Realizację procesu pielęgnowania pacjentów.
2. Sporządzanie rozkładów pracy zgodnie z miesięczną normą godzin do przepracowania i przedkładanie do akceptacji Przełożonej Pielęgniarek i Położnych.
3. Prawidłową adaptację nowo przyjętych pracowników.
4. Tworzenie właściwej atmosfery w oddziale sprzyjającej terapii.
5. Dyscyplinę podległego personelu.
6. Realizację programu szkoleń wewnątrzoddziałowych.
7. Dokumenty szpitalne.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
10. Prowadzenie korespondencji.

11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
12. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
15. Udział w szkoleniach.

VII. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa wykonuje inne prace zlecone przez przełożonych, nie objęte niniejszym zakresem czynności a wchodzących w zakres jej uprawnień zawodowych i funkcyjnych.

Załącznik nr 10.18 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKA KOORDYNUJĄCEJ

I. Podległość służbowa Pielęgniarki Koordynującej – merytorycznie podlega przełożonej pielęgniarek i położnej, służbowo podlega kierownikowi działu/zakładu.

II. Do zadań Pielęgniarki Koordynującej w szczególności należy:

1. Szacowanie zapotrzebowania na opiekę świadczoną przez podległy personel.
2. Organizowanie pracy dla podległego personelu.
3. Nadzorowanie pracy podległego personelu.
4. Sprawowanie nadzoru nad:
 - a) bezpieczeństwem chorych,
 - b) przestrzeganiem praw pacjentów,
 - c) nad całością inwentarza w oddziale,
 - d) prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
5. Uczestniczenie w odprawach pracowników działu.
6. Prowadzenie apteczki oddziałowej.
7. Sprawowanie nadzoru epidemiologicznego i BHP.
8. Dbanie o wyposażenie w sprzęt medyczny, gospodarczy, bieliznę.
9. Organizowanie szkoleń wewnątrzoddziałowych.
10. Uczestniczenie w szkoleniach ogólnoszpitalnych i innych formach doskonalenia zawodowego.
11. Udział w pracach komisji problemowych.
12. Sporządzanie okresowej sprawozdawczości.
13. Postępowanie zgodnie z zasadami etyki zawodowej pielęgniarek i położnych.

III. Pielęgniarka Koordynująca ponosi odpowiedzialność za:

1. Odpowiedzialność za dokumenty Szpitala.
2. Znajomość i przestrzeganie przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.19 ZADANIA SEKCJI PRAWNEJ

I. Sekcją prawną kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa kierownika Sekcji– Dyrektor Naczelny.

III. Do zadań kierownika należy w szczególności:

1. Koordynacja pomocy prawnej w jednostce.
2. Organizacja pracy zespołu radców prawnych.
3. Uzgadnianie ze współpracującymi radcami prawnymi systemu rozdziału spraw i dbałość o zgodny z ustaleniami rozdział zadań zawodowych.
4. Dbłość o prawidłowy rozkład czasu pracy radców prawnych, uwzględniający potrzeby jednostki organizacyjnej oraz postanowienia ustawy o radcach prawnych.
5. Dbłość o ustalenia planów urlopowych, uwzględniających potrzeby radców prawnych i jednostki organizacyjnej.
6. Dbłość o nie naruszenie samodzielności radców prawnych w wykonywaniu powierzonych zadań.
7. **Do zadań Sekcji Prawnej w szczególności należy:**
8. Udzielanie porad prawnych.
9. Sporządzanie opinii prawnych.
10. Opracowywanie projektów aktów prawnych tj.: regulaminy, zarządzenia, uchwały, komunikaty, umowy.
11. Występowanie w charakterze pełnomocnika/ów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przed sądami powszechnymi i urzędami (zastępstwo prawne i procesowe).
12. Upowszechnianie znajomości prawa wśród pracowników.
13. Prowadzenie spraw przed organami orzekającymi i dbanie o należyte wykorzystanie przewidzianych przez prawo środków dla ochrony uzasadnionych interesów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

V. Pracownicy Sekcji Prawnej ponoszą odpowiedzialność za:

1. Dokumenty prawne Szpitala.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i P.poż.
4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

VI. Pracownicy Sekcji Prawnej działają w oparciu i na zasadach określonych w Ustawie z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych tj. Dz. U. 2018 r.2115 tj.

Załącznik Nr 10.20 ZAKRES CZYNNOŚCI INSPEKTORA DS. OBRONY CYWILNEJ

I. Podległość służbowa Inspektora ds. Obrony Cywilnej – Dyrektor Naczelny.

II. Do zadań Inspektora ds. Obrony Cywilnej w szczególności należy:

1. Szkolenie organów kierowania i formacji obrony cywilnej w zakresie ochrony pacjentów i pracowników Szpitala.
2. Doskonalenie organizacji i metod przeprowadzania ewakuacji z rejonów zagrożonych.
3. Prowadzenie szkoleń w zakresie problematyki OC zgodnie z kalendarzowym planem szkolenia.
4. Prowadzenie działań mających na celu doskonalenie gotowości systemu wykrywania i alarmowania.
5. Wdrażanie zagadnień z powszechnej samoobrony pracownikom Szpitala.
6. Uzgadnianie z WKU nadania przydziałów organizacyjno-mobilizacyjnych do formacji obrony cywilnej.
7. Prowadzenie działalności zmierzającej do popularyzacji problematyki obrony cywilnej na terenie Szpitala.
8. Prowadzenie nadzoru nad przestrzeganiem przepisów o ochronie informacji niejawnych.
9. Opracowywanie i aktualizowanie dokumentów tj.:
 - a) Kart Realizacji Zadań Operacyjnych,
 - b) Planów przygotowań Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na potrzeby obronne państwa,
 - c) Dokumentacji Punktów Alarmowych, Stałych Dyżurów i Zespołu Kryzysowego,
 - d) i innych dokumentów zleconych przez podmiot tworzący, określających zadania obronne przewidziane do realizacji przez Szpital w podwyższonej i pełnej gotowości oraz wojny, jak również szkolenie osób biorących udział w realizacji w/w zadań.
10. Prowadzenie Kancelarii Niejawnej tj.:
 - a) nadzorowanie nad obiegiem dokumentów niejawnych w Szpitalu,
 - b) udostępnianie i wydawanie dokumentów zawierających informacje niejawne oznaczone klauzulą „zastrzeżone” osobom posiadającym stosowne poświadczenie bezpieczeństwa,
 - c) egzekwowanie zwrotu dokumentów zawierających informacje niejawne.

III. Inspektor ds. Obrony Cywilnej ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik Nr 10.21 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. OCHRONY INFORMACJI NIEJAWNYCH

I. Podległość służbowa Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych – Dyrektor Naczelny.

II. Do zadań Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych w szczególności należy:

1. Organizacja ochrony informacji niejawnych.
2. Szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych.
3. Postępowania sprawdzające, w celu ustalenia czy osoba nim objęta daje rękojmię zachowania tajemnicy.
4. Opracowanie planu ochrony informacji niejawnych i nadzorowanie jego realizacji.
5. Stosowanie środków fizycznej ochrony informacji niejawnych.
6. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji.
7. Ewidencjonowanie, przechowywanie, przetwarzanie i udostępnianie danych uzyskiwanych w związku z prowadzonymi postępowaniami o ustalenie rękojmi zachowania tajemnicy, w zakresie określonym w ankiecie bezpieczeństwa osobowego.
8. Współpraca właściwymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi służb ochrony państwa.

III. Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik Nr 10.22 ZADANIA PEŁNOMOCNIKA DYREKTORA DS. JAKOŚCI

I. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości podlega merytorycznie i organizacyjnie Dyrektorowi szpitala.

II. Do zadań Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości w szczególności należy:

1. Kierowanie pracami Sekcji ds. Jakości i Komitetu ds. Jakości oraz
2. Nadzorowanie prac zespołu ds. sprawdzania prawidłowości i kompletności dokumentacji medycznej.
3. Merytoryczne przygotowanie dokumentacji systemowej zarządzania jakością zgodnie z przyjętym przez szpital systemem tj.: księgi jakości, procedur systemowych.
4. Sprawowanie nadzoru nad tworzoną i aktualizowaną dokumentacją operacyjną przyjętego systemu zarządzania jakością.
5. Opracowanie we współpracy z ordynatorami/kierownikami/oddziałowymi programów poprawy jakości.
6. Dokonywanie zbiorczych analiz wybranych wskaźników jakości.
7. Organizowanie i przedstawianie analiz Dyrektorowi i kadrze kierowniczej szpitala.
8. Planowanie i organizowanie audytów wewnętrznych.
9. Wnioskowanie lub podejmowanie działań zapobiegawczych i korygujących.
10. Organizowanie i przeprowadzanie przeglądów zarządzania.
11. Ścisła współpraca z dyrektcją oraz z kadrą kierowniczą komórek organizacyjnych szpitala, Pełnomocnikiem ds. praw pacjenta w zakresie doskonalenia jakości.
12. Współpraca z instytucjami, przeprowadzającymi zewnętrzną ocenę jakości w oparciu o Standardy Akredytacyjne, Międzynarodowe Normy Jakości i inne zgodnie z decyzją dyrektora.

III. Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik Nr 10.23 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA

I. Podległość służbowa Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – Dyrektor Naczelny.

II. Zastępstwo podczas nieobecności Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

III. Do zadań Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta w szczególności należy:

1. Rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów oraz ich rodzin lub przedstawicieli prawnych.
2. Przyjmowanie wniosków, uwag, skarg i pochwał od pacjentów.
3. Prowadzenie rejestru wniosków, uwag, skarg i pochwał wniesionych przez pacjentów.
4. Prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawach praktyk naruszających prawa pacjenta.
5. Monitorowanie poziomu satysfakcji pacjenta poprzez analizę wniosków, uwag, skarg i pochwał wniesionych przez pacjentów.
6. Występowanie do Dyrektora z wnioskami i uwagami podjętymi w wyniku prowadzonych przez siebie postępowań.
7. Opracowywanie i przekładanie Dyrektorowi projektów wewnętrznych aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta.
8. Składanie Dyrektorowi w styczniu każdego roku pisemnego sprawozdania ze swojej działalności w roku ubiegłym.
9. Współpraca z Rzecznikiem Praw Pacjenta.

IV. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik Nr 10.24 ZAKRES CZYNNOŚCI LEKARZA NACZELNEGO

I. Podległość służbowa Lekarza Naczelnego – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

II. Lekarz Naczelny Szpitala współorganizuje i współzarządza działalnością podstawową Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

III. Do zadań Lekarza Naczelnego w szczególności należy:

1. Zabezpieczenie i organizowanie sprawnego funkcjonowania opieki medycznej we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
2. Zapewnienie sprawnej organizacji zadań realizowanych przez personel medyczny i jej kontrola we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
3. Nadzór nad gospodarką lekami, środkami opatrunkowymi i sprzętem jednorazowego użytku oraz krwią i preparatami krwiopochodnymi wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
4. Sprawowanie nadzoru nad dokumentacją medyczną oraz przeprowadzanie okresowych kontroli historii chorób i pozostałej dokumentacji medycznej we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
5. Organizacja systemu kontroli i podnoszenia jakości usług medycznych realizowanych przez Zakład.
6. Stworzenie „Programu poprawy jakości usług medycznych” i nadzór nad realizacją.
7. Uczestnictwo w przygotowaniu zakładu do akredytacji i certyfikacji w dziedzinie jakości.
8. Prowadzenie polityki personalnej, zapewniającej efektywną realizację zadań we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
9. Przeprowadzanie procedur mających na celu zawieranie z podmiotami leczniczymi umów cywilnoprawnych we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
10. Udział w planowaniu strategicznym rozwoju Zakładu, odpowiedzialność za wykonanie zadań operacyjnych z tym związanych we współpracy z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
11. Aktywne uczestnictwo w pracach zespołów zadaniowych, a w szczególności Komisji Terapeutycznej i Zespole ds. Analiz Zgonów.
12. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji i innych form kształcenia lekarzy.
13. Nadzór nad kształceniem lekarzy rezydentów.
14. Współpraca przy organizacji i uruchomieniu nowego Bloku Operacyjnego.
15. Współpraca z ordynatorami, kierownikami zakładów i pracowni diagnostycznych oraz innych komórek organizacyjnych wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
16. Współpraca z konsultantami dyscyplin klinicznych, innymi jednostkami służby zdrowia, Izbami Lekarskimi, Uniwersytetem Warmińsko – Mazurskim.
17. Współpraca z Zastępcą Dyrektora ds. administracyjno-finansowych w zakresie zalegającym się o jego sferę działalności wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
18. Bieżące informowanie Dyrektora o stanie realizacji zadań objętych zakresem działania, a w szczególności o powstałych brakach i niedociągnięciach wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
19. Zarządzanie informacją wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
20. Przestrzeganie przepisów prawa obowiązujących w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w szczególności umożliwiających prawidłową realizację powierzonych zadań wspólnie z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa.
21. Przestrzeganie ogólnych i szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych przez NFZ.
22. Wykonywanie innych czynności zleconych przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem działalności.

IV. Lekarz Naczelny ponosi odpowiedzialność za:

1. Dokumenty szpitalne.
2. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych.
3. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.

4. Prowadzenie korespondencji.
5. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
6. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
7. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
8. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
9. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.25 ZAKRES CZYNNOŚCI INSPEKTORA OCHRONY DANYCH

I. Podległość służbowa – Dyrektor

II. Do obowiązków Inspektora Ochrony Danych należy w szczególności:

1. Informowanie administratora, podmiotu przetwarzającego oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich na mocy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (zwane dalej Rozporządzeniem) oraz innych przepisów Unii lub przepisów krajowych o ochronie danych i doradzanie im w tej sprawie.
2. Monitorowanie przestrzegania Rozporządzenia, innych przepisów Unii lub przepisów krajowych o ochronie danych oraz polityk administratora lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podział obowiązków, działania zwiększające świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania oraz powiązane z tym audyty.
3. Udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania zgodnie z art. 35 Rozporządzenia.
4. Współpraca z organem nadzorczym.
5. Pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w art. 36 Rozporządzenia, oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach.
6. Inspektor ochrony danych wypełnia swoje zadania z należyтым uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania, mając na uwadze charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania.

III. Inspektor Ochrony Danych ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik Nr 10.26 ZADANIA SEKCJI INWESTYCJI

I. Sekcją kieruje – Kierownik

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Zadania Kierownika Sekcji:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy sekcji w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
2. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
3. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
4. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
5. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
6. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
7. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
8. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
9. Prowadzenie korespondencji.
10. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia sekcji.
11. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
12. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
13. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
14. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Sekcji Inwestycji należy w szczególności:

1. Gromadzenie i opracowywanie wniosków dotyczących potrzeb inwestycyjnych i remontowych WSS w Olsztynie.
2. Opracowywanie analiz, raportów i sprawozdań w zakresie działań inwestycyjnych i remontowych.
3. Opracowywanie projektów planów inwestycyjnych, w tym inwestycji modernizacyjnych wraz z określeniem założeń techniczno-ekonomicznych, efektywności, celowości, zasadności.
4. Opracowywanie projektów planów remontów bieżących wraz z określeniem założeń techniczno-ekonomicznych, efektywności, celowości, zasadności.
5. Realizacja planów inwestycyjnych i remontowych w WSS w Olsztynie.
6. Organizowanie procesów inwestycyjnych i remontowych w WSS w Olsztynie.
7. Przygotowywanie założeń użytkowych i projektowych na potrzeby inwestycji i remontów w WSS w Olsztynie.
8. Przygotowywanie elementów koncepcji technologicznych na potrzeby opracowywanych dokumentacji technicznych oraz prowadzonych inwestycji i zamierzeń remontowych.
9. Sporządzanie harmonogramów realizacyjnych, kosztorysów inwestorskich i przedmiarów robót inwestycyjnych i remontowych we własnym zakresie. Nadzór nad sporządzaniem kosztorysów inwestorskich i przedmiarów robót inwestycyjnych i remontowych przez usługodawców i wykonawców zewnętrznych.
10. Przygotowywanie i sporządzanie wniosków o zamówienia publiczne oraz współpraca w przeprowadzaniu postępowań przetargowych:
 - a) na potrzeby opracowywania dokumentacji technicznej,
 - b) na potrzeby pozyskiwania wykonawców robót inwestycyjnych i remontowych,
 - c) na inne potrzeby wynikające z zadań stojących przed Sekcją.
11. Pełnienie funkcji nadzoru inwestycyjnego lub nadzór nad pracą powołanego inwestora zastępczego.
12. Określenie zadań i obowiązków inwestora zastępczego w przypadku jego powołania.
13. Bieżące kontrolowanie robót inwestycyjnych i remontowych, w tym weryfikacja kosztorysów.

14. Rozliczanie finansowe i rzeczowe prowadzonych i zakończonych robót inwestycyjnych i remontowych, w tym weryfikacja protokołów, kosztorysów, faktur i innych materiałów przedłożonych przez wykonawców robót.
15. Bieżąca kontrola stanu zaawansowania rzeczowego i finansowego robót.
16. Dokonywanie odbioru robót w toku i zakończonych.
17. Przeprowadzenie określonych kontroli (przeglądów technicznych) obiektów, budowli i ich instalacji i powiązanych z nimi sieci, zgodnie z przepisami Prawa Budowlanego oraz dokonywanie stosownych wpisów w książkach obiektów budowlanych.

Załącznik Nr 10.27 ZAKRES CZYNNOŚCI PIELĘGNIARKI DS. EPIDEMIOLOGII

I. Podległość służbowa Pielęgniarki ds. Epidemiologii – Dyrektor Naczelny

II. Zastępstwo podczas nieobecności Pielęgniarki ds. Epidemiologii - Przewodnicząca Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

III. Do zadań Pielęgniarki ds. Epidemiologii w szczególności należy:

1. Opracowanie standardów, procedur z zakresu profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.
2. Nadzór nad wdrożeniem i przestrzeganiem procedur i standardów obowiązujących w szpitalu przez personel.
3. Nadzór i monitoring stanu sanitarno-epidemiologicznego.
4. Prowadzenie dochodzenia epidemiologicznego.
5. Uczestnictwo w planowaniu opieki nad pacjentem z zakażeniem – wdrożenie zasad izolacji.
6. Prowadzenie rejestrów dotyczących zakażeń szpitalnych i drobnoustrojów alarmowych.
7. Prowadzenie dokumentacji Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
8. Opracowywanie i przekazywanie raportów półrocznych i rocznych o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych.
9. Współpraca z komórkami szpitala, Państwową Inspekcją Sanitarną.
10. Wydawanie zaleceń w aspekcie działań profilaktycznych.
11. Współdecydowanie i uczestniczenie w sprawach mających wpływ na aktualną sytuację epidemiologiczną szpitala.
12. Realizacja zadań wynikających z Ustaw i Rozporządzeń mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

IV. Pielęgniarka ds. Epidemiologii ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala

Załącznik Nr 10.28 ZAKRES CZYNNOŚCI PRACOWNIKA DS. SOCJALNYCH

I. Podległość służbowa Pracownika ds. socjalnych – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

II. Zastępstwo podczas nieobecności Pracownika ds. socjalnych – Sekretarka medyczna

III. Do zadań Pracownika ds. Socjalnych w szczególności należy:

1. Współpraca z personelem oddziałów w zakresie pacjentów wymagających dalszej opieki poszpitalnej.
2. Nawiązywanie kontaktu z rodziną pacjenta wymagającego dalszej opieki.
3. Rozpoznanie warunków socjalno-bytowych pacjenta.
4. Organizowanie opieki poszpitalnej w zakresie przygotowania dokumentacji, transportu.
5. Współpraca z placówkami, które zajmują się opieką ludźmi z zakończonym procesem leczniczym i dostosowaniem ich do jak możliwie dobrego funkcjonowania w rodzinie lub w placówkach opiekuńczo – pielęgnacyjnych i leczniczych.
6. Prowadzenie rejestru pacjentów przekazanych do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, leczniczych i innych.
7. Przygotowanie dokumentacji i meldowanie noworodków oczekujących na Dom Małego Dziecka.
8. Zgłaszanie do MOPS-u nieubezpieczonych, w celu ustalenia uprawnień do bezpłatnego korzystania ze świadczeń opieki medycznej lub zgłaszanie pacjenta pracownikom Działu Kontraktowania i Rozliczeń w celu wystawienia faktury.

IV. Pracownik ds. Socjalnych ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala

Załącznik Nr 10.29 STRUKTURA I ZADANIA ADMINISTRACYJNE PRZYCHODNI

I. Przychodnią kieruje – Kierownik ds. administracyjnych przychodni

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa.

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik administracyjny przychodni.

IV. Struktura organizacyjna:

1. Rejestracja

V. Do zadań Kierownika ds. administracyjnych przychodni należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy przychodni
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia przychodni.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

VI. Do zadań administracyjnych przychodni w szczególności należy:

1. Rejestrowanie pacjentów do poszczególnych poradni:

- a) udzielanie osobom zgłaszającym się wyczerpujących informacji o dniu, godzinach pracy poszczególnych poradni,
- b) rejestracja pacjentów zgłaszających się osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osób trzecich,
- c) sprawdzanie uprawnień pacjenta do świadczeń,
- d) w przypadku zmiany czasu pracy poradni lub czasowego jej zamknięcia niezwłoczne powiadamianie pacjentów o zmianie terminu wizyty,
- e) zakładanie historii chorób,
- f) porządkowanie dokumentacji po zakończeniu przyjęć w poradni,
- g) gromadzenie, porządkowanie i przechowywanie dokumentów,
- h) zapewnienie rejestrowania i ewentualne załatwianie poza kolejnością osób o widocznym kalectwie, z widocznym złym samopoczuciem, przywiezionych przez karetki pogotowia, kobiet ciężarnych, pacjentów uprawnionych do przyjęcia poza kolejnością (zasłużeni honorowi dawcy krwi, zasłużeni dawcy przeszczepów, kombatanci, inwalidzi wojenni, inwalidzi wojskowi, osoby represjonowane).

2. Organizacja i administracja pracy poradni:

- a) nadzór nad spełnianiem wymagań NFZ dotyczących organizacji pracy poradni,
- b) administrowanie pomieszczeniami poradni i zgłaszanie o zmianach jednostkom,
- c) ustalanie harmonogramów pracy poradni,

- d) wprowadzanie odpowiedniego oznakowania Przychodni,
 - e) przygotowywanie danych do celów rozliczeniowych,
 - f) nadzorowanie prac porządkowych wykonywanych przez firmę zewnętrzną.
3. Badania kliniczne i badania naukowe:
- a) przyjmowanie wniosków na realizację badań klinicznych i badań naukowych,
 - b) kompletowanie dokumentacji dot. badań zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - c) organizowanie spotkań Zespołu ds. badań klinicznych i badań naukowych w zależności od bieżących potrzeb,
 - d) weryfikowanie zapisów umowy i aneksów,
 - e) negocjacje budżetu,
 - f) nadzór nad poprawnym zawarciem umowy oraz aneksów,
 - g) wystawianie polecenia płatności zgodnie z zapisami umowy.
4. Sporządzanie ofert do przetargów i konkursów na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w trakcie realizacji zadań.
7. Udział w szkoleniach.

Załącznik Nr 10.30 ZADANIA RZECZNIKA PRASOWEGO

I. Podległość służbowa Rzecznika prasowego – Dyrektor Naczelny

II. Do zadań Rzecznika prasowego w szczególności należy:

1. Organizowanie kontaktów publicznych realizowanych z udziałem lub za pośrednictwem mediów.
2. Udzielanie odpowiedzi na publikacje, dotyczące działalności Szpitala w tym zwłaszcza Publiczne prezentowanie działań Dyrekcji Szpitala.
3. Udzielanie odpowiedzi na krytykę i interwencję prasową oraz przekazywanie komunikatów Dyrekcji do opublikowania w środkach masowego przekazu.
4. Utrzymywanie i poszerzanie efektywnych relacji z mediami.
5. Kreowanie pozytywnego wizerunku szpitala.
6. Bieżąca analiza informacji medialnych związanych ze szpitalem.
7. Opracowywanie informacji prasowych.
8. Przygotowywanie artykułów oraz materiałów sponsorowanych do prasy.
9. Zarządzanie treścią kanałów komunikacji (FACEBOOK).
10. Przygotowywanie materiałów do rankingów, konkursów i audytów zewnętrznych.
11. Udział w przygotowywaniu materiałów informacyjnych dla potencjalnych klientów/pacjentów.
12. Promowanie nowych zabiegów i usług medycznych.
13. Przygotowywanie kwartalnika szpitalnego.
14. Obsługa fotograficzna.
15. Udział w organizowaniu akcji społecznych.
16. Udział w organizowaniu wydarzeń szpitalnych, w tym spotkań integracyjnych i okolicznościowych.
17. Współredagowanie strony głównej WSS w Olsztynie.
18. Współudział w realizacji obowiązków nałożonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej - nadzór redaktorski nad Biuletynem Informacji Publicznej.
19. Współpraca przy przygotowywaniu oficjalnych wystąpień okolicznościowych Dyrekcji.
20. Pomoc redakcyjna w tworzeniu przez panią Dyrektor Naczelną artykułów i wywiadów do fachowych czasopism.
21. Udział w działaniach Szpitala w przypadku wystąpienia zdarzeń masowych i katastrof w charakterze kierownika Punktu Informacyjnego dla rodzin oraz udzielanie informacji mediom.
22. Wspieranie dyrektora ds. leczenia w zakresie prac administracyjnych i kontaktów zewnętrznych.
23. Współpraca z pełnomocnikiem ds. praw pacjenta.
24. Wykonywanie poleceń Dyrektora w innych niż w/w czynnościach zgodnych z Kodeksem pracy.

III. Rzecznik prasowy ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
4. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
5. Prowadzenie korespondencji.
6. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
7. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
8. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
9. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
10. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala

Załącznik Nr 10.31 ZADANIA SEKCJI SPRZEDAŻY

I. Sekcją kieruje – Kierownik Sekcji Sprzedaży

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Administracyjno-Finansowych

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Sekcji

IV. Do zadań Kierownika Sekcji Sprzedaży należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy sekcji
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia sekcji.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Sekcji Sprzedaży w szczególności należy:

1. Przygotowywanie ofert i umów w zakresie:
 - a. Świadczenia usług medycznych.
 - b. Sterylizacji.
 - c. Praktyk zawodowych i studenckich.
 - d. Innych usług świadczonych przez Szpital.
2. Prowadzenie spotkań oraz negocjacji z kontrahentami (gabinety, poradnie, przychodnie itp.).
3. Czynności związane z obsługą kontrahentów.
4. Przeprowadzanie przetargów na najem powierzchni.
5. Rozliczanie zawartych umów poprzez agregowanie informacji o świadczeniach zrealizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala.
6. Obsługa pacjentów nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym (w tym pacjentów zagranicznych), poprzez:
 - a. Kontakt z pacjentami indywidualnymi oraz pacjentami reprezentowanymi przez przedsiębiorstwa turystyki medycznej.
 - b. Zawieranie stosownych umów.
 - c. Koordynacja pobytu.
 - d. Rozliczanie.
 - e. Kontakt z komercyjnymi firmami ubezpieczeniowymi.
7. Rozliczanie i opieka nad pacjentami objętymi przez pakiety usług medycznych oferowanych przez Szpital.

8. Zawieranie umów oraz rozliczanie praktyk lekarskich i pielęgnarskich UWM oraz innych podmiotów.
9. Wystawianie faktur za usługi i świadczenia, które nie są finansowane przez NFZ.
10. Prowadzenie korespondencji związanej z rozliczeniami oraz fakturowaniem.
11. Regularne monitorowanie rynku i konkurencji.
12. Realizacja sprzedaży poprzez aktywne pozyskiwanie nowych kontrahentów oraz budowanie długotrwałych relacji.
13. Nadzór nad cennikami.
14. Opracowanie i wdrażanie działań budujących pozytywny wizerunek Szpitala w związku z oferowanymi usługami.
15. Realizacja zadań w zakresie wsparcia graficznego dla komórek organizacyjnych Szpitala poprzez:
 - a. Przygotowywanie oraz ewentualny wydruk projektów ulotek, plakatów itp.
 - b. Przygotowywanie zamówień do firmy zewnętrznej dotyczących oznakowań w Szpitalu zgodnie z otrzymanym zleceniem od komórek Szpitalnych.
 - c. Realizacja zadań związanych z promocją projektów dofinansowanych ze źródeł zewnętrznych na zlecenie komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za koordynację danych projektów.
 - d. Opiniowanie i korekta kwartalnika PULS Szpitala pod wzg. graficznym.
16. Zadania w zakresie współprowadzenia profili na portalach społecznościowych.
17. Współpraca w redagowaniu strony intranetu oraz zewnętrznej strony www.
18. Przeprowadzenie postępowań oraz zawieranie umów dotyczących najmu i dzierżawy powierzchni.

Załącznik Nr 10.32 ZADANIA SEKCJI DS. INWENTARYZACJI

I. Sekcją kieruje – Kierownik Sekcji ds. Inwentaryzacji

II. Podległość służbowa Kierownika – Główny Księgowy

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Sekcji

IV. Do zadań Kierownika Sekcji ds. Inwentaryzacji należy w szczególności:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników oraz planowanie i organizowanie pracy sekcji
2. w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań.
3. Sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli realizacji działań oraz wdrażanie działań naprawczych.
4. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem powierzonych zadań przez przełożonych.
5. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
6. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi.
7. Odpowiedzialność za dokumentację organizacyjno-zarządczą.
8. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
9. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
10. Prowadzenie korespondencji.
11. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia sekcji.
12. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
13. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
14. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
15. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników.

V. Do zadań Sekcji ds. Inwentaryzacji w szczególności należy:

Sekcja ds. Inwentaryzacji organizuje, przeprowadza i realizuje czynności związane z inwentaryzacją składników majątkowych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, druków ścisłego zarachowania, materiałów, produktów gotowych, a w szczególności:

1. Opracowywanie czteroletnich i rocznych planów inwentaryzacji.
2. Realizowanie rocznego planu inwentaryzacji ciągłej rzeczowych składników majątku.
3. Przeprowadzanie inwentaryzacji druków ścisłego zarachowania.
4. Podejmowanie działań mających na celu właściwe przygotowania pól spisowych do przeprowadzania inwentaryzacji.
5. Uczestniczenie w pracach zespołów spisowych realizujących plan inwentaryzacji ciągłej, zdawczo-odbiorczej, doraźnej.
6. Prowadzenie postępowania wyjaśniającego w celu ustalenia różnic inwentaryzacyjnych.
7. Przedkładanie analiz i wniosków dotyczących gospodarowania składnikami majątkowymi w Szpitalu, w tym wniosków o kasację składników majątkowych.
8. Organizowanie i sprawowanie obsługi Komisji Inwentaryzacyjnej.
9. Prowadzenie sprawozdawczość, opracowywanie informacji i korespondencji z zakresu pracy sekcji.

Załącznik Nr 10.33 ZAKRES CZYNNOŚCI PEŁNOMOCNIKA DS. CYBERBEZPIECZEŃSTWA

I. Podległość służbowa – Dyrektor

II. Zadania Pełnomocnika ds. cyberbezpieczeństwa zgodnie z ustawą o krajowym systemie bezpieczeństwa z dnia 5 lipca 2018 roku obejmują w szczególności:

1. Realizacja zadań związanych z szeroko rozumianym cyberbezpieczeństwem.
2. Zapewnienie zgodności Systemu Zarządzania Cyberbezpieczeństwem z wymaganiami ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa oraz pozostałymi wymogami prawnymi.
3. Sprawdzenie i zapewnienie zgodności dokumentacji systemowej z wymaganiami ustawy o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa oraz pozostałymi wymogami prawnymi.
4. Nadzór nad dokumentacją Systemu Zarządzania Cyberbezpieczeństwem na etapie jej opracowywania, weryfikacji, aktualizacji, udostępniania i przechowywania.
5. Planowanie i realizacja prac w zakresie utrzymania i doskonalenia systemu.
6. Identyfikacja ryzyk, zagrożeń i podatności w istniejących zabezpieczeniach.
7. Sporządzanie przy współudziale właścicieli aktywów analizy ryzyka.
8. Planowanie i wdrażanie rozwiązań z zakresu cyberbezpieczeństwa.
9. Nadzorowanie realizacji działań korygujących i zapobiegawczych.
10. Utrzymanie bieżących kontaktów z podmiotami krajowego systemu cyberbezpieczeństwa.
11. Zarządzanie incydentami cyberbezpieczeństwa.
12. Raportowanie o wszelkich niezgodnościach.
13. Współpracę z Sekcją Kontroli Zarządczej, Sekcją ds. Jakości oraz Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w zakresie ustanawiania odpowiednich działań ochrony systemów teleinformatycznych i przeprowadzania audytów wewnętrznych.

III. Pozostałe zadania:

1. Planowanie i koordynowanie rozwoju systemów informatycznych przy współpracy z pozostałymi komórkami organizacyjnymi szpitala.
2. Koordynowanie zespołów projektowo-wdrożeniowych, planowanie działań w ramach projektów wdrożeniowych systemów informatycznych.
3. Kontrolowanie przebiegu wdrożeń systemów informatycznych, zapobieganie i wykrywanie nieprawidłowości, nadzór nad prawidłowym uruchomieniem systemów.
4. Nadzór na realizacją umowy w zakresie podpisów kwalifikowanych.
5. Nadzór nad prawidłowym działaniem i rozwojem systemów informatycznych obejmujących działalność administracyjną (w zakresie finansowo-księgowym, środków trwałych, kadrowo-płacowych, kalkulacji kosztów leczenia, systemu elektronicznego obiegu dokumentacji).

IV. Pełnomocnik ds. cyberbezpieczeństwa ponosi odpowiedzialność za:

1. Prowadzenie dokumentacji szpitalnej.
2. Terminowe wykonywanie zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych, regulaminów oraz Polityki Jakości z uwzględnieniem dobrej praktyki i zasad ekonomii.
5. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż.
6. Prowadzenie korespondencji.
7. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia gabinetu.
8. Nadzór nad zabezpieczeniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
9. Przeciwdziałanie w powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
10. Przestrzeganie dyscypliny pracy.
11. Współpraca ze wszystkimi komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Załącznik Nr 10.34 ZADANIA DZIAŁU ŻYWIENIA

I. Działem kieruje – Kierownik Działu Żywienia

II. Podległość służbowa Kierownika – Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa

III. Zastępstwo podczas nieobecności Kierownika – wyznaczony pracownik Działu

IV. Kierownik odpowiada za całokształt spraw związanych z wyżywieniem pacjentów Szpitala oraz za przechowywanie artykułów żywnościowych w magazynach. Do zadań Kierownika Działu Żywienia w szczególności należy:

1. Kierowanie pracą podległych pracowników w sposób zapewniający nieprzerwaną ciągłość realizacji zadań oraz sprawowanie bieżącego nadzoru i kontroli nad zadaniami przez nich realizowanymi.
2. Nadzór i kontrola nad terminowym wykonywaniem zadań powierzonych przez przełożonych.
3. Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala.
4. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi w zakresie realizacji zadań Działu Żywienia.
5. Odpowiedzialność za dokumentację związaną z działalnością Działu.
6. Znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń i instrukcji wewnętrznych oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
7. Przestrzeganie przepisów dotyczących BHP i p/poż. oraz zapoznavanie z nimi pracowników.
8. Prowadzenie korespondencji związanej z działalnością komórki organizacyjnej.
9. Nadzór nad prawidłowym i racjonalnym wykorzystaniem sprzętu i wyposażenia działu.
10. Nadzór nad zabezpieczaniem danych i dokumentów źródłowych Szpitala.
11. Przeciwdziałanie powstawaniu strat, kradzieży, nadużyć i marnotrawstwa.
12. Przestrzeganie dyscypliny pracy i egzekwowanie jej od pracowników.
13. Prowadzenie ewidencji czasu pracy pracowników Działu oraz przygotowywanie comiesięcznych grafików pracy.
14. Udział w naborze pracowników na stanowiska pracy w zarządzanej komórce organizacyjnej.

V. Dział Żywienia przygotowuje wyżywienie dla pacjentów, zgodnie z obowiązującymi normami rzeczowymi i finansowymi, przy uwzględnieniu zasad racjonalnej diety i higieny żywienia. Do zadań Działu Żywienia w szczególności należy:

1. Planowanie ilości i rodzajów posiłków dla pacjentów Szpitala.
2. Przygotowanie codziennie co najmniej 3 posiłków, posiłku dodatkowego oraz zleconego przez lekarza wyżywienia dietetycznego dla wszystkich pacjentów.
3. Sporządzanie i wydawanie i dystrybucja posiłków w sposób estetyczny i zgodny z planowaną gramaturą.
4. Współpraca z pielęgniarkami oddziałowymi w zakresie żywienia pacjentów, a w szczególności w sprawach planowania jadłospisów.
5. Utrzymanie czystości w pomieszczeniach kuchni, jadalni oraz dbałość o czystość naczyń stołowych i kuchennych.
6. Właściwe użytkowanie sprzętu, urządzeń oraz pozostałego wyposażenia znajdującego się w kuchni.
7. Prowadzenie ewidencji składników majątkowych Działu we współpracy z Sekcją ds. Inwentaryzacji.
8. Zaopatrzenie w artykuły spożywcze niezbędne do zabezpieczenia prawidłowego żywienia.
9. Przygotowanie ilościowo - wartościowego wykazu artykułów żywnościowych dla potrzeb udzielania zamówienia publicznego.
10. Kontrola realizacji stawki żywieniowej oraz realizacji zawartych umów.
11. Prowadzenie gospodarki magazynowej wraz z dokumentacją finansową dotyczącą żywienia pacjentów.

12. Organizowanie systemu dostaw/dystrybucji na poszczególne oddziały posiłków dla pacjentów z zachowaniem wszelkich wymagań sanitarnych związanych z dostawą posiłków.
13. Wydawanie posiłku zgodnie z rodzajem diety.
14. Przygotowywanie i sprzedaż posiłków dla pracowników Szpitala.
15. Organizowanie obsługi cateringowej szkoleń i spotkań na terenie szpitala oraz w miejscu wskazanym przez Dyrektora Szpitala lub zgodnie z zawartą umową.
16. Przestrzeganie prawidłowego funkcjonowania systemu HACCP i GHP (Dobra Praktyka Higieniczna) i GMP (Dobra Praktyka Produkcyjna).
17. Monitorowanie punktów kontrolnych wytyczonych w schemacie technologicznym procesu produkcji posiłków i sprzątania.
18. Opracowywanie projektów planów, sprawozdań oraz innych zestawień dotyczących pracy Działu.
19. Sporządzanie projektów zarządzeń, procedur i instrukcji dotyczących działalności Działu.
20. Współpraca z innymi działami i instytucjami w zakresie: zaopatrzenia w artykuły żywnościowe, usuwania odpadów kuchennych, reklamacji produktów żywnościowych, zabezpieczenia bloku żywienia przed gryzoniami i owadami, przeglądu i konserwacji urządzeń gastronomicznych, itp.
21. Edukacja i poradnictwo żywieniowe pacjentów i/ lub ich opiekunów.
22. Organizowanie szkoleń dla personelu medycznego z zakresu prawidłowego żywienia jak i zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych.

Załącznik Nr 10.35 ZAKRES CZYNNOŚCI DIETETYKA

- I. Podległość służbowa** – Kierownik Działu Żywienia
- II. Współpracuje w zakresie merytorycznym i organizacyjnym z:** ordynatorami/koordynatorami oddziałów i innych komórek organizacyjnych, pielęgniarkami i położnymi oddziałowymi, z-cą dyrektora ds. pielęgniarstwa
- III. Głównym zadaniem poradnictwa żywieniowego w Szpitalu jest zarówno zapewnienie pacjentowi prawidłowego żywienia, zapobieganie i leczenie chorób, jak i zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych.**
- IV. Do ogólnych zadań dietetyka w szczególności należy:**
 1. Planowanie, nadzorowanie i stosowanie, opartego na podstawach naukowych, żywienia indywidualnego i zbiorowego pacjentów.
 2. Stosowanie żywienia klinicznego z wykorzystaniem produktów naturalnych oraz produktów leczniczych specjalnego żywieniowego przeznaczenia w leczeniu chorób.
 3. Planowanie i opracowanie jadłospisów i potraw wchodzących w skład poszczególnych rodzajów diet, zgodnie z obowiązującą klasyfikacją i zasadami żywienia.
 4. Kontrolowanie jakości surowców i produktów żywnościowych oraz warunków ich przechowywania.
 5. Nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowości przebiegu procesów technologicznych na wszystkich etapach produkcji potraw z uwzględnieniem systemu analizy zagrożeń i krytycznych punktów kontrolnych.
 6. Prowadzenie instruktażu dla pracowników zatrudnionych przy produkcji potraw pod kątem organizacji stanowisk pracy i przestrzegania zasad dobrej praktyki higienicznej i produkcyjnej.
 7. Uczestniczenie w prowadzeniu leczenia żywieniowego na zlecenie, przy współpracy lekarza.
 8. Ocena stanu odżywienia, sposobu żywienia i zapotrzebowania na składniki odżywcze pacjentów oraz wydawanie stosownych opinii.
 9. Rozpoznawanie, zapobieganie i współuczestniczenie w leczeniu otyłości i niedożywienia, w tym niedożywienia szpitalnego.
 10. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej żywienia i stanu odżywienia pacjentów.
 11. Udzielanie porad dietetycznych oraz samodzielne prowadzenie edukacji żywieniowej i gabinetów dietetycznych.

Szczegółowe zadania dietetyków są doprecyzowane w zakresach zadań poszczególnych pracowników.
- V. W oddziałach szpitalnych, do zadań dietetyka w szczególności należy:**
 1. Uczestniczenie w opracowywaniu prawidłowych jadłospisów dla pacjentów oraz receptur diet specjalnych dla Działu Żywienia.
 2. Nadzorowanie procesu produkcji i dystrybucji posiłków.
 3. Prowadzenie poradnictwa dietetycznego dla pacjentów lub opiekunów hospitalizowanych w danym oddziale; z naciskiem na prowadzenie edukacji żywieniowej pacjentów wypisywanych do domu i ich rodzin.
 4. Ocenianie stanu odżywienia i sposobu żywienia pacjentów zarówno przy przyjęciu do, jak i wypisie ze Szpitala.
 5. Nadzorowanie bieżący sposobów żywienia pacjentów hospitalizowanych – czy dany pacjent zjada posiłki o wartości energetycznej zgodnej z jego zapotrzebowaniem, czy wypija odpowiednią ilość płynów.
 6. Prowadzenie dokumentacji będącej elementem składowym historii choroby pacjenta oraz tworzenie bazy danych sposobu żywienia i stanu odżywienia pacjentów.

ZAŁĄCZNIK NR 11. REGULAMIN PORZĄDKOWY GŁÓWNEGO BLOKU OPERACYJNEGO

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie	Regulamin porządkowy	Strona 1/15 + załączniki 1-9
	GŁÓWNY BLOK OPERACYJNY	Data aktualizacji: 10/01/2023

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie wykonuje się zabiegi diagnostyczno-zabiegowe w obrębie:

1. Głównego Bloku Operacyjnego (12 sal operacyjnych w tym jedna hybrydowa) – piętro I
2. Kardiochirurgicznego Bloku Operacyjnego (2 sale operacyjne) – piętro III
3. Pracowni Badań Naczyniowych i Neuroradiologii (1 sala) – piętro II
4. Pracowni Mammografii (1 sala) – piętro II
5. Pracowni Ultrasonografii i biopsji cienkoigłowej (1 sala) – piętro -I
6. Pracownia Kardiologii Inwazyjnej (2 sale) – piętro II
7. Pracownia Elektrofizjologii (1 sala) – niski parter
8. Oddziału Okulistyki (1 sala) – piętro III
9. Sali zabiegów ginekologicznych jednego dnia (1 sala) – piętro V
10. Sali cięć cesarskich (1 sala) – piętro VI
11. Sale porodowe (6 sal) – piętro VI
12. Pracowni Endoskopowej (2 sale) – piętro V
13. Zakładu Medycyny Nuklearnej – parter
14. Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy – niski parter

Regulamin porządkowy Głównego Bloku Operacyjnego.

Niniejszy Regulamin pracy Głównego Bloku Operacyjnego stanowi jego podstawę postępowania organizacyjnego.

Zasady organizacyjne pozostałych jednostek wymienionych w punktach 2-14 są określone w odrębnych regulaminach odpowiednich Oddziałów i Zakładów.

VI. W poradni diabetologicznej, ośrodku żywienia do i pozajelitowego do zadań dietetyka w szczególności należy:

1. Edukacja dietetyczna pacjentów objętych opieką poradni diabetologicznej.
2. Edukacja pacjentów/opiekunów pacjentów hospitalizowanych oraz objętych opieką domową przez ośrodek żywienia do i pozajelitowego.

I. Wykaz specjalności wykonujących zabiegi operacyjne na Głównym Bloku Operacyjnym:

1. Chirurgia naczyniowa,
2. Chirurgia ogólna i onkologiczna,
3. Chirurgia szczękowo-twarzowa,
4. Chirurgia transplantologiczna,
5. Ginekologia i położnictwo,
6. Kardiochirurgia,
7. Neurochirurgia i neurotraumatologia,
8. Okulistyka,
9. Otolaryngologia,
10. Ortopedia i traumatologia,
11. Radiologia inwazyjna,
12. Torakochirurgia,
13. Urologia,
14. Zabiegi endoskopowe wykonywane przez Oddziały internistyczne,
15. Zabiegi implantacji kaniul i portów czasowych i przewlekłych,
16. Zabiegi operacyjne wykonywane przy użyciu robotów chirurgicznych,
17. Inne zabiegi operacyjne w tym w zakresie Chirurgii Jednego Dnia nie ujęte w powyższym wykazie.

II. Personel stały Głównego Bloku Operacyjnego stanowią:

1. Kierownik Bloku Operacyjnego,
2. Pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek operacyjnych-instrumentariuszek,
3. Pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek anestezjologicznych,
4. Pielęgniarki/arze operacyjne/i – instrumentariuszki/e,
5. Sekretarki medyczne dedykowane do pracy w obrębie Głównego Bloku Operacyjnego.

III. Personel zmienny Głównego Bloku Operacyjnego stanowią.

1. Lekarze z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii dedykowani do pracy w obrębie Głównego Bloku Operacyjnego,
2. Lekarze z oddziałów zabiegowych i niezabiegowych wymienionych w punkcie nr I korzystających z Głównego Bloku Operacyjnego,
3. Pielęgniarki/arze z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii dedykowane/i do pracy w obrębie Głównego Bloku Operacyjnego,
4. Lekarze, pielęgniarki i położne realizujący kursy i staże w ramach specjalizacji na podstawie zawartych umów pomiędzy Dyrekcją WSS a odpowiednimi szpitalami i uczelniami,
5. Technicy elektroradiologii z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej dedykowani do pracy w obrębie Głównego Bloku Operacyjnego,
6. Personel sprząający przypisywany do pracy w obrębie Głównego Bloku Operacyjnego.

IV. Dostęp i prawo wejścia na Główny Blok Operacyjny.

Na Główny Blok Operacyjny oprócz personelu wymienionego w punkcie nr II i III, prawo wejścia mają osoby bezpośrednio zaangażowane w pracę bloku operacyjnego: osoby pełniące funkcje kierownicze i kontrolne w Szpitalu, obsługa eksploatacyjno-techniczna, audytorzy i kontrolerzy zewnętrzni oraz osoby przebywające w ramach szkolenia w tym stażyści i studenci **bezwzględnie pod bezpośrednim nadzorem opiekuna.**

V. Przygotowanie Głównego Bloku Operacyjnego do zabiegów operacyjnych.

1. Główny Blok Operacyjny i jego personel utrzymywany jest w stanie stałego pogotowia operacyjnego tj. utrzymuje się stały zapas leków, nici, rękawic, materiału opatrunkowego oraz sprzętu jednorazowego niezbędnego do przeprowadzenia każdego rodzaju zabiegu operacyjnego o każdej porze. Dodatkowo dostępne są leki, rękawice oraz sprzęt niezbędny do operowania pacjentów uczulonych na lateks.
2. Za zaopatrzenie Głównego Bloku Operacyjnego w leki, materiały eksploatacyjne, sprzęt medyczny, materiały biurowe i druki odpowiada pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek operacyjnych.
3. Leki, rękawice, nici, materiał opatrunkowy oraz sprzęt jednorazowego użytku przechowywane są w magazynach sprzętu sterylnego w obrębie Głównego Bloku Operacyjnego.
4. Wszystkie czynności mające na celu prawidłowe przygotowanie i przeprowadzenie zabiegu operacyjnego pod względem sanitarno-epidemiologicznym odbywają się zgodnie z przygotowaniem merytorycznym nabytym w trakcie kształcenia przed i podyplomowego oraz z zaleceniami i procedurami zatwierdzonymi przez zespół kontroli jakości i zakażeń szpitalnych. Wykaz procedur stanowiących wymagania wewnętrzne w zakresie organizacji opieki nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym oraz zapobiegania zakażeniom zamieszczony jest w Rejestrze procedur – dokumentacja jakości w tym Dział kontroli zakażeń, opieka nad pacjentami, ocena stanu chorego, zabiegi i znieczulenia, prawa pacjenta i inne.
5. Za środki trwałe, sprzęt oraz zasoby magazynowe odpowiada Kierownik Bloku Operacyjnego.
6. Zapotrzebowane leki, narzędzia i materiał operacyjny może być używany poza Głównym Blokiem Operacyjnym tylko w wyznaczonych miejscach i uzasadnionych przypadkach.
7. Narzędzi i materiału operacyjnego nie wolno używać i wynosić poza Główny Blok Operacyjny bez zgody Kierownika Bloku.
8. Pracownik Głównego Bloku Operacyjnego odpowiada za zgodność ilościową i jakościową sprzętu niezbędnego do ułożenia i zabezpieczenia pacjenta na stole operacyjnym (pozycjonery, podpórki itd.).
9. Pracownicy Głównego Bloku Operacyjnego zobowiązani są do zapoznania się ze wszystkimi procedurami powiązanymi z ich zakresem obowiązków.
10. Personel wchodzący w skład całego zespołu operacyjnego odpowiedzialny jest za punktualne stawienie się do zabiegów.

VI. Zasady zaopatrzenia, przygotowania sal operacyjnych oraz ochrony i użytkowania sprzętu radiologicznego na Głównym Bloku Operacyjnym.

1. Sale operacyjne muszą być przygotowane do zabiegów operacyjnych we wzorowym stanie sanitarno-epidemiologicznym.
2. Na salach operacyjnych może znajdować się jedynie sprzęt i materiały niezbędne do przeprowadzania zabiegów operacyjnych w danym dniu.
3. Stan magazynowy leków i sprzętu medycznego jest uzupełniany codziennie w dni robocze przez wyznaczony personel pielęgniarski podlegający pielęgniarkom koordynującym anestezjologii i instrumentariuszek.
4. Lekarze anestezjolodzy i pielęgniarki anestezjologiczne odpowiadają za sprawdzenie i gotowość stanowisk do znieczulenia.
5. Pielęgniarki instrumentariuszki odpowiadają za sprawdzenie gotowości sal operacyjnych, sprzętu i zestawów operacyjnych niezbędnych do realizacji zadań na podstawie informacji od zespołu operującego ujętej w planie operacyjnym oraz informacji ustnej/telefonicznej od operatora.
6. Za zaopatrzenie Głównego Bloku Operacyjnego i sal w sprzęt, leki i materiały do prowadzenia znieczuleń odpowiedzialna jest pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek anestezjologicznych.
7. Za bieżące wyposażenie stanowisk anestezjologicznych w leki i materiały zużywalne odpowiedzialne są pielęgniarki anestezjologiczne przydzielone do poszczególnych stanowisk znieczulenia.
8. Jeżeli istnieje konieczność zastosowania leków lub sprzętu wykraczającego poza bieżące zaopatrzenie, Kierownik Bloku składa stosowny wniosek do Dyrektora o dokonanie zakupu z uzasadnieniem. Po akceptacji, wniosek trafia do komórki zaopatrzeniowej celem realizacji. Po dokonaniu zakupu kierownik pobiera lek lub sprzęt zgodnie z obowiązującymi zasadami obrotu materiałowego.
9. Na wyposażeniu Głównego Bloku Operacyjnego znajdują się aparaty rentgenowskie z ramieniem typu „C” (RTG-C) oraz angiograf z zawieszeniem sufitowym zainstalowany na sali hybrydowej nr 12 (Hybryda).
10. Zasady ochrony radiologicznej oraz obowiązki i uprawnienia do wykonywania zabiegów z użyciem promieniowania jonizującego w tym odpowiedniego sprzętu radiologicznego określa ***Instrukcja ochrony radiologicznej Blok Operacyjny*** aktualizowana z dnia 10.07.2022 (Załącznik nr1)

Odpowiedzialność za:	Osoba odpowiedzialna/uprawniona:
Umycie i odkażenie blatu i stołu operacyjnego po zabiegu oraz ułożenie prześcieradeł	Personel sprzątający
Wybranie i przygotowanie odpowiedniego stołu operacyjnego i oznaczenie numerem Sali	Pielęgniarki operacyjne
Wybranie i przygotowanie odpowiednich podpórek pod kończyny górne	Pielęgniarki anestezjologiczne
Wybranie i przygotowanie odpowiednich podpórek pod kończyny dolne	Lekarze z oddziałów zabiegowych
Wybranie i przygotowanie pozycjonerów pod głową	Pielęgniarki anestezjologiczne
Wybranie i przygotowanie head-holder'a	Lekarze z oddziałów zabiegowych
Ułożenie pacjenta do operacji	Lekarze z oddziałów zabiegowych i anestezjodolży
Wprowadzenie aparatu RTG-C na salę operacyjną	Pielęgniarki operacyjne
Ustawienie i obsługa RTG-C / sali Hybrydowej	Lekarze z oddziałów zabiegowych i/lub technicy elektroradiologii

VII. Podległość służbowa, zawodowa i odpowiedzialność za świadczone usługi.

1. Za prawidłową organizację pracy i za realizację zatwierdzonych planów operacyjnych złożonych zgodnie z Regulaminem Porządkowym Głównego Bloku Operacyjnego odpowiada Kierownik Bloku Operacyjnego.
2. Kierownik Bloku współpracuje z pielęgniarkami koordynującymi z zakresu pielęgniarek operacyjnych oraz anestezjologicznych.
3. Kierownik odpowiedzialny jest za koordynowanie pracy Głównego Bloku Operacyjnego z lekarskimi zespołami zabiegowymi i zespołami lekarzy oddziałów niezabiegowych oraz pielęgniarek oddziałowych.
4. Za przygotowanie planów operacyjnych oddziałów zabiegowych odpowiadają ordynatorzy tych oddziałów lub wyznaczeni przez nich lekarze.
5. Za zabezpieczenie osobowe lekarzy anestezjologów w ilości zespołów określonych przez dyrektora WSS odpowiada Ordynator Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub wyznaczony przez niego zastępca.
6. Pielęgniarki koordynujące pracę zespołu pielęgniarek operacyjnych oraz zespołu pielęgniarek anestezjologicznych podlegają służbowo Kierownikowi Bloku.
7. Pielęgniarki operacyjne oraz anestezjologiczne podlegają służbowo Kierownikowi Bloku w czasie realizacji zadań Głównego Bloku Operacyjnego.
8. Sekretarki medyczne dedykowane do pracy na Głównym Bloku Operacyjnym podlegają służbowo Kierownikowi Bloku.
9. Technicy elektroradiologii dedykowani do pracy w obrębie Głównego Bloku Operacyjnego podlegają służbowo Kierownikowi Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

10. Kierownik Bloku z upoważnienia Dyrektora kontroluje jakość usług świadczonych przez podmioty w ramach umów cywilno-prawnych, w zakresie pielęgniarstwa operacyjnego oraz pielęgniarstwa anestezyjologicznego.
11. Nadzór nad usługą utrzymania czystości na Głównym Bloku Operacyjnym realizowaną przez firmę zewnętrzną lub personel szpitala sprawuje pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek operacyjnych.
12. Bieżący nadzór nad gotowością sal do zabiegu oraz sprzątnięciem po zabiegu jak i nadzór nad gotowością epidemiologiczną Głównym Bloku Operacyjnego w godzinach dyżurowych tj. w dni robocze od godziny 15:00 i całodobowo w soboty, niedziele i święta sprawują pielęgniarki operacyjne.
13. Za organizację planów zabiegów operacyjnych wykonywanych po godzinie 15:00 w dni robocze oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta odpowiada lekarz dyżurny – anestezjolog bloku, w oparciu o dostępne zasoby kadrowe.
14. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach technicznego przeprowadzenia zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa zdrowia i życia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
15. Każdy pracownik Głównego Bloku Operacyjnego zobowiązany jest do przestrzegania tajemnicy zawodowej.
16. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku pracy, umowy cywilno-prawnej lub umowy zlecenia i obowiązków wynikających z zatrudnienia odpowiada osobiście każdy pracownik.
17. Zakazuje się wnoszenia rzeczy osobistych pracowników Głównego Bloku Operacyjnego w obręb sal operacyjnych i przygotowawczych. W sytuacjach szczególnych, rzeczy osobiste należy złożyć w odpowiednio oznaczonym pojemniku znajdującym się w każdej sali przygotowawczej przynależącej do sali operacyjnej na Głównego Bloku Operacyjnym. Dopuszcza się użycie telefonu komórkowego w pokoju przygotowawczym w sytuacjach nadzwyczajnych i merytorycznych związanych z bieżącą pracą medyczną.
18. Od stałego personelu Głównego Bloku Operacyjnego oraz pozostałych osób będących w obrębie bloku operacyjnego a w szczególności sal operacyjnych oczekuje się nienagannej higieny osobistej, nie noszenia ozdób i biżuterii w obrębie dłoni, nadgarstków i innych części ciała mogących wpływać negatywnie na stan epidemiologiczny miejsca pracy.
19. Każdy pracownik Głównego Bloku Operacyjnego jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich bliskich zgodnie z Misją Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

VIII. Obowiązkowa dokumentacja medyczna

Bezwzględny warunkiem odbycia się zabiegu operacyjnego lub diagnostycznego jest prowadzenie dokumentacji medycznej przez personel stały i zmienny Głównego Bloku Operacyjnego zgodnie z obowiązującymi w WSS aktami i normatywnymi a w szczególności wypełnienie formularzy:

- 1) Kwalifikacji do zabiegu operacyjnego + zlecenie przez lekarza zabiegu operacyjnego w systemie elektronicznym (AMMS) przed wjazdem pacjenta na Blok Operacyjny,

- 2) Kwalifikacji do znieczulenia w formie papierowej (czasowo) oraz elektronicznej,
- 3) Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej WHO,
- 4) Zlecenia na badanie histo-patologiczne przed rozpoczęciem operacji,
- 5) Opisanie zabiegu operacyjnego przez operatora w systemie elektronicznym bezpośrednio po wykonanym zabiegu operacyjnym.

Brak wykonania punktów 1,2 i 4 będzie skutkowało niemożliwością wjazdu pacjenta oraz dostępu personelu do Głównego Bloku Operacyjnego.

IX. Planowanie Zabiegów Operacyjnych

1. Dostęp do sal operacyjnych i ich godzin pracy ustalany jest wg. Planu Pracy Sal Głównego Bloku Operacyjnego przez Kierownika Bloku Operacyjnego oraz Zarządu Szpitala w porozumieniu z Ordynatorem OKaIT.
2. Rozpisanie planowanych zabiegów operacyjnych sporządzane jest w oparciu o dostępny na stronie lokalnej WSS **Plan Operacji** (Załącznik nr 2).
3. **Częstkowy Plan Operacji (na pojedynczy dzień) uwzględnia obligatoryjnie:**
 - 1) Liczba porządkowa – kolejność operacji,
 - 2) Imię i nazwisko pacjenta,
 - 3) Rozpoznanie główne i dodatkowe istotne dla operacji,
 - 4) Rodzaj planowanego zabiegu z uwzględnieniem strony operowanej oraz potrzeby badania śródoperacyjnego hist-pat. tzw. „intra”,
 - 5) Zespół operacyjny z wymienionymi operatorem (O) i asystą (A),
 - 6) Orientacyjny i realny czas trwania zabiegu operacyjnego,
 - 7) Uwagi dotyczące niezbędnego standardowego lub dodatkowego sprzętu, instrumentarium, ramienia RTG-C itp.,
 - 8) Uwagi dotyczące oznaczenia grupy krwi, zabezpieczonych i skrzyżowanych preparatów krwiopochodnych na podstawie obowiązujących dla konkretnych oddziałów i operacji Wytycznych dostępnych na stronie lokalnej WSS (Załącznik nr 3).
4. **Zatwierdzony plan zabiegów operacyjnych** w dni robocze (uwzględniający kolejność operacji oraz obiektywne i racjonalne możliwości realizacji planu częściowego) sporządzany jest codziennie o godzinie 7:30 rano przez Kierownika Bloku Operacyjnego na podstawie dostarczanych w dniu poprzednim częściowych planów operacyjnych w odpowiednim systemie elektronicznym (e-mail) a w przypadku ję awarii w formie papierowej.
5. Częstkowy **Plan Operacji** z oddziałów musi być dostępny w systemie elektronicznym (e-mail) a w przypadku awarii w systemie papierowym **najpóźniej do godz. 13:30** w przeddzień planowych zabiegów operacyjnych.
6. Brak częściowego planu operacyjnego do godziny 14:00 **skutkuje brakiem możliwości zakwalifikowania pacjentów do znieczulenia** według *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (z późn. zm.)*. W związku z powyższym ostatecznym efektem będzie brak dostępu do sali operacyjnej w dniu, na który nie został przygotowany częściowy Plan Operacji. Wyjątek stanowią pacjenci operowani w ramach tzw. Chirurgii Jednego Dnia.

7. Zmiana częściowego planu operacyjnego po godzinie 14:00, wynikająca z uzasadnionych, ważnych przyczyn, wymaga uzgodnienia z Kierownikiem Bloku lub pielęgniarką koordynującą pracę pielęgniarek operacyjnych.
8. Zmiana częściowego planu operacyjnego w ciągu dnia do godziny 15:00 możliwa jest jedynie z uzasadnionych, merytorycznych przyczyn i wymaga uzgodnienia z Kierownikiem Bloku lub pielęgniarką koordynującą pracę pielęgniarek operacyjnych a następnie poinformowania o zmianie zespołu anestezjologicznego i pielęgniarek operacyjnych. Takie postępowanie jest niezbędne aby móc optymalnie wykorzystać zasoby kadrowe i sprzętowe Głównego Bloku Operacyjnego.
9. Uzgodnienie terminu/zgłoszenie potrzeby odbycia kwalifikacji anestezjologicznej przez pacjenta do operacji planowej w godzinach dyżurowych należy do obowiązków lekarza kwalifikującego do zabiegu/dyżurnego.
10. Obowiązują poniższe tryby zabiegów według *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. (z późn. zm.) w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*:

- 1) zabieg w trybie **natychmiastowym** – zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, liczony od zgłoszenia w systemie informatycznym oraz telefonicznego Kierownika Bloku u pacjenta w stanie **bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji**; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem

przykłady: pęknięty tętniak aorty piersiowo-brzuszej, ciężki uraz czaszkowo-mózgowy, ciężki obrzęk CSN z cechami wgłobienia, krwotok przed/pooperacyjny, urazowa amputacja kończyny, uraz wielonarządowy, zagrażająca zamartwica płodu (cięcie cesarskie).

- 2) zabieg w trybie **pilnym** – zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, liczony od zgłoszenia w systemie informatycznym oraz telefonicznego Kierownika Bloku, 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;

przykłady: ostry brzuch, ostre krytyczne niedokrwienie kończyn, niestabilne złamania w obrębie kręgosłupa, złamania z uszkodzeniem naczyń i nerwów obwodowych, pęknięty tętniak tt. mózgowych, udar niedokrwienno wym. tromboembolii mechanicznej, ciężka duszność wym. tracheostomii, uraz gałki ocznej;

- 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 Planu Pracy Sal Głównego Bloku Operacyjnego zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

Zabiegi w trybie natychmiastowym mają najwyższy priorytet. Zabieg ten musi odbyć się na najszybciej dostępnej sali operacyjnej bez względu na Plan Pracy Sal zabiegów planowych rozpisany na danej sali operacyjnej w konkretnym dniu.

11. O kolejności zabiegów, w przypadku zmiany częściowego planu operacyjnego lub zgłoszenia w trybie pilnym lub natychmiastowym decyduje Kierownik Bloku wraz pielęgniarką koordynującą pracę pielęgniarek operacyjnych. W godzinach dyżurowych lekarz dyżurny – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii w porozumieniu z dyżurnymi pielęgniarkami operacyjnymi.
12. Sposób zgłaszania potrzeby operacji pilnych/natychmiastowych w godzinach dni roboczych oraz w trakcie dyżurów popołudniowych, nocnych i świątecznych przedstawia **Algorytm Zgłoszenia Operacji Pilnej** (Załącznik nr4)
13. Kierownik Bloku Operacyjnego zastrzega sobie prawo zmiany kolejności operacji lub / i sali operacyjnej mając na uwadze najbardziej optymalne wykorzystanie zasobów kadrowych oraz sprzętowych i czasowych.
14. Operatorzy konkretnych zabiegów są w całości odpowiedzialni za kwalifikację i przygotowanie pacjenta do operacji oraz za komplet wymaganych dokumentów.
15. W każdy **piątek do godziny 12:00** (lub ostatni dzień roboczy poprzedzający dni świąteczne) Oddziały zobowiązane są do przesłania w systemie informatycznym **Tygodniowego Planu Operacyjnego** ze szczególnym uwzględnieniem operacji z zakresu chirurgii onkologicznej.

X. Przebieg procesu okołoperacyjnego.

1. Wyróżnia się zespoły:
 - a. operacyjny: operator + asysta (zapewniająca prawidłowy przebieg operacji pod względem merytorycznym oraz w jak najkrótszym czasie),
 - b. anestezjologiczny: lekarz anestezjolog +/- rezydent + pielęgniarka anestezjologiczna,
 - c. instrumentariuszek: operacyjna i pomagająca tzw. odpowiednio czysta i brudna.
2. Dodatkowo na sali operacyjnej może przebywać 3-4 stażystów/studentów, obserwatorów. Za stażystów/studentów odpowiada lekarz wyznaczony przez Koordynatora/Ordynatora Oddziału. Istnieje możliwość zwiększania ilości w/w osób na sali operacyjnej za zgodą Kierownika Bloku Operacyjnego.
3. Zabiegi planowe odbywają się od godziny 7:40 i kończą do godziny 15:00 lub do godziny 19:00 w przypadkach: jeżeli sala operacyjna przeznaczona jest do popołudniowej pracy według Planu Pracy Sal Głównego Bloku Operacyjnego lub w przypadku potrzeby kontynuacji zabiegu i jego zakończenia.
4. Oddziały obowiązuje **Harmonogram Przyjazdu Pierwszego Pacjenta** na Główny Blok Operacyjny z możliwymi aktualizacjami (Załącznik nr 5).
5. W przypadku zabiegów w Pracowni Radiologii Inwazyjnej, Endoskopii, cięć cesarskich godzina transportu pacjenta ustalana jest pomiędzy zespołami anestezjologicznym i zabiegowym w możliwie najwcześniejszym czasie.

6. Każde przygotowanie wjeżdżającego pacjenta na Główny Blok Operacyjny ma spełniać obligatoryjnie:

- a. elektroniczne zlecenie na operację w systemie informatycznym nie później niż w momencie wjazdu pacjenta na Główny Blok Operacyjny,
- b. posiadanie przez pacjenta opaski identyfikującej*,
- c. dołączona historia choroby*,
- d. podpisana zgoda na zabieg*,
- e. podpisana zgoda na znieczulenie*,
 - i. w przypadku braku możliwości uzyskania pisemnej świadomej zgody lub ustnej świadomej zgody w obecności świadków niezbędne jest otrzymanie zgody Sądu Rodzinnego na przeprowadzenie zabiegu w odpowiednim znieczuleniu (Załącznik nr 6),
 - ii. w przypadku niemożności uzyskania takiej zgody z powodu pilności zabiegu/godzin dyżurowych należy przygotować wniosek *Powiadomienie o wykonaniu procedury medycznej* (udzielenie świadczenia pacjentowi niezdolnemu do wyrażenia świadomej zgody) następnie przesłać do Sądu (fax/email/poczta) i załączyć do historii choroby (Załącznik nr 7),
- f. **wydruk** oznaczonej i potwierdzonej grupy krwi wraz z zabezpieczeniem/skrzyżowaniem odpowiednich jednostek według zaleceń dostępnych na stronie lokalnej WSS*,
- g. założoną kaniulą obwodową typu wenflon o średnicy 18G (zielony), ewentualnie 20G (różowy) na kończynie górnej,
- h. oznaczoną stroną operowaną flamastrem – X – w przypadku operowania narządów parzystych*,
- i. każdy pacjent, który wymaga zastosowania antybiotyku w profilaktyce okołoperacyjnej (antybiotyki.edu.pl) musi mieć dołączony odpowiedni lek wraz z potwierdzonym zleceniem przez lekarza w dokumentacji*.

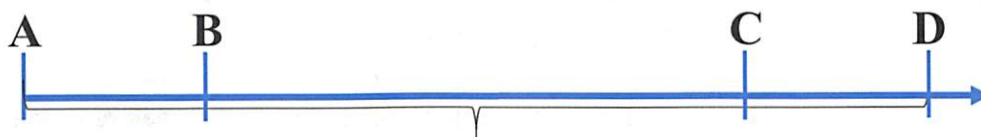
***obligatoryjny wymóg Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej**

wg WHO (Załącznik nr 8).

- 7. Operator lub inny wyznaczony przez niego lekarz (asysta) **ma obowiązek obecności na sali operacyjnej do godziny 8:00 w przypadku przyjazdu pierwszego pacjenta planowego i do 15 minut** od momentu wjazdu każdego kolejnego pacjenta na Główny Blok Operacyjny.
Po wykonaniu indukcji znieczulenia/blokady regionalnej przez zespół anestezjologiczny operator/asysta niezwłocznie rozpocznie proces odpowiedniego ułożenia pacjenta i przygotowywania pola operacyjnego.
- 8. W momencie wjazdu pacjenta na salę operacyjną, pielęgniarka operacyjna tzw. „brudna” ma obowiązek przyjęcia pacjenta w systemie informatycznym (AMMS).
- 9. Po wykonanym zabiegu, jeden z członków zespołu operacyjnego – wyznaczony przez operatora – pozostaje na sali operacyjnej do momentu wybudzenia oraz pomocy przy przełożeniu pacjenta.

10. Przerwy pomiędzy zabiegami wynoszą maksymalnie 25 minut licząc od wyjazdu (A) do wjazdu pacjenta (D) na Główny Blok Operacyjny, odpowiednio:

- a. Zakończenie znieczulenia i wyjazd z sali operacyjnej = A,
- b. przekazanie pacjenta w służbie zespołowi transportowemu z Oddziału = B (A + 5 min),
- c. przyjazd kolejnego pacjenta według planu operacyjnego = C (B + 15 min),
 - i. przyjazd kolejnych pacjentów do służby odbywa się płynnie, po maksymalnie 15 minutach od przekazania poprzedniego,
 - ii. przyjazd kolejnych pacjentów nie jest umawiany na tzw. „telefon” poza wyjątkowymi sytuacjami tj. pracownia Radiologii Inwazyjnej, Endoskopowa, sala cięć cesarskich oraz w godzinach dyżurowych.
- d. wjazd na salę operacyjną i rozpoczęcie znieczulenia = D (C + 5 min),



25 min

- e. w przypadku zabiegów okulistycznych przerwy A i D pomiędzy zabiegami wynoszą do 10 minut**.

W skład tego czasu wchodzi m.in.: posprzątanie po zabiegu, dezynfekcja sprzętu pomocniczego i podłogi, przygotowanie niezbędnego sprzętu.

***Stanowisko Konsultanta krajowego ds. okulistyki w sprawie opracowania planu higieny, organizacji i funkcjonowania okulistycznych bloków operacyjnych z dnia 20.07.2017 r. (Załącznik nr 9).*

11. Wraz z przyjazdem kolejnego pacjenta zespół zabiegowy (minimum asysta) w ciągu 15 minut zobowiązany jest do przybycia na Główny Blok Operacyjny.

- a. W przypadku braku operatora/asysty zespół operacyjny przed rozpoczęciem znieczulenia: anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna lub pielęgniarka operacyjna informują telefonicznie odpowiedniego lekarza z Oddziału o potrzebie niezwłocznego przybycia,
- b. W przypadku braku możliwości uzyskania kontaktu z członkiem zespołu chirurgicznego i informacji o realnym czasie przybycia na salę operacyjną, anestezjolog nie rozpocznie indukcji znieczulenia.

11. Bezpośrednio po przeprowadzonym zabiegu operacyjny operator zobowiązany jest do jego opisanie w systemie informatycznym.

12. W przypadku pobierania materiału do badania histopatologicznego Operator zobowiązany jest do napisania skierowania na badanie bezpośrednio przed rozpoczęciem zabiegu i opisanie pobranego materiału niezwłocznie po przeprowadzonej operacji:

- a. w przypadku badania śródoperacyjnego tzw. „intra” – wynik telefonicznie uzyskuje tylko i wyłącznie operator zabiegu jako główny-odpowiedzialny za operację,
- b. planując badanie śródoperacyjne przy tworzeniu planu operacyjnego wprowadzany jest obowiązek wpisania słowa „intra” w kolumnie inne tak aby Zespół Patomorfologii mógł odpowiednio zaplanować pracę w danym dniu mając wgląd do planów operacyjnych w systemie informatycznym.

13. Obowiązuje bezwzględny zakaz wchodzenia na Główny Blok Operacyjny w tym do szatni przy Bloku Operacyjnym w odzieży cywilnej oraz wychodzenia poza teren Bloku Operacyjnego w odzieży operacyjnej.

XI. Przygotowanie pacjentów w Oddziałach do planowych operacji.

1. Historie chorób bieżąca oraz z poprzednich hospitalizacji wraz z wynikami badań dodatkowych zostają przygotowane w wyznaczonym miejscu w punktach pielęgniarskich oddziałów najpóźniej do godziny 14:00 w oparciu o sporządzony i przesłany cząstkowy *Plan Operacji*.
2. **Obligatoryjnie obowiązuje** przed zabiegiem toaleta całego ciała (kąpiel, usunięcie owłosienia z planowanego miejsca operowanego) oraz pozostawienie płytki paznokciowej bez pokrycia lakierem, hybrydą, żelem akrylowym lub tipsami minimum palców wskazujących.
3. Brak pacjenta na Oddziale poza pacjentami z chirurgii jednego dnia oznacza brak jego kwalifikacji anestezyjologicznej do znieczulenia a następnie nie możliwość znieczulenia i odbycia operacji w kolejnym dniu.

XII. Szkolenia, kursy i staże.

Wynikająca z ustawowego obowiązku podnoszenia kwalifikacji potrzeba przeprowadzania i uczestniczenia w szkoleniach zobowiązuje pielęgniarki koordynujące prace pielęgniarek operacyjnych oraz anestezyjologicznych do sporządzenia harmonogramu w miesiącu grudniu na kolejny rok kalendarzowy i przedłożenia go do akceptacji przez Kierownika Bloku. Wzięcie udziału w szkoleniach i stażach dodatkowych poświadczanie jest pisemnie przez uczestniczącą/ego i zachowywane przez Kierownika Bloku do wglądu w przypadku kontroli wewnętrzzszpitalnej, przez komisje akredytacyjne oraz audytoryjne lub posiadające takie uprawnienia odpowiednie organy państwowe.

Załączniki:

1. Instrukcja ochrony radiologicznej Blok Operacyjny WSS z dnia 10.07.2022,
2. Plan Operacji,
3. Wytyczne zabezpieczenia/skrzyżowania preparatów krwiiopochodnych do operacji wykonywanych w WSS ze strony lokalnej wssol,
4. Algorytm Zgłoszenia Operacji Pilnej,
5. Harmonogram Przyjazdu Pierwszego Pacjenta na Blok Operacyjny,
6. Wniosek do Sądu o wyrażenie zgody procedury podwyższonego ryzyka u pacjenta niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody,
7. Powiadomienie Sądu o wykonaniu procedury medycznej,
8. Okołooperacyjna Karta Kontrolna WHO,
9. Stanowisko Konsultanta krajowego ds. okulistyki w sprawie opracowania planu higieny, organizacji i funkcjonowania okulistycznych bloków operacyjnych z dnia 20.07.2017 r.

Opracował:

dr n. med. Marcin Mieszkowski

Małgorzata Damińska
Pielęgniarka-Koordynująca
Małgorzata Damińska
specjalista organizacji i zarządzania
2300382P

dr n. med. Marcin Mieszkowski
specjalista anestezjologii
i intensywnej terapii, DESAIC
2593727

Zatwierdził:

Dyrektor Naczelny

DYREKTOR
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
w OLSZTYNIE

lek. med. Irena Kierzkowska
Irena Kierzkowska

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olszynie	DOKUMENTACJA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ	Strona 1z3
	Instrukcja ochrony radiologicznej Blok Operacyjny	Data aktualizacji: 10.07.2022

1). Informacje dotyczące osób mających istotne znaczenie dla ochrony radiologicznej

a) Kierownik Bloku Operacyjnego: **dr n. med. Marcin Mieszkowski**

Tel: 89 53 86 271

b) Pielęgniarka koordynująca: **Małgorzata Damińska**

Tel. 89 53 86 271

c) Inspektor ochrony radiologicznej: **Wiesława Korejwo**

Tel. 600 768 188

d) Inspektor BHP: **Janusz Szewczyk** tel: 89 53 86 272

e) Inspektor ds. P. POŻ.: **Zbigniew Łupina**; tel: 89 53 86 272

2). W razie zaistnienia wypadku radiacyjnego należy niezwłocznie powiadomić kierownika pracowni oraz inspektora ochrony radiologicznej.

W razie uszkodzenia aparatu rentgenowskiego dodatkowo należy zawiadomić Działu Aparatury Medycznej: Kierownik działu **Tomasz Barczak** tel: 661 661 881 lub 89 53 86 290.

3). Informacje na temat aparatów znajdujących się na wyposażeniu pracowni:

a) Przeznaczenie aparatów: 4 aparaty rentgenowskie do prześwietleń z ramieniem typu „C”

1 angiograf z zawieszeniem sufitowym zainstalowany w sali hybrydowej

b) Typ i numer aparatu:

1. Ziehm Vision R nr 10454
2. Ziehm Solo nr 51091
3. Siremobil Compact L nr 5072
4. Ziehm 8000 nr 8520
5. Artis Zee Ceiling nr 148315

c) nr i data wydania zezwolenia:

1. HR.9026.3.26.2012 dok. nr 3 z dnia 22.06.2012 roku wydane przez W-M PWIS
2. HR.9026.2.10.2014 dok. nr 2 z dnia 13. 03. 2014 roku wydane przez W-M PWIS
3. HR.9026.2.46.2011 z dnia 31.08.2011 r. roku wydane przez W-M PWIS
4. HR-4200-30/2/1/08 wydane przez PWIS w Olsztynie
5. HR.9020.2.20.2018 dok. nr 3 z dnia 19.04.2018 wydane przez W-M PWIS

d) Na salach Bloku Operacyjnego wykonywane są zabiegi z zakresu radiologii zabiegowej pozostałej (ortopedia, neurochirurgia, gastroenterologia) oraz radiologii zabiegowej naczyniowej, kardiologii oraz kardiouchirurgii.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olszynie	DOKUMENTACJA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ	Strona 2z3
	Instrukcja ochrony radiologicznej Blok Operacyjny	Data aktualizacji: 10.07.2022

- 4). W pracowni znajdują się środki ochrony osobistej takie jak: fartuchy ochronne, osłony na tarczyce oraz okulary ochronne. Ilość oraz wielkość równoważnika ołowiu posiadanych osłon znajduje się w wykazie środków ochrony indywidualnej
- 5). Aparaty wykorzystywane mogą być na wszystkich salach Bloku operacyjnego. Wszystkie pomieszczenia mają wykonane obliczenia osłon stałych. W pomieszczeniu obowiązuje zakaz przebywania osobom nieuprawnionym. Wejście na teren Bloku jest ograniczone poprzez system drzwi z zamkami elektronicznymi. W czasie zabiegu, na salach przebywać mogą jedynie pacjent oraz niezbędny personel medyczny.
- 6). Pracownicy narażeni na działanie promieniowania jonizującego zakwalifikowani są do kategorii narażenia B i podlegają obowiązkowym wstępnym i okresowym badaniom lekarskim przeprowadzanym przez uprawnionego lekarza medycyny pracy oraz objęci są pomiarami dawek indywidualnych na całe ciało w okresach pomiarowych nie dłuższych niż kwartalne. Ponadto lekarze wykonujący zabiegi z zakresu ortopedii oraz radiologii zabiegowej naczyniowej i kardiochirurgii objęci są pomiarami dawek indywidualnych otrzymywanych na skórę dłoni.
- 7). W związku z tym, że w pracowni odbywają się jedynie zabiegi z zakresu radiologii zabiegowej, nie zachodzi potrzeba podtrzymywania pacjenta przez osoby trzecie (spoza kategorii B).
- 8). W czasie wykonywania badań diagnostycznych pracownik ma obowiązek
 - a) ograniczyć do niezbędnego minimum pole promieniowania wiązki i czas ekspozycji
 - b) o ile to możliwe unikać stosowania geometrycznego powiększenia obrazu, używać funkcji zamrożenia obrazu (LIH), stosować skopię pulsacyjną o najmniejszej liczbie ramek umożliwiającą uzyskanie obrazu o zadowalającej jakości, zmieniać położenie wejścia wiązki promieniowania (o ile jest to możliwe)
 - c) stosować ułożenie lampy rentgenowskiej pod stołem pacjenta a detektora obrazu nad stołem oraz stosować możliwie najmniejszą odległość detektor obrazu – pacjent i możliwie największą odległość lampa rentgenowska - pacjent
 - d) unikać przebywania bezpośrednio za lampą rentgenowską, stając po stronie wiązki wychodzącej w celu zminimalizowania narażenia personelu na promieniowanie rozproszone
 - e) stosować środki ochrony indywidualnej
 - f) personel, który nie musi przebywać bezpośrednio przy pacjencie w trakcie wykonywania ekspozycji rentgenowskiej powinien odstąpić od pacjenta na możliwie najdalszą odległość
 - g) przed przystąpieniem do zabiegu, u pacjentek w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy. Jedynie po uzyskaniu negatywnego testu można przystąpić do wykonania zabiegu. Wyjątek stanowią sytuacje ratujące życie, w takim przypadku należy ograniczyć do minimum możliwość napromienienia płodu, a po zakończeniu zabiegu ocenić jaką dawkę otrzymał płód.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olszynie	DOKUMENTACJA OCHRONY RADIOLOGICZNEJ	Strona 3z3
	Instrukcja ochrony radiologicznej Blok Operacyjny	Data aktualizacji: 10.07.2022

9). Uprawnienia

- do wykonywania zabiegów z użyciem promieniowania jonizującego uprawnieni są lekarze specjaliści z danej dziedziny, którzy posiadają ważne badania lekarskie stwierdzające o braku przeciwwskazań do pracy z promieniowaniem jonizującym oraz uzyskali w ciągu 5 lat 20 punktów edukacyjnych z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta
- do wykonywania ekspozycji z zakresu fluoroskopii oraz radiologii zabiegowej uprawnieni są lekarze spełniający ww. warunki
- technicy elektroradiologii upoważnieni są do wykonywania ekspozycji w trakcie zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej wyłącznie pod nadzorem lekarza spełniającego ww. warunki oraz jedynie na jego polecenie
- pozostały personel medyczny uczestniczący w trakcie zabiegu i zaliczony do kategorii B promieniowania nie ma uprawnień do obsługi znajdujących się na Bloku Operacyjnym aparatów rentgenowskich oraz do wykonywania ekspozycji medycznych z użyciem promieniowania jonizującego

10). Wykaz aktów prawnych na podstawie, których sporządzono instrukcję

- Ustawa Prawo Atomowe z dnia 29 listopada 2000 roku
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 maja 2021 roku w sprawie wymagań dotyczących rejestracji dawek indywidualnych
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 roku w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi

.....

(Kierownik Pracowni)

.....

(Inspektor Ochrony Radiologicznej)

Częstkowy Plan Zabiegów - Oddział - na dzień2023

L.p.	Imię i nazwisko pacjenta	Rozpoznanie	Rodzaj zabiegu, strona operowana	Zespół operacyjny	Orient. czas trwania zabiegu	Uwagi dotyczące niezbędnego sprzętu, ułożenia pacjenta,	Krew
1				O: A:			grupa: tak/nie z: tak/nie ...j s: tak/nie ...j
2				O: A:			grupa: tak/nie z: tak/nie ...j s: tak/nie ...j
3				O: A:			grupa: tak/nie z: tak/nie ...j s: tak/nie ...j
4				O: A:			grupa: tak/nie z: tak/nie ...j s: tak/nie ...j
5				O: A:			grupa: tak/nie z: tak/nie ...j s: tak/nie ...j
6				O: A:			grupa: tak/nie z: tak/nie ...j s: tak/nie ...j
7				O: A:			grupa: tak/nie z: tak/nie ...j s: tak/nie ...j

Plan przygotował/a.....

Data: 11.05.2013 (3)

Preparaty krwioochodne do

WSS lokalna

AMMS

Poczta Home

Gmail

←

→

↺

↻

🔍

s2/wssol/index.php?option=com_content&view=article&id=106

📄

🔖

Strona główna

Instrukcje

Proponowane linki

Zaopatrzenie

Inspektor pracy

STATUT

Programy

Plan operacji

WSS W OLSZTYNIE

Strona główna

Preparaty krwioochodne do

operacji wykonywanych w WSS

Środa, 13 Luty 2013 12:18

Administrator

Preparaty krwioochodne do operacji wykonywanych w WSS Olsztyn

Strona główna

Preparaty krwioochodne do operacji wykonywanych w WSS

COVID-19 / szczepienia

Covid - informacje

Dokumentacja medyczna w języku ukraińskim

Strona główna

Cele strategiczne

Pracownicze Plany Kapitałowe

Regulaminy

Cyberbezpieczeństwo

Dokumenty

Proponowane linki

BHP i PPOŻ

Dokumentacja jarości

Zgody na zabieg

Test Salystacji Pacjenta

Medis/Mentor platforma edukacyjna, szkolenia

Receptariusz Szpitalny

Zamówienia Publiczne

ZARZĄDZENIA

KOMUNIKATY

Pilki do pobrania - PLACE

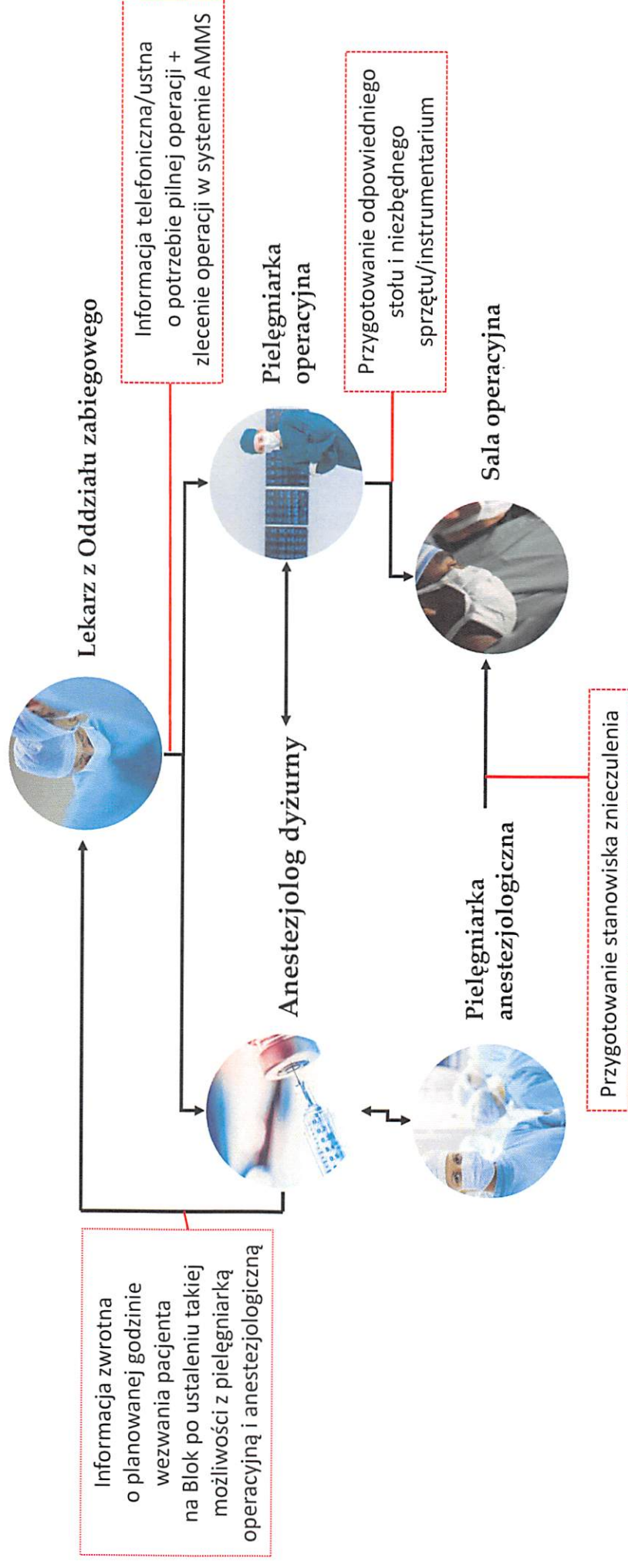
Pilki do pobrania - KADRY

Pilki do pobrania - APTEKA

Zalączniki:

Plik	Opis	Rozmiar
CHIRURGIA OGLOMA.doc	PROCEDURA ZABEZPIECZENIA PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII OGOLNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA W OLSZTYNIE	89 Kb
IASZYWIA UTRATA KRWI.doc	IASZYWIA UTRATA KRWI	52 Kb
OTOLARYNGOLOGIA.doc	PROCEDURA ZABEZPIECZENIA PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIALE OTOLARYNGOLOGII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE	62 Kb
ORTOPEdia.doc	PROCEDURA ZABEZPIECZENIA PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII URAZOWO - ORTOFEDYCZNEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE	94 Kb
NEUROCHIRURGIA.doc	PROCEDURA ZABEZPIECZENIA PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIALE NEUROCHIRURGII WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE	102 Kb
GINEKOLOGIA I POLOZNICTWO.doc	ZABEZPIECZENIE PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIALE GINEKOLOGII I POLOZNICTWA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE	79 Kb
CHIRURGIA MACZYNIOWA.doc	PROCEDURA ZABEZPIECZENIA PREPARATÓW KRWIOPOCHODNYCH DO ZABIEGÓW OPERACYJNYCH WYKONYWANYCH W ODDZIALE CHIRURGII NACZYNIOWEJ WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE	60 Kb

Algorytm Zgłoszenia Pilnej Operacji



HARMONOGRAM Przyjazdu Pierwszego Pacjenta Na Główny Blok Operacyjny WSS w Olsztynie

Lp	Godzina	Oddział
1	7:35	Ortopedia
2	7:40	Transplantologia
3	7:45	Chirurgia Naczyniowa
4	7:50	Neurochirurgia
5	7:55	Ginekologia
6	8:00	Laryngologia
7	8:05	Oddział, który danego dnia ma 2gą salę
8	8:10	Okulistyka
9	8:15	Cięcie cesarskie
10	≥ 8:15	Pacjenci z Oddziałów nie wykonujących operacji codziennie

**Obligatoryjna obecność operatora/asysty
z odpowiedniego Oddziału na sali operacyjnej
= do 15 minut od godziny wjazdu Pacjenta
na Blok Operacyjny**

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie Oddział:	Wniosek o wyrażenie zgody	PA/ PP 5-7 F 2
---	----------------------------------	----------------

SĄD REJONOWY W OLSZTYNIE
III WYDZIAŁ RODZINNY I NIELETNICH
 Ul. Artyleryjska 3c, 10- 165 Olsztyn
 tel. 523 02 30, sekretariat 523 02 05, Kierownik Sekretariatu 523 01 20,
 Sekcja Wykonawcza 523 01 56, fax 523 01 43, www.olsztyn.sr.gov.pl,
 e-mail: III_rodzinny.sr@olsztyn.so.gov.pl,
 Biuro Obsługi Interesanta 523 01 69, 523 01 04

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na wykonanie procedury podwyższonego ryzyka u pacjenta niezdolnego do wyrażenia świadomej zgody.

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Rodzaj zabiegu z ewentualnym rozszerzeniem:

Proponowane znieczulenie:

Pacjent jest niezdolny do wyrażenia świadomej zgody ze względu na przeszkody faktyczne tzn jest:

- ☐ pod wpływem leków wpływających na świadomość
- ☐ pod wpływem alkoholu
- ☐ pod wpływem narkotyków
- ☐ w szoku (agresywny, bez możliwości nawiązania kontaktu)
- ☐ z chorobą psychiczną nie skutkującą ubezwłasnowolnieniem
- ☐ nieprzytomny GCS
- ☐ inne

Ocena stanu zdrowia pacjenta z uwzględnieniem jego kondycji psychofizycznej:

Epikryza z uwzględnieniem zasadności zabiegu i grożących powikłań w przypadku odstąpienia od wykonania procedury jak też związanych z jej wykonaniem.

Data.....

Podpis i pieczęć lekarza

.....

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie Oddział:	Powiadomienie o wykonaniu procedury medycznej	PA/ PP 5-7 F 4
---	--	----------------

**SĄD REJONOWY W OLSZTYNIE
III WYDZIAŁ RODZINNY I NIELETNICH**

Ul. Artyleryjska 3c, 10- 165 Olsztyn

tel. 523 02 30, sekretariat 523 02 05, Kierownik Sekretariatu 523 01 20,

Seksja Wykonawcza 523 01 56, fax 523 01 43, www.olsztyn.sr.gov.pl,

e-mail: III_rodzinny.srolsztyn@olsztyn.so.gov.pl,

Biuro Obsługi Interesanta 523 01 69, 523 01 04

Informuję że w dniu o godz. u pacjenta.....

..... PESELzamieszkałego

niezdolnego do wyrażenia zgody wykonano procedurę podwyższonego ryzyka, w przypadku której zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody, groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Rodzaj zabiegu

Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu

Pacjent był niezdolny do wyrażenia świadomej zgody ze względu na przeszkody faktyczne tzn. był:

- ☐ pod wpływem leków wpływających na świadomość
- ☐ pod wpływem alkoholu
- ☐ pod wpływem narkotyków
- ☐ w szoku (agresywny, bez możliwości nawiązania kontaktu)
- ☐ z chorobą psychiczną nie skutkującą ubezwłasnowolnieniem
- ☐ nieprzytomny GCS
- ☐ inne.....

Ocena stanu zdrowia pacjenta z uwzględnieniem jego kondycji psychofizycznej:

Zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziła pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Data.....

Podpis i pieczęć lekarza.....

OKOŁOOPERACYJNA KARTA KONTROLNA

ADAPTACJA WHO SURGICAL SAFETY CHECKLIST

Załącznik 11 H(8)



Przed znieczuleniem



Przed nacięciem



Zanim pacjent opuści blok operacyjny

ROZPOCZĘCIE

Zabieg: ☐ planowy ☐ przyspieszony
☐ nagły-natychmiast. ☐ pilny

☐ Potwierdzono:

- tożsamość pacjenta
- miejsce operowane
- procedurę operacyjną
- zgodę na zabieg operacyjny
- rodzaj znieczulenia

Oznaczono miejsce operowane

☐ Tak ☐ Nie

☐ Oceniono bezpieczeństwo przebiegu znieczulenia

☐ Zapewniono monitorowanie:

- EKG*
- pulsoksymetrii
- ciśnienia tętniczego krwi*
- kapnometrii*

Alergie:

☐ Tak (jakie?.....) ☐ Nie

Przewidywane trudności w utrzymaniu drożności dróg oddechowych / ryzyko aspiracji treści żołądkowej do płuc

☐ Tak i zapewniono właściwy sprzęt
☐ Nie

Ryzyko krwawienia: >500 ml u dorosłych
>7ml/kg m.c. u dzieci

☐ Tak, zabezpieczono płyny i preparaty krwio pochodne
☐ Nie

DANE PACJENTA

IMIĘ: _____

NAZWISKO: _____

DATA OPERACJI: ____ / ____ / ____

ODDZIAŁ / KS.GŁ.: _____

ODLICZANIE

Wszyscy członkowie zespołu operacyjnego znają wzajemnie swoją tożsamość i funkcje

☐ Tak ☐ Nie

jeśli nie - wszyscy członkowie zespołu operacyjnego dokonują prezentacji

☐ Tak ☐ Nie

☐ Operator, anestezjolog, pielęgniarka anest. i operacyjna potwierdzili: tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedurę operacyjną

☐ Właściwe ułożenie pacjenta

☐ Pielęgniarka operacyjna: właściwy zestaw narzędzi

Określono możliwe odstępstwa od zaplanowanej procedury operacyjnej tj.: zmiana typu/techniki operacji, wydłużenie czasu operacji, zmiana rodzaju znieczulenia, oczekiwana utrata krwi, uzupełnienie, zmiana zestawu narzędzi, itp.

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

ze strony pielęgniarki operacyjnej

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano i udokumentowano okołoperacyjną profilaktykę antybiotykową do 60 min. przed operacją

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Zastosowano profilaktykę przeciwzakrzepową*

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Kiedy? Data / godzina _____

Przygotowano wyniki badań obrazowych

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

STOP!

PYTANIA? WĄTPLIWOŚCI?

ZAKOŃCZENIE

Pielęgniarka operacyjna i zespół potwierdzają ustnie:

☐ nazwę procedury wykonanej

☐ zgodność liczby użytych narzędzi i materiałów

Oznaczono materiał pobrany do badań

☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Wystąpiły powikłania w trakcie operacji*

☐ Tak ☐ Nie

Wystąpiły problemy ze sprzętem lub trudności techniczne

☐ Tak ☐ Nie

Operator i anestezjolog określili ewentualne problemy związane z przebiegiem pooperacyjnym

☐ Tak ☐ Nie

Wypisano zlecenia pooperacyjne*

ze strony operatora

☐ Tak ☐ Nie

ze strony anestezjologa

☐ Tak ☐ Nie

Udokumentowano ocenę stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału albo sali pooperacyjnej*

☐ Tak ☐ Nie

Podpis Koordynatora Karty

Stanowisko Konsultanta krajowego ds. okulistyki w sprawie opracowania planu higieny, organizacji i funkcjonowania okulistycznych bloków operacyjnych

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia określającymi zasady zapobiegania zakażeniom miejsca operowanego ("Global guidelines for the prevention of surgical site infection", WHO, listopad 2016) czystość pomieszczeń bloku operacyjnego jest jednym z kluczowych elementów zapobiegania infekcjom pozabiegowym. Autorzy opracowania wskazują m.in. na konieczność gruntownego sprzątania wszystkich powierzchni po zakończeniu zabiegów w danym dniu, natomiast między następującymi po sobie zabiegami zalecają m.in.:

- dla powierzchni dotykowych i skażonych - mycie i dezynfekcję,
- dla powierzchni bezdotykowych (ścian, podłóg) - mycie i dezynfekcję jedynie w przypadku ich skażenia/zanieczyszczenia.

W nawiązaniu do powyższego, w przypadku zabiegów okulistycznych zaleca się w każdym ośrodku opracowanie planu higieny bloku operacyjnego uwzględniającego specyfikę prowadzenia operacji okulistycznych w celu utrzymania właściwego poziomu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń oraz sprzętu użytkowego bloków okulistycznych. W opracowaniu planu higieny z uwzględnieniem powinni brać udział kierownicy oddziałów lub bloków operacyjnych oraz członkowie Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

- I. W przypadku zabiegów, w czasie których nie dochodzi do skażenia, zanieczyszczenia materiałem biologicznym pochodzenia ludzkiego ścian i podłogi, czyli w typach operacji oraz charakterystyce przedstawionych poniżej:
 - a) operacje zaćmy, witrektomii, jaskry, drobne operacje na aparacie ochronnym o minimalnym stopniu penetracji tkankowej, odbywającym się w znieczuleniu miejscowym lub nasiękowym
 - b) wszystkie używane obłożenia, prześcieradła, okrycia, itp. są jałowe i jednorazowe
 - c) większość stosowanych podczas zabiegu narzędzi, w tym elementy wymienne fakoemulsyfikatora, witrektomu (kasety, dreny, końcówki, itp.), są jednorazowe
 - d) płyny, używane podczas operacji, są jałowe i nie wydostają się na zewnątrz, są zbierane do specjalnej kieszeni obłożenia pola operacyjnego i wraz z nią usuwane do pojemnika z odpadami operacyjnymi
 - e) końcówki mikroskopu, z którymi bezpośrednio przed zabiegiem styka się operator, posiadają sterylne zabezpieczenia przed zetknięciem, a podczas zabiegu mikroskop operacyjny jest obsługiwany wyłącznie przy pomocy nożnego pedału
 - f) pacjenci przed wejściem na blok operacyjny są przebierani w specjalne ubrania blokowe

Zaleca się stosowanie następujących zasad:

1. dezynfekcja ścian i podłogi tylko w przypadku skażenia materiałem biologicznym

2. obowiązkowe mycie i dezynfekcja tzw. strefy pacjenta, czyli stołu, fotela zabiegowego oraz miejsc dotykowych
 3. stosowanie środków dezynfekujących o pełnym spectrum działania (bakterio-, grzybo-, wiruso- i prątkobójczym) o minimalnym czasie działania wynoszącym około 5 minut od nałożenia preparatu
 4. potwierdzenie sprzątania po każdym jego wykonaniu
- II. W przypadku rozległych operacji okulistycznych do których należy zaliczyć zabiegi w znieczuleniu ogólnym dotyczące rekonstrukcji oczodołu przeprowadzane w zespołach wielodyscyplinarnych, zespolenie nosowo-łzowe, usunięcie gałki ocznej, rozległe rekonstrukcje aparatu ochronnego, w czasie których może dojść do zanieczyszczenia materiałem biologicznym ścian i podłóg operacje należy traktować jak zabieg chirurgiczny

Zaleca się stosowanie następujących zasad:

1. dezynfekcja ścian i podłogi
 2. obowiązkowe mycie i dezynfekcja tzw. strefy pacjenta czyli stołu, fotela zabiegowego oraz miejsc dotykowych
 3. stosowanie środków z dezynfekujących (bakterio-, grzybo-, wiruso- i prątkobójczym) o pełnym spektrum działania do 15 minut od nałożenia preparatu
 4. potwierdzenie sprzątania po każdym jego wykonaniu.
- III. Organizacja pracy na bloku operacyjnym okulistyki wymaga również uwzględnienia maksymalnej liczby operacji okulistycznych przeprowadzanych w czasie godzin etatowej pracy bloku (lub sesji chirurgicznej). W celu zabezpieczenia należytego poziomu higieniczno-sanitarnego pomieszczeń oraz sprzętu użytkowego liczba operacji zaćmy nie powinna przekraczać 12-15 operacji lub ich równoważników.

lp.	Typ operacji	Równoważnik
1.	1 witrektomia z zaćmą	4 zaćmy
2.	1 witrektomia	3,5 zaćmy
3.	1 jaskra z zaćmą	2,5 zaćmy
4.	1 jaskra	2 zaćmy
5	1 zespolenie nosowo-łzowe	5 zaćm

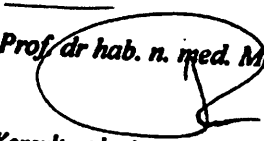
Opracowano na podstawie

1. Global guidelines for the prevention of surgical site infection, WHO, listopad 2016
2. Opini Głównego Inspektora Sanitarnego

3. Opinii Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego dla Województwa Mazowieckiego
4. Opinii Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Opracowali:

1. Prof. dr hab. n. med. Zofia Mariak, Klinika Okulistyki, UMB
2. Prof. dr hab. n. med. Ewa Mrukwa-Kominek, Klinika Okulistyki, ŚUM
3. Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas, Klinika Okulistyki, WIM
4. Piel. Elżbieta Paonikowska, Oddziałowa Bloku Operacyjnego Kliniki Okulistyki, WIM


Prof. dr hab. n. med. Marek Rękas
Konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki

Warszawa, dn. 25.05.2017 r