

	Imię i nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Anna Lenart	18.11.2015	
Zweryfikował:	Beata Łyszczczyk	20.11.2015	
Zatwierdził:	Piotr Błaszczyński	25.11.2015	
Wersja	1	Obowiązuje od dnia	01.01.2016

Przedmiot i zakres stosowania

Przedmiotem niniejszej instrukcji jest określenie ogólnych zasad przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi małoletniemu.

Obejmuje zasady obsługi pacjenta do 18 roku życia:

1. W stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. W stanach gdy nie zachodzi podejrzenie zdarzenia związanego z zagrożeniem zdrowia lub życia od 0 do 16 roku życia.
3. W stanach gdy nie zachodzi podejrzenie zdarzenia związanego z zagrożeniem zdrowia lub życia od 16 do 18 roku życia.

Definicje

Pacjent – osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych, udzielanych przez podmiot leczniczy lub osobę wykonującą zawód medyczny.

Przedstawiciel ustawowy – to osoba, która z mocy przepisu prawa może działać w cudzym imieniu i ze skutkiem dla osoby, którą reprezentuje. Przedstawicielem ustawowym jest np. matka lub ojciec dla swych małoletnich dzieci.

Opiekun faktyczny – to osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga np. babcia, opiekunka.

Opiekun prawny – to osoba powołana do ochrony interesów osobistych i majątkowych innej osoby, gdy ta takiej opieki potrzebuje np. małoletni, osoba całkowicie ubezwłasnowolniona. Opiekun prawny ustanawiany jest poprzez sąd.

Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie, pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia. Stan wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Świadczenie zdrowotne – działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.

Badanie – badanie przeprowadzone osobiście przez pracownika medycznego, w czasie postępowania terapeutycznego, diagnostycznego, leczniczego. Dzieli się na badanie podmiotowe (anamneza, wywiad chorobowy) i badanie przedmiotowe (fizykalne). W rozumieniu ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej – należy wiązać badanie z najbardziej podstawową czynnością pracownika medycznego, polegającą na oględzinach ciała i badaniu fizykalnym pacjenta małoletniego. Chodzi tu o rutynowe i niestwarzające ryzyka czynności medyczne.

Inne świadczenia zdrowotne – rozumiane jako np. podanie leku, zainstalowanie wyrobu medycznego, gdy nie wiąże się to z ingerencją w organizm.

Opis postępowania

1. Zdarzenia zagrażające zdrowiu lub życiu.

1) w przypadku udzielenia pomocy związanej ze stanem zagrożenia zdrowia lub życia. wszelkie działania medyczne są podejmowane natychmiastowo, bez zbędnej zwłoki.

Zaniechanie czy opóźnienie działań ratujących może spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub pogorszenia stanu zdrowia.

Pracownik medyczny zawsze wpisuje do dokumentacji indywidualnej pacjenta informacje o udzieleniu świadczenia zdrowotnego w stanie zagrożenia niebezpieczeństwem utraty zdrowia lub życia, ciężkiego uszkodzenia ciała wraz z informacją o obecności osoby towarzyszącej, zarówno innego pracownika medycznego jak i osoby towarzyszącej małoletniemu, podając jej dane co najmniej imię i nazwisko i w przypadku opiekuna stopień pokrewieństwa lub status faktyczny (np. sąsiad/ka, nauczyciel/ka).

2. Zdarzenia nagłe/pilne, nie mające charakteru zagrażającego życiu lub zdrowiu.

1) W sytuacjach nagłych, pacjenci którzy ukończyli 16 lat, a nie ukończyli 18

mogą skorzystać z konsultacji lekarskiej bez obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, wyłącznie w przypadku wizyt u specjalistów niezabiegowych. Warunkiem realizacji usługi jest wyrażenie zgody przez małoletniego i powiadomienie opiekuna faktycznego. Zgoda opiekuna może być wyrażona ustnie w sposób nie budzący wątpliwości i wyłącznie na usługi niezabiegowe oraz musi zostać odnotowana w dokumentacji indywidualnej pacjenta.

Jednak nawet w przypadku przedstawienia przez pacjenta nieletniego zgody przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego – zgody równoległej, zakres usług nie obejmuje świadczeń medycznych nie związanych z procesem diagnostyczno-terapeutycznym oraz zabiegów związanych z naruszeniem ciągłości tkanek.

2) W sytuacjach nagłych, pacjenci którzy nie ukończyli 16 lat

Świadczenie zdrowotne mogą mieć udzielone wyłącznie w obecności przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. O zdarzeniu pilnym zawsze powiadamiani są rodzice dziecka a w przypadku braku możliwości kontaktu zgodę na przeprowadzenie usługi medycznej może wydać sąd rodzinny i opiekuńczy. Właściwym do wyrażania zgody na wykonanie czynności medycznych jest sąd, w którego rejonie czynności te mają być wykonane.

3. Zasady obsługi pacjenta małoletniego gdy nie zachodzi zdarzenie związane ze stanem zagrożenia zdrowia lub życia i zdarzenia pilnego.

1) Osoby małoletnie od 0 do 16 roku życia.

Przeprowadzenie badania lekarskiego (konsultacji lekarskiej), wykonanie szczepienia, pobranie materiału do badań np. krwi, wykonanie badania diagnostycznego bez naruszenia fizyczności pacjenta (np. usg), zrealizowanie świadczeń w zakresie rehabilitacji, zrealizowanie porady stomatologicznej, odbywa się w obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego lub za jego zgodą w obecności opiekuna faktycznego.

Jeżeli dziecko jest pod opieką opiekuna faktycznego, opiekun powinien okazać pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, załącznik nr 2 „**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi małoletniemu w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji**”.

a) Recepcja/Infolinia

W przypadku rezerwacji terminu wizyty dla osoby od 0 do 16 roku życia, należy poinformować o potrzebie obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego (posiadającego pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego) podczas udzielania świadczenia zdrowotnego.

Pracownik recepcji sprawdza kompletność informacji na dostarczonej zgodzie, potwierdza przyjęcie dokumentu. Formularz zgody, opiekun pozostawia w recepcji. Oryginał Formularza zgody jest archiwizowany w dokumentacji w wersji papierowej. Jest powiązany z dokumentacją pacjenta lub dokumentacją zbiorczą Centrum Medycznego. W sytuacji posiadania właściwych zasobów elektronicznych, dokument zostaje skanowany do systemu.

Pracownik recepcji zawsze przed realizacją usługi, informuje pracownika medycznego o wpłynięciu zgody przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi w wieku do 18 roku życia w obecności opiekuna faktycznego. Upoważnienie ma charakter jednorazowy – dotyczy pojedynczego zdarzenia – jednej wizyty w poradni i jednego opiekuna, **za wyjątkiem ustalonego cyklu rehabilitacji**, dopuszcza się – aby zgoda obejmowała ciągłość świadczeń, warunkiem jest wskazanie zakresu i terminu (daty). Opiekun wymieniony w upoważnieniu zobowiązany jest do okazania dokumentu tożsamości.

Zastosowanie tzw. zgody blankietowej, ogólnej, uniwersalnej stanowi naruszenie zasady, że pacjent/opiekun musi wyrazić zgodę na udzielenie mu konkretnych świadczeń zdrowotnych (w określonym czasie, właściwych dla wieku, w określonym terminie, z określonej przyczyny).

b) Pracownik medyczny

Lekarz, pielęgniarka, położna, inny pracownik medyczny realizujący świadczenia, zawsze odnotowuje w dokumentacji medycznej fakt udzielenia świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego i/lub na podstawie zgody ustnej. Dopuszcza się wyrażenie zgody w innej formie graficznej – pod warunkiem, że okazana zgoda zawiera wszystkie dane i informacje ujęte w druku.

2) Osoby małoletnie od 16 do 18 roku życia.

Przy realizacji świadczeń zdrowotnych obowiązują ogólne zasady zgodnie z opisem dla pacjenta od 0 do 16 roku życia. Dopuszcza się realizację świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego w przypadku konieczności przeprowadzenia badania lekarskiego (konsultacji lekarskiej), wykonania szczepienia, pobrania materiału do badań np. krwi, wykonania badania diagnostycznego bez naruszenia fizyczności pacjenta (np. usg), zrealizowania świadczeń w zakresie rehabilitacji, zrealizowania porady stomatologicznej.

Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego jest przedłożenie pisemnej, jednorazowej zgody przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego, załącznik nr 3 „**Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela/a ustawowego bądź opiekuna faktycznego pacjenta w wieku od 16 do 18 lat**”.

a) Recepcja/Infolinia

w przypadku rezerwacji terminu wizyty dla osoby, która ukończyła 16 lat, ale nie ukończyła 18 lat i chce skorzystać ze świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego bądź opiekuna faktycznego należy poinformować o konieczności posiadania pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego.

Pracownik recepcji sprawdza kompletność informacji na dostarczonej zgodzie, potwierdza przyjęcie dokumentu. Formularz zgody, pozostawiany jest w recepcji. Oryginał Formularza zgody jest archiwizowany w wersji papierowej. Jest powiązany z dokumentacją pacjenta lub dokumentacją zbiorczą centrum Medycznego. W sytuacji posiadania właściwych zasobów elektronicznych, dokument zostaje skanowany do systemu. Pracownik recepcji zawsze przed realizacją usługi, informuje pracownika medycznego o wpłynięciu zgody przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi w wieku od 16 do 18 roku życia bez obecności opiekuna.

W/w pisemne zgody są jednorazowe **za wyjątkiem ustalonego cyklu rehabilitacji**, dopuszcza się – aby zgoda obejmowała ciągłość świadczeń, warunkiem jest wskazanie zakresu i terminu (daty).

Zastosowanie tzw. zgody blankietowej, ogólnej, uniwersalnej stanowi naruszenie zasady, że pacjent/opiekun musi wyrazić zgodę na udzielenie mu konkretnych świadczeń zdrowotnych (w określonym czasie, właściwych dla wieku, w określonym terminie, z określonej przyczyny).

b) Pracownik medyczny

Zawsze odnotowuje w dokumentacji medycznej fakt udzielenia świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego bądź opiekuna faktycznego małoletniego pacjenta.

Dopuszcza wyrażenie zgody w innej formie graficznej – pod warunkiem, że okazana zgoda zawiera wszystkie dane / informacje ujęte w druku.

4. Weryfikacja tożsamości opiekuna pacjenta nieletniego

Weryfikacja tożsamości opiekuna następuje zawsze w recepcji. **Wyjątek** stanowi sytuacja związana ze stanem zagrożenia życia i zdrowia i koniecznością udzielenia pomocy natychmiastowej!

1) Pracownik recepcji

Sprawdza okazany dokument tożsamości osoby, która zgłosiła się z dzieckiem i zadaje pytanie czy jest przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym/rodzicem dziecka.

Uznaje się osobą towarzyszącą dziecku za przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego jeżeli nazwisko dziecka osoby towarzyszącej jest takie samo oraz pracownik recepcji uzyskał potwierdzenie ustne.

Jeżeli nazwisko dziecka jest inne niż nazwisko osoby towarzyszącej, pracownik recepcji prosi o wypełnienie formularza oświadczenia pisemnego „Oświadczenie Przedstawiciela ustawowego/Opiekuna Prawnego”, dokumentującego status osoby towarzyszącej dziecku jako opiekuna prawnego.

Pobrane oświadczenie jest jednokrotnym dokumentem nie wymagającym powtarzania, dołączanym do dokumentacji i/lub wskanowanym do systemu. Zmiana jest konieczna w przypadku: wymiany dokumentu tożsamości, zmianie nazwiska. Przy każdej kolejnej wizycie dziecka z opiekunem pracownicy recepcji sprawdzają zgodność przedstawionego dokumentu tożsamości z posiadanym oświadczeniem.

Jeżeli dziecku towarzyszy opiekun faktyczny – powinien okazać w recepcji zgodę opiekuna prawnego (przedstawiciela ustawowego) na udzielenie świadczenia w obecności opiekuna faktycznego „Zgoda przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi do 18 roku życia w obecności opiekuna faktycznego oraz udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji”.

Zgoda ta przekazywana jest zawsze przez pracownika recepcji – lekarzowi realizującemu poradę lub innemu pracownikowi medycznemu realizującemu usługę.

2) Realizacja usługi medycznej

W gabinecie medycznym usługa dla dziecka z opiekunem faktycznym może być zrealizowana wyłącznie w zakresie opisanym w formularzu zgody.

W przypadku konieczności rozszerzenia działania medycznego – nie dopuszcza się wykonywania procedur medycznych, na które nie ma pisemnej zgody opiekuna prawnego. Wyjątek stanowią procedury medyczne związane ze stanem zagrożenia życia i nagłego pogorszenia stanu zdrowia.

Zgoda na udzielenia świadczenia stomatologicznego w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji jest dokumentem bezwzględnie wymagany i w przypadku świadczeń stomatologicznych przekazywany przez pracownika recepcji – lekarzowi realizującemu usługę stomatologiczną.

Oświadczenia/zgody są archiwizowane w dokumentacji indywidualnej pacjenta w wersji papierowej, a w przypadku posiadania właściwych zasobów elektronicznych dodatkowo w formie skanu dokumentu.

Oryginał jest zawsze archiwizowany. Jest powiązany z indywidualną dokumentacją pacjenta lub dokumentacją zbiorczą i stanowi nierozłączny element zasobów dokumentacji medycznej.

Spis formularzy powiązanych z dokumentem

Załącznik nr 1 „Oświadczenie przedstawiciela/a ustawowego/opiekuna prawnego”

Załącznik nr 2 „Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi małoletniemu w obecności opiekuna faktycznego oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu informacji”

Załącznik nr 3 „Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego pacjenta w wieku od 16 do 18 lat”

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko pacjenta	PESEL
Dokument tożsamości (rodzaj dokumentu, seria i numer)	

**1. Oświadczam, że jestem w rozumieniu prawa przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym dziecka /podopiecznego*/wychowanka*
(skreślić niepotrzebne):**

Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego/wychowanka	PESEL / Data urodzenia

2. *Dokument potwierdzający powierzenie opieki w przypadku podopiecznego/wychowanka

nazwa dokumentu (wymagane jeśli dotyczy)
Miejsce i data wydania/ numer

**Oświadczam, że wszelkie informacje podane w dokumencie są zgodne z prawdą i stanem faktycznym i nie stanowią w jakikolwiek sposób naruszenia prawa.
Oświadczam, że w przypadku podania nieprawdy/niezgodności przejmuję na siebie pełną odpowiedzialność cywilno-karną.**

Miejscowość, data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego	Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO
NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO PACJENTOWI
DO 18 ROKU ŻYCIA W OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
ORAZ NA UDZIELENIE OPIEKUNOWI FAKTYCZNEMU INFORMACJI.**

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko
Adres zamieszkania
Numer PESEL lub typ i numer dokumentu tożsamości
Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę:

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Konsultację lekarską, a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich | ☐ TAK | ☐ NIE |
| 2. Pobranie materiału do badań np. krwi | ☐ TAK | ☐ NIE |
| 3. Wykonanie szczepienia (dotyczy poradni dzieci zdrowych z wyznaczonym terminem) | ☐ TAK | ☐ NIE |
| 4. Świadczeń w zakresie rehabilitacji | ☐ TAK | ☐ NIE |
| a) zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu: | | |
| b) cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od | | do |
| 5. Konsultacji/usługi stomatologicznej: | | |
| a) konsultację lekarską (badanie) | ☐ TAK | ☐ NIE |
| b) leczenie stomatologiczne w zakresie | ☐ TAK | ☐ NIE |
| c) wykonanie znieczulenia miejscowego | ☐ TAK | ☐ NIE |
| d) wykonanie badania radiologicznego (np. rtg, pantomogram) | ☐ TAK | ☐ NIE |
| e) wykonanie czynności związanych z ortodontcją | ☐ TAK | ☐ NIE |

w dniu **mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:**

Imię i nazwisko małoletniego	PESEL / Data urodzenia

w obecności opiekuna faktycznego (dane opiekuna)

Imię i nazwisko
Numer PESEL lub typ i numer dokumentu tożsamości

Wyrażam/Nie wyrażam* zgodę/y na udzielenie w/w opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia dziecka, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie	Data i podpis osoby przyjmującej dokument

* oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie

ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO PACJENTOWI W WIEKU OD 16 DO 18 ROKU ŻYCIA BEZ OBECNOŚCI OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Dane osobowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL lub typ i numer dokumentu tożsamości

Stopień pokrewieństwa wyrażającego zgodę:

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego:

1. Konsultację lekarską, a także wydanie opinii i orzeczeń lekarskich
2. Pobranie materiału do badań np. krwi
3. Wykonanie szczepienia (dotyczy poradni dzieci zdrowych z wyznaczonym terminem)
4. Świadczeń w zakresie rehabilitacji

☐ TAK ☐ NIE
☐ TAK ☐ NIE
☐ TAK ☐ NIE
☐ TAK ☐ NIE

a) zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu:

b) cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od

do

5. Konsultacji/usługi stomatologicznej:

a) konsultację lekarską (badanie)

b) leczenie stomatologiczne w zakresie

c) wykonanie znieczulenia miejscowego

d) wykonanie badania radiologicznego (np. rtg, pantomogram)

e) wykonanie czynności związanych z ortodontcją

☐ TAK ☐ NIE
☐ TAK ☐ NIE
☐ TAK ☐ NIE
☐ TAK ☐ NIE
☐ TAK ☐ NIE

w dniu mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:

Imię i nazwisko małoletniego

PESEL / Data urodzenia

Bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego

Miejscowość, data, czytelny podpis składającego oświadczenie

Data i podpis osoby przyjmującej dokument

* oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie