

# STANDARD ORGANIZACYJNY REJESTRACJI PACJENTÓW W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

## 1. Zasady rejestracji:

- a) rejestracja pacjentów odbywa się od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 -18.00
- b) pacjent może zarejestrować się osobiście, telefonicznie, elektronicznie lub za pośrednictwem osób trzecich,
- c) w punkcie rejestracji, poza możliwością zapisania się do lekarza, pacjent powinien uzyskać kompletną informację dotyczącą:  
czasu oczekiwania,  
miejsca wykonania zaleconych badań,  
sposobu oraz terminu otrzymania wyników badań
- d) rodzaju świadczenia: stacjonarne, wizyta domowa lub teleporada.

## 2. Wymagane dokumenty:

- a) dowód tożsamości lub inny dokument potwierdzający tożsamość

## 3. Ustalenie terminu wizyty:

- a) pacjentowi wyznaczony jest termin wizyty, który może być zmieniony po obustronnym uzgodnieniu zmian,
- b) poza kolejnością przyjmowane są uprawnione osoby:  
Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz  
kombatanci, uprawnieni żołnierze i pracownicy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych  
podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, weterani poszkodowani w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

## 4. Ważne informacje:

- a) w przypadku rezygnacji z ustalonego terminu wizyty lub konieczności zmiany terminu obowiązkiem pacjenta jest powiadomienie o tym fakcie rejestracji. Umożliwi to wykorzystanie wolnego terminu przez inne osoby,
- b) świadczenia specjalistyczne będą udzielane według kolejności zgłaszania w dniach oraz godzinach pracy placówki medycznej,
- c) opieka i udzielanie pomocy medycznej pacjentom odbywać się będzie zgodnie z zachowaniem należytej staranności oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

## INFORMACJA DOTYCZĄCA ORGANIZACJI TELEPORADY

1. Teleporada może być udzielana m.in. w formie porady telefonicznej, a w uzasadnionych przypadkach także drogą mailową (powtórzenie leków w przypadku chorób przewlekłych).

2. Teleporady udzielane są przez lekarzy oraz przez pielęgniarki i położne w zakresie ich kompetencji.

3. Termin teleporady ustalany jest z pracownikiem rejestracji pod nr telefonu: 83 355 13 69

4. Lekarz kontaktuje się z pacjentem w wyznaczonym przez rejestrację terminie wizyty oraz potwierdza tożsamość pacjenta na podstawie danych, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej lub deklaracji wyboru.

5. Należy przestrzegać punktualności. Personel medyczny będzie kontaktować się w wyznaczonym terminie wizyty. W przypadku trzech nieudanych prób kontaktu z pacjentem, w odstępach nie krótszych niż 5 min., teleporada zostaje anulowana. W takich sytuacjach obowiązuje ustalenie nowego terminu teleporady przez pacjenta zgodnie z pkt 3.

6. Podczas teleporady lekarz dokonuje oceny stanu pacjenta, ustala czy teleporada jest wystarczająca dla aktualnego stanu zdrowotnego, czy konieczna będzie wizyta osobista, wizyta domowa, czy inne świadczenie medyczne.

7. Jeżeli przemawiają za tym względy medyczne, możliwe jest wystawienie elektronicznych dokumentów (np. recepta, skierowanie lub zwolnienie lekarskie), a także dokumentów w formie papierowej, do odbioru w rejestracji Przychodni.

8. Tak jak przy wizycie osobistej, wystawienie pacjentowi skierowania na badania diagnostyczne, do poradni specjalistycznych lub do szpitala, powinno być uzasadnione stanem zdrowia pacjenta.

9. Pacjent ma prawo do zgłoszenia w trakcie teleporady woli osobistego kontaktu z właściwym personelem medycznym.

10. Pracownicy przychodni informują pacjenta o sposobach realizacji otrzymanych:

- a) e-recept,
- b) e-skierowań,
- c) e-zlecenia wyroby medyczne
- d) zleceń na badania dodatkowe, w szczególności laboratoryjne lub obrazowe, a także o możliwości

założenia przez pacjenta Internetowego Konta Pacjenta.

Jeśli Państwa planowana wizyta jest związana z powtórzeniem leków prosimy w szczególności o

kontakt e-mailowy: [rejestracjaproomni@interia.pl](mailto:rejestracjaproomni@interia.pl)

W przypadku kontaktu e-mail należy wpisać: imię i nazwisko, pesel, nazwa leku i dawka,

dawkowanie, ilość opakowań / lub ilość tabletek oraz informację czy posiadają Państwo Internetowe

Konto Pacjenta. Kod zostanie odesłany przez nas emailem, bądź sms pod wskazany nr telefonu.

Powtórka będzie dotyczyła leków, którymi pacjent jest leczony w poradni, po sprawdzeniu w indywidualnej dokumentacji medycznej, w ilości wynikającej z procesu terapeutycznego.

## Dokumentacja medyczna

Dokumentacja musi zawierać co najmniej:

- oznaczenia pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta:
  - o nazwisko i imię (imiona),
  - o datę urodzenia,
  - o oznaczenie płci,
  - o adres miejsca zamieszkania,
  - o numer PESEL (w przypadku noworodka – numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość);
- w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń
- opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- datę sporządzenia.

Udostępnianie dokumentacji medycznej

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
- osobie upoważnionej przez pacjenta;
- upoważnionym organom.

Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:

- innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli jest ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;

- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom – jeżeli badanie, którego dotyczy dokumentacja, zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności – w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych – w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakładom ubezpieczeń – za zgodą pacjenta;
- lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia – w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych – bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Dokumentacja medyczna jest:

udostępniana przez Pracownika upoważnionego do wglądu do dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, osobie upoważnionej przez pacjenta, upoważnionym organom.

Dokumentacja jest wydawana niezwłocznie na wniosek pacjenta lub upoważnionego organu do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem pacjentowi lub innym uprawnionym organom lub podmiotom możliwości sporządzenia notatek lub zdjęć, przez sporządzenie jej wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku, 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.

Zasady odpłatności

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Udostępnienie dokumentacji do wglądu

na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.

Od 4 maja 2019 r. pierwsza kopia dokumentacji medycznej musi być udostępniana pacjentowi przez podmiot leczniczy za darmo. Zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i

Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U z 2020 r. poz. 849) opłaty nie pobiera się w przypadku udostępnienia

dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu, po raz pierwszy w żądanym zakresie lub w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o

zdarzeniach medycznych

Przechowywanie dokumentacji medycznej

Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu). Wyjątki dotyczą:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia,

która jest przechowywana przez okres 30 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon);

· dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Po upływie określonego powyżej czasu dokumentacja medyczna powinna zostać niszczone w sposób

uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła.

## Lista badań dostępnych w POZ

### 1. Badania hematologiczne:

o morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi

o morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi

o retikulocyty

o odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).

### 2. Badania biochemiczne i immunochemiczne:

o sód

o potas

o wapń zjonizowany

o żelazo

o żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)

o stężenie transferyny

o stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)

o mocznik

o kreatynina

o glukoza

o test obciążenia glukozą

o białko całkowite

o proteinogram

o albumina

o białko C-reaktywne (CRP)

o kwas moczowy

o cholesterol całkowity

o cholesterol-HDL

o cholesterol-LDL

o trójglicerydy (TG)

o bilirubina całkowita

- o bilirubina bezpośrednia
- o fosfataza alkaliczna (ALP)
- o aminotransferaza asparaginianowa (AST)
- o aminotransferaza alaninowa (ALT)
- o gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)
- o amylaza
- o kinaza keratynowa (CK)
- o fosfataza kwaśna całkowita (ACP)
- o czynnik reumatoidalny (RF)
- o miano antystreptolizyn O (ASO)
- o hormon tyreotropowy (TSH)
- o antygen HBs-AgHBs
- o VDRL
- o FT3
- o FT4
- o PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity.

### 3. Badania moczu:

- o ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu
- o ilościowe oznaczanie białka
- o ilościowe oznaczanie glukozy
- o ilościowe oznaczanie wapnia
- o ilościowe oznaczanie amylazy.

### 4. Badania kału:

- o badanie ogólne
- o pasożyty
- o krew utajona – metodą immunochemiczną.

### 5. Badania układu krzepnięcia:

- o wskaźnik protrombinowy (INR)
- o czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
- o fibrynogen.

### 6. Badania mikrobiologiczne:

- o posiew moczu z antybiogramem
- o posiew wymazu z gardła z antybiogramem
- o posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella.
- o test antygenowy SARS-CoV-2 uzyskiwany za pomocą Systemu Dystrybucji Szczepionek (SDS)
- o badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku.

### 7. Diagnostyka ultrasonograficzna:

- o USG tarczycy i przytarczyc
- o USG ślinianek

- o USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego
- o USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego
- o USG obwodowych węzłów chłonnych.

#### 8. Zdjęcia radiologiczne:

- o zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
- o zdjęcia kostne:
  - w przypadku kręgosłupa, kończyn i miednicy – w projekcji AP i bocznej
  - zdjęcie czaszki
  - zdjęcie zatok
  - zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej.

#### 9. Budżet powierzony diagnostyczny

- o ferrytyna
- o witamina B12
- o kwas foliowy
- o anty CCP
- o CRP szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6. roku życia)
- o przeciwciała anty-HCV
- o antygen H. pylori w kale – test kasetkowy
- o antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny
- o strep-test

#### 10. Budżet powierzony opieki koordynowanej

- o BNP (NT-pro-BNP)
  - o albuminuria (stężenie albumin w moczu)
  - o UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu)
  - o antyTPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej)
  - o antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH)
  - o antyTG (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie)
  - o EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG)
  - o Holter EKG 24 godz. (24-godzinna rejestracja EKG)
  - o Holter EKG 48 godz. (48-godzinna rejestracja EKG)
  - o Holter EKG 72 godz. (72-godzinna rejestracja EKG)
  - o Holter RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)
  - o USG Doppler tętnic szyjnych
  - o USG Doppler naczyń kończyn dolnych
  - o ECHO serca przezklatkowe
  - o spirometria
  - o spirometria z próbą rozkurczową
  - o biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur (u dorosłych)
  - o biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana (u dorosłych) co najmniej 3 procedur
- Badania, na które skieruje Cię lekarz POZ, a wykonasz w dowolnej placówce, która ma umowę z NFZ.

- gastroskopia
- kolonoskopia
- tomografia komputerowa płuc

**Od 01.07.2022 r. są dostępne nowe badania w zakresie lekarza POZ:**

**1. Badania biochemiczne i immunochemiczne:**

**A. ferrytyna;**

**B. witamina B12;**

**C. kwas foliowy;**

**D. anty-CCP;**

**E. CRP – szybki test ilościowy (dzieci do ukończenia 6. roku życia)**

**F. przeciwciała anty-HCV.**

**2. Badania kału – antygen H. pylori w kale.**

**3. Badania mikrobiologiczne – Strep-test**