

Tabela uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia *zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*

Lp.	Przepis	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1	2	3	4	5
1.	§ 44 ust.3-5	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	§ 44 po ust. 6 dodaje się ust. 7 w brzmieniu: „7. Wzór dokumentacji papierowej prowadzonej przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego oraz lotniczych zespołów ratownictwa medycznego w tym: a) karty medycznych czynności ratunkowych; b) karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego. W przypadku awarii, o której mowa w ust. 3 - stanowi załącznik do niniejszego rozporządzenia.” UZASADNIENIE: W ust. 7 wskazano konieczność utworzenia papierowej dokumentacji medycznej w tym karty MCR dla ZRM i LZRM, której do tej pory, po zmianie formy karty Medycznych Czynności Ratunkowych w Systemie Wspomagania Dowodzenia brakuje. Zespoły Ratownictwa Medycznego posługują się niekompatybilnymi lub nieaktualnymi drukami samokopiującymi, które dotyczą wcześniejszej karty MCR – co stanowi problem w jej odtworzeniu cyfrowym z uwagi na jej zmienny kształt i formę. Obecna karta MCR zajmuje 2 strony formatu A4, wcześniejsza jedną stronę formatu A4. Należy te kwestie uporządkować lub wskazać, że w sytuacji awarii i konieczności sporządzania dokumentacji papierowej należy posługiwać się określonym wzorem wskazanym w Załączniku do niniejszego rozporządzenia.	
2.	§ 45	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	§ 45 należy w proponowanym brzmieniu usunąć i utrzymać obecnie funkcjonujący zapis.	

3.	§ 46 ust. 1 pkt 4	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	§ 46 w ust. 1 pkt 4 otrzymuje nowe brzmienie: 4) wskazanie roku, miesiąca, dnia oraz godziny, minuty i sekundy w systemie 24-godzinny: a) przekazania i potwierdzenia przyjęcia zlecenia wyjazdu lub wylotu przez zespół ratownictwa medycznego, aa)14) potwierdzenia przyjęcia zlecenia wyjazdu lub wylotu przez zespół ratownictwa medycznego, b) wyjazdu lub wylotu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia, c) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego do podmiotu leczniczego, e) przekazania lub odmowy przyjęcia pacjenta przez podmiot leczniczy od zespołu ratownictwa medycznego, ea)15) odmowy przyjęcia pacjenta przez podmiot leczniczy od zespołu ratownictwa medycznego, f) przekazania pacjenta innemu zespołowi ratownictwa medycznego lub lotniczemu zespołowi ratownictwa medycznego, fa) odmowy przekazania pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego i wykonania transportu drogą lotniczą, fb) przekazanie pacjenta patrolowi Policji, Straży Miejskiej, Straży Granicznej, g) zakończenia realizacji zlecenia wyjazdu lub wylotu zespołu ratownictwa medycznego; UZASADNIENIE: W podpunkcie f) należy ułożyć również lotniczy zespół ratownictwa medycznego, który też odnotowuje fakt przekazania pacjenta w dokumentacji medycznej. W dalszym podpunkcie fa) należy dodać informację o fakcie odmowy wykonania transportu lotniczego pacjenta zabezpieczonego wstępnie przez Zespół Ratownictwa Medycznego pacjenta – wynika to z niewyjaśnionych do tej pory praktyk niektórych pracowników Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, bazujących na odmowie wykonania transportu drogą powietrzną pacjenta wymagającego jak najszybszego przetransportowania do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Centrum Urazowego. Należy tutaj dodać, iż w chwili obecnej BRAK jakichkolwiek przesłanek do odmowy wykonania takowego transportu z przyczyn wnoszenia się z pacjentem na określona wysokość niezbędna do przeprowadzenia lotu śmigłowcem. Wszelkie dostępne badania naukowe (dostępne na PubMed) – wręcz zalecają taką formę transportu, wynikającą z jak najszybszego czasu dostarczenia pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Centrum	
----	-------------------	--	--	--

			Urazowego i uruchomienia protokołów urazowych lub innych wynikających ze stanu zagrożenia życia pacjenta. Kuriozalną sytuacją jest wzywanie przez naziemny Zespół Ratownictwa Medycznego na miejsce zdarzenia Lotniczego Zespołu Ratownictwa Medycznego, gdzie Lekarz tego zespołu (HEMS) odmawia transportu pacjenta drogą lotniczą i wsiada do ambulansu, wraz z personelem Zespołu Ratownictwa Medycznego i wykonuje łączony transport z miejsca zdarzenia do szpitala, a śmigłowiec HEMS leci do dedykowanego szpitala, aby odebrać z SOR lekarza. Należy dodać ponadto, iż lekarz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, jest zatrudniony u innego dysponenta i jego obecność w naziemnym środku specjalistycznego transportu stanowi kontrowersyjny udział w prowadzeniu Medycznych Czynności Ratunkowych przy pacjencie znajdującym się w ambulansie Zespołu Ratownictwa Medycznego. Należy również dzięki takiej możliwości badać to zagadnienie i wyjaśniać je czy w takiej sytuacji lot śmigłowcem nie przyniesie więcej korzyści niż transport naziemny – co udowadnia stosowna literatura w przypadkach pacjentów krytycznych. W dalszym podpunkcie fb) należy dodać możliwość przekazania pacjenta, jednostkom Policji, Straży Miejskiej, Straży Granicznej, którzy wobec osoby im przekazanej, będą prowadzili dalsze czynności (zatrzymanie pacjenta do wyjaśniania, osadzenia lub transportu do Izby Wyrzeźwień).	
4.	Uwaga rzeczowa	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W karcie Medycznych Czynności Ratunkowych w części dotyczącej badania pacjenta, należy dodać pozycje: 1. Pomiar EtCO₂ – w dwu okienkach. 2. Pomiar SpMet – w dwu okienkach. 3. Pomiar SpO₂ – kolejne okienko. 4. Pomiar CTK – kolejne okienko. 5. Pomiar MAP – w dwu okienkach. 6. Glikemii – kolejne okienko. UZASADNIENIE: 1. Pomiar EtCO₂ – jest nieodłącznym elementem badania pacjenta w stanach zagrożenia życia oraz przy zatrzymaniu krążenia. Parametr ten jest precyzyjniejszą formą diagnostyki pacjenta zarówno w sytuacji obecnego jak i zatrzymanego krążenia, dzięki któremu parametrowi można rozpoznać i potwierdzić prawidłową lokację rurki intubacyjnej, spontaniczny powrót krążenia (ROSC – ang.) czy zaburzenia w procesie oddychania, jakimi jest hipoksja czy zmiany metaboliczne. 2. Pomiar SpMet – jest pomiarem możliwym do zweryfikowania przez defibrylatory posiadające czujnik Rainbow mierzący ten parametr u osób z	

			podejrzeniem zatrucia tlenkiem węgla. 3. Pomiar SpO2 – jedno okienko jest w wielu sytuacjach niewystarczająca, ponieważ pacjent krytyczny wymaga ponownych ocen stanu i badanie tego parametru powinno być możliwe do zapisania jako kolejny parametr. 4. Pomiar CTK (ciśnienia tętniczego) - jedno okienko jest w wielu sytuacjach niewystarczająca, ponieważ pacjent krytyczny wymaga ponownych ocen stanu i badanie tego parametru powinno być możliwe do zapisania jako kolejny parametr. 5. Pomiar MAP – średniego ciśnienia tętniczego, jest parametrem, który diagnostycznie determinuje stan pacjenta i można dzięki niemu określić czy pacjent jest w stanie krytycznym czy też utrzymują się jego parametry perfuzji naczyniowej na poziomie prawidłowym 6. Pomiar Glikemii - jedno okienko jest w wielu sytuacjach niewystarczająca, ponieważ pacjent krytyczny wymaga ponownych ocen stanu i badanie tego parametru powinno być możliwe do zapisania jako kolejny parametr.	
5.	Uwaga rzeczowa	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych, w części dotyczącej danych pacjenta: 1. Należy umożliwić skopiowanie danych z wcześniejszych kart MCR zapisanych w historii SWD PRM (dane adresowe: miejscowość, kod pocztowy, ulica, numer budynku, nr mieszkania). 2. Należy również umożliwić po imieniu i nazwisku odszukanie danych pacjenta we wcześniejszych zasobach zapisanych w SWD PRM – bez konieczności wpisywanie PESELu. 3. Należy umożliwić skopiowanie danych do kontaktu/upoważnionych do wglądu do dokumentacji medycznej z wcześniejszych kart MCR, w przypadku gdy była wskazana – analogicznie jak przy zaznaczeniu osoby wzywającej. UZASADNIENIE: Częstokroć bywa, iż pacjenci są osobami bezdomnymi, nietrzeźwymi lub nieprzytomnymi, posiadającymi jakieś inne niż dokumentacja medyczna informacje o swoich szcztkowych danych osobowych (np.: mandat karny, rachunek za media etc.) – możliwość wyszukania po imieniu i nazwisku z wykorzystaniem daty urodzenia lub identyfikacji adresu lub PESEL ułatwi powiadomienie wskazanych osób do kontaktu lub w ogóle zidentyfikowanie pacjenta, w przypadku braku dokumentów tożsamości. Skopiowanie tych danych ułatwi wypełnianie dokumentacji – zarówno danych osobowych jak i osoby do kontaktu.	

