

Od: [REDACTED]
Wysłano: [REDACTED]
Do: pok@bydgoszcz.uw.gov.pl; sekretariat@lublin.uw.gov.pl;
urząd.wojewódzki@lubuskie.uw.gov.pl; kancelaria@lodz.uw.gov.pl;
urząd@malopolska.uw.gov.pl; info@mazowieckie.pl; bok@opole.uw.gov.pl;
kancelaria@rzeszow.uw.gov.pl; bok@bialystok.uw.gov.pl; zok@gdansk.uw.gov.pl;
bok@katowice.uw.gov.pl; wuw@poznan.uw.gov.pl; zuw@szczecin.uw.gov.pl;
kancelaria@mz.gov.pl; dep-zp@mz.gov.pl; dep-sys@mz.gov.pl; dep-dl@mz.gov.pl;
Sekretariat.GPF; KancelariaElektroniczna; Sekretariat.DSOZ; nik@nik.gov.pl
Temat: [REDACTED] - petycja

[REDACTED]
Doręczenia, potrzeba kontaktu, odpowiedź: [REDACTED]
[REDACTED] 12.05.2021 roku
Proszę uprzejmie o potwierdzenie odbioru.
(nadawca petycji)

Szanowni Państwo :
Ministerstwo Zdrowia
Narodowy Fundusz Zdrowia
Konsultanci wojewódzcy, Wydziały Zdrowia za pośrednictwem wojewody
Najwyższa Izba Kontroli

Inicjatywa Obywatelska w trybie „E-Petycji” w interesie publicznym o sygnaturze własnej [REDACTED]
złożona przy pomocy środka pomocy elektronicznej „poczty elektronicznej” celem wykorzystania treści w
przyszłości lub teraźniejszości.

Dzień dobry, ja niżej podpisana [REDACTED] zam. w [REDACTED]
[REDACTED] korzystająca z adresu poczty elektronicznej (środka komunikacji
elektronicznej) [REDACTED] "będąca dalej stroną inicjującą postępowanie w trybie
Ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) w związku z art. 54 w związku z
art. 63 w związku Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483) zwana dalej jako
wnosząca petycję, przekładam petycję w której postuluję i domagam się wprowadzenia zgodnie z ustawą o
petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) w związku z art. 54 w związku z art. 63 w
związku Konstytucji z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997 nr 78 poz. 483) celem usprawnienia systemu
ochrony zdrowia :

Punkt 1

Podczas kontroli NFZ, wojewody lub Konsultanta wojewódzkiego kontrolowana jest dokumentacja szpitala
w zakresie jej kompletności i rzetelności .in :

- 1) czy pacjent podpisał i otrzymał kartę praw pacjenta i obowiązków na podstawie wyciągów z przepisów i
regulaminu organizacyjnego szpitala, oddziału i rzutu oddziału;
- 2) czy pacjent podpisał i otrzymał klauzulę informacyjną, klauzulę informacyjną monitoringu wizyjnego
przy rejestracji przyjęcia;
- 3) czy pacjent podpisał i otrzymał regulamin zespoły etycznego i przysługujących mu prawach;
- 4) czy w dokumentacji medycznej na podstawie ustawy o działalności leczniczej jest sprzeciw o wykonaniu
sekcji zwłok, wypełniony przy przyjęciu;
- 5) czy w dokumentacji medycznej są oświadczenia zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w
sprawie dokumentacji medycznej w przedmiocie : udostępnienia dokumentacji, zgody na świadczenia,
brania udziału studentów, informacji o stanie zdrowia, czy nie ma rozbieżności między datą wypisu a datą
wydania i wygenerowania karty informacyjnej tzw "wypisowej";

- 6) czy w badaniu przedmiotowym przed opisem badania jest ze "w badaniu fizykalnym po ówczesnym poprzedzającym wyrażeniu zgody na wykonanie badania (...)" albowiem badanie narusza integralność cielesną a nawet psychiczną człowieka, dla przykładu samo dotknięcie palcem przez przypadek funkcjonariusza publicznego osoba może odpowiadać za naruszenie nietykalności;
- 7) czy są oddzielne karty wyrażenia zgód i czy pacjent otrzymał informację o wskazaniu, przeciwwskazaniu, przebiegu, czasu trwania, powikłaniach i środkach ostrożności, instrukcji postępowania :
- a) pobierania krwi, iniekcji, infuzji, cewnikowania, założenia wenflonu;
 - b) RTG bez kontrastu, RTG, TK, MRI z uwagi na promieniowanie i klaustrofobię;
 - c) USG, UKG, EKG z uwagi na nietykalność cielesną;
 - d) szycia rany, nastawienia złamania, wyrwania zęba, leczenia kanałowego jako przebiegu zabiegu;
 - e) endoskopii, EKG wysiłkowego, ergospirometrii, spirometrii;
 - f) itd.
- 8) czy pacjent podpisał ulotkę i się zapoznał z charakterystyką produktu leczniczego jako wyrażenia zgody;
- 9) czy dokumentacja medyczna jest kompletna :
- a) wydruki, zrzuty i nagranie z kardiomonitora z całego przebiegu monitorowania;
 - b) wydruki / zdjęcia z urządzenia i nagranie badania : endoskopowego, USG, UKG, badania holterowskiego, EKG, EKG wysiłkowego
 - c) nagranie i zdjęcie badania histopatologicznego, cytologicznego, mikroskopowego - zapisane w pamięci urządzenia a następnie na elektronicznym nośniku informacji w szczególności w przypadku 9)a)-b), ponieważ drugi lekarz czy lekarz prowadzący może zobaczyć coś czego nie widział wykonujący badanie z uwagi na technikę i metodę badania, niedoświadczenie, presje czasową i ponaglenie, stres i inne negatywne emocje i czynniki
 - c) czy pacjent po operacji, zabiegu, porodzie ma wypełnioną kartę kontrolną, 2 x skalę Aldreta 30', dołączony protokół operacyjny / zabiegu, badanie histopatologiczne

Punkt 2

Uważam, że historia choroby w szczególności w szpitalach, SORACH, OIOM, karta obserwacji pielęgniarskiej i lekarskiej, karta konsultacji winna być :

- a) karta historii zorientowana i zintegrowana czasowo gdzie pod datą jest umieszczona godzina procedury, obserwacji, godzina początku i zakończenia procedury i wizyty, a nie tylko podana data. Albowiem takie rozwiązanie sprawi jak długo trwała procedura i czy została ona należycie wykonana, co ile pacjent był doglądany i obserwowany, co ile miał wykonany triaż, o której miał pobraną krew i o której były dostarczone materiały do laboratorium oraz o której były wyniki;
- b) karta historii zorientowana i zintegrowana źródłowo gdzie pod daną procedurą np obserwacją, EKG, RTG, wynikiem krwi jest data, godzina i opis;
- c) karta historii zorientowana i zintegrowana problemowo gdzie pod danym problemem zdrowia jest data, godzina, opis skarg pacjenta i diagnostyki oraz leczenia

Uważam, że takie rozwiązania winny być nie tylko w dokumentacji elektronicznej ale także w dokumentacji papierowej. Podanie daty i godziny i czasu trwania procedury sprawi większą kontrolę i nadzór nad danym pacjentem i czy zostało należycie wykonany obowiązek. W większości dokumentacji jest tylko podana data wizyty czy data dyżuru obserwacji lekarskiej i pielęgniarskiej bez podania godziny czy okresu godzinnego co trudno jest czasem ustalić przebieg zdarzenia i przebieg świadczenia zdrowotnego przez biegłych, konsultantów, urzędników o stwierdzenie błędu medycznego, praw pacjenta czy popełnienia przestępstwa np narażenie na utratę życia i zdrowia jako nieprzestrzeżenie i nieocenie stanu zdrowia w postaci np. retriżu.

Źródło oparcia dla celów złożenia petycji:

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-m&biw=414&bih=656&tbm=isch&sa=1&q=karta+historii+choroby+zorientowana+czasowo&oq=karta+historii+choroby+zorientowana+czasowo&aqs=mobile-gws-lite.#biw=414&bih=656&imgcr=Y5BLmbtb2DhKaM>
<https://slideplaver.pl/slide/62025/>

Niestety każdego obywatela w Polsce może spotkać obowiązkowa hospitalizacja. Dokumentacja medyczna winna być prowadzona prawidłowo i być przyzwoita czyli zrozumiała nie tylko dla pacjenta, rodziny ale i innych członków personelu medycznego czy innych osób. Albowiem nie tylko jest potwierdzeniem świadczenia bo jest również częścią świadczenia ale także wpływa na dalszą diagnostykę, leczenie czy w celach orzecznich.

Adnotacje:

1. Zgodnie z art. 4 ust. 1 i ust. 5, art. 13 ust. 1 ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) oraz art. 4, art. 5, art. 12, art. 13, art. 14, art. 15, art. 21 Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej (Dz.U.U.E.C.2011.285.3), art. 225 kpa - proszę tylko i wyłącznie o odpowiedź elektroniczna na mail z uwagi na sposób wnoszenia pisma do organu rozpatrującego, a ponadto z uwagi na stan epidemii. Pisma wysyłane drogą listowną lub w inny sposób będą usuwane bez czytania.


2. Zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) oraz art. 4, art. 5, art. 12, art. 13, art. 14, art. 15, art. 21 Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej (Dz.U.U.E.C.2011.285.3), art. 225 kpa - nie wyrażam zgody na publikację danych osobowych na odwzorowanej treści petycji lub jego odwzorowania cyfrowego (zdjęcie, skan) na serwisie internetowym organu lub stronie internetowej BIP w postaci m.in : imienia i nazwiska, e-maila, adresu o którym mowa w prawie pocztowym, miejscowości w nagłówku, sygnatury, podpisu.

3. Zgodnie z art. 6 ustawy o petycjach z dnia 11 lipca 2014 roku (tj. Dz. U. 2018 poz. 870) oraz art. 4, art. 5, art. 12, art. 13, art. 14, art. 15, art. 21 Kodeksu Dobrej Praktyki Administracyjnej (Dz.U.U.E.C.2011.285.3), art. 225 kpa - wnoszę o przekazanie petycji zgodnie z właściwością.

4. Za ewentualne błędy oraz niewiedzę przepraszam oraz ilość składanych pism. Niniejsze pismo nie jest z złośliwości, swawoli a intencją jest dobro publiczne.

5. Proszę uprzejmie o potwierdzenie odbioru i podawania sygnatury (nadawcy) daty i godziny wysłania oraz kategorii archiwalnej w odpowiedzi zwrotnej celem sprawniejszej wymianie informacji w danej sprawie.

Z poważaniem,


12.05.2021 roku 14:35