

DAIŪ PIRMINĖS SVEIKATOS PRIEŪROS CENTRAS
MEDICININĖS DOKUMENTACIJOS PILDYMO, TIKSLINIMO IR ANULIAVIMO
TVARKOS APRAŠAS

I. SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Šio aprašo paskirtis – reglamentuoti medicininės dokumentacijos pildymo, tikslinimo ir anuliavimo tvarką, VšĮ Dainų pirminės sveikatos priežiūros centre (toliau – Dainų PSPC).

2. Tvarkos apraše vartojamos sąvokos atitinka Lietuvos Respublikos teisės aktuose vartojamas sąvokas.

3. Tvarkos aprašas parengtas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos įsakymais: „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“, „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“, „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“, „Dėl Diagnostikos ir gydymo protokolų rengimo, peržiūrėjimo ir atnaujinimo tvarkos aprašo tvirtinimo“, Lietuvos vyriausiojo archyvaro tarnybos įsakymais: „Dėl Dokumentų rengimo taisyklių patvirtinimo“, „Dėl Dokumentų tvarkymo ir apskaitos taisyklių patvirtinimo“ bei kitais teisės aktais.

4. Atsakomybė:

4.1. Dainų PSPC vidaus medicinos auditorius atsako už šio tvarkos aprašo parengimą, peržiūrėjimą, keitimus ir paskirstymą;

4.2. už šio tvarkos aprašo vykdymo kontrolę atsakingas Dainų PSPC direktorius ar jo įgaliotas asmuo;

4.3. Dainų PSPC direktorius arba jo paskirtas asmuo atsako, kad ataskaitos nustatyta tvarka būtų laiku pateiktos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai ir kitoms kontroliuojančioms institucijoms;

4.4. Dainų PSPC direktorius ar jo įgaliotas asmuo atsako už archyvo tvarkymo kontrolę;

4.5. sveikatos priežiūros specialistai atsako už medicininės dokumentacijos pildymo kokybę ir informacijos teisingumą;

4.6. Dainų PSPC darbuotojai, teikiantys sveikatos priežiūros paslaugas, saugo konfidencialią informaciją apie pacientą, išskyrus tuos atvejus kai poliklinika ir jos darbuotojai privalo pateikti informaciją apie pacientą arba kai pacientas duoda raštišką sutikimą perduoti informaciją apie jo sveikatos būklę kitiems asmenims ir/ar institucijoms.

II. SKYRIUS
GYDYTOJŲ ĮRAŠAI APIE PACIENTAMS SUTEIKTAS PASLAUGAS

5. Asmuo, pageidaujantis prisirašyti prie Dainų PSPC, atvykus, telefonu ar kitomis ryšio priemonėmis yra supažindinamas su poliklinikos teikiamomis paslaugomis, užpildo ir pasirašo „Prašymą gydytis pasirinktoje pirminės asmens sveikatos priežiūroje“ forma (toliau – F) Nr. 025-025-1/a, nurodydamas pasirinktą gydytoją, taip pat užpildo sutikimo formą „Paciento valios pareiškimas dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo“.

6. Sutikimo formą „Paciento valios pareiškimas dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo“ Dainų PSPC kiekvienu atveju pildo ir neprisirašę prie poliklinikos asmenys.

7. Pacientui, atvykus į Dainų PSPC ir suteikus gydytojo konsultaciją, pagrindiniai medicininiai dokumentai, liudijantys apie pacientui suteiktas asmens sveikatos priežiūros paslaugas yra „Asmens

sveikatos istorija“ F/E Nr. 025/a, „Vaiko sveikatos raidos istorija“ F/E Nr. 025-12/a, „Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelė“ F/E Nr. 025-113/a.

8. „Asmens sveikatos istorijoje“ F/E Nr. 025/a, „Vaiko sveikatos raidos istorijoje“ F/E Nr. 025-12/a, „Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelėje“ F/E Nr. 025-113/a daromi duomenų įrašai – įrodymai apie atliktus darbus ir pasiektus rezultatus. Pagal duomenų įrašus sprendžiama apie suteiktų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, atitikimą reikalavimams, nustatytai diagnozei bei paciento būklei.

9. Jeigu pacientas Dainų PSPC lankosi pirmą kartą, bendrosios praktikos slaugytojas, šeimos gydytojas ar kitas sveikatos priežiūros specialistas pagal asmens pateikto asmens tapatybę patvirtinančio dokumento duomenis valstybine kalba užpildo ligos istorijos viršelį (pageidautina didžiosiomis spausdintomis raidėmis), įrašo vardą, pavardę, gimimo datą, šeimos gydytoją, kortelės pildymo pradžios datą.

10. Vidinėje viršelio pusėje nurodo asmens kodą, gyvenamąją vietą, kontaktinius duomenis, kuriuos nurodo asmuo ar jo atstovai. Kitus pagrindinės formos lapus pildo asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiantys specialistai.

11. Už titulinio lapo užpildymo kokybę atsako pildęs asmuo, kontrolę atlieka Dainų PSPC direktoriaus paskirtas asmuo.

12. Pacientų, turinčių specialiųjų poreikių, įskaitant kultūrinius ir kalbos ypatumus, sutrikusį regėjimą ir klausą, fizinę ir kognityvinę negalią, popierinių sveikatos istorijų viršelio vidinėje pusėje ir elektroninėje kortelėje, tam skirtame laukelyje įrašomos raidės:

12.1. R – jei sutrikusi kliento/paciento rega;

12.2. K – jei sutrikusi kliento/paciento kalba;

12.3. Kl – jei sutrikusi kliento/paciento klausą;

12.4. F – esant fizinei negaliai;

12.5. P – esant pažintinei (kognityvinei) negaliai;

12.6. KK – esant kalbiniams – kultūriniais ypatumams;

12.7. V – jei reikalingas vertėjas (skliaustuose nurodoma kalba, kuria kalba klientas/pacientas);

12.8. Pal – jei reikalinga palyda (trečiųjų asmenų dalyvavimas).

13. Gydytojas ar kitas sveikatos priežiūros specialistas įrašo paciento nusiskundimus, anamnezę, atlieka bendrą ir specialiąją paciento apžiūrą, aprašo objektyvią būklę, nustato diagnozę, sudaro tyrimų, reikiamų konsultacijų planą ir numato gydymo taktiką.

14. Kai yra galimybė Dainų PSPC rinktis taikomus diagnostikos ir gydymo metodus, pacientas apie tai informuojamas ir jo pasirinkimas patvirtinamas paciento parašu ambulatorinėje kortelėje (pacientas pasirašo po gydytojo sudarytu planu).

15. Bendrosios praktikos slaugytojas atlieka šeimos gydytojo paskyrimus, informuoja pacientą kaip saugoti ir gerinti sveikatą, duoda patarimus propaguojant sveiką gyvenimą, ligų profilaktikos ir sveikatos saugojimo priemones, užpildo reikiamas statistines formas tyrimams ir konsultacijoms. Prieš tyrimus ir intervencijas gydytojas informuoja pacientą apie indikacijas ir galimas komplikacijas. Tyrimai ir intervencijos atliekami tik gavus rašytinį paciento sutikimą.

16. Įvertinus paciento būklę, gydytojas užpildo „Asmens sveikatos istoriją“ F/E Nr. 025/a, „Vaiko sveikatos raidos istoriją“ F/E Nr. 025-12/a ar Nėščiosios, gimdyvės ir naujagimio kortelę“ F/E Nr. 025-113/a, kuri pildoma Dainų PSPC informacinėje sistemoje (toliau – IS), turinčioje integraciją su ESPBI IS, taip pat įrašai atspausdinami ir įklijuojami į popierinę kortelę arba įrašomi ranka.

17. Šeimos gydytojas įvertina atliktų tyrimų rezultatus, diagnostines procedūras. Medicininuose dokumentuose fiksuoja nustatytą ar preliminarią diagnozę. Esant reikalui, papildomai paskiria papildomus tyrimus, koreguoja paskirtą gydymą.

18. Pasirašytinai supažindina pacientą su paskirtu gydymo planu ar jo korekcijomis.

19. Šeimos gydytojas išrašo vaistus (kompensuojamus arba ne) ar medicinos pagalbos priemones. Informuoja pacientą, nuo kada įsigalioja kompensuojamojo vaisto receptas.

20. Apie kompensuojamųjų vaistų ir/ar medicinos pagalbos priemonių skyrimą gydytojas atžymi asmens sveikatos istorijoje F/E Nr. 025/a: išrašyto vaisto pavadinimą, stiprumą, dozuotę,

kiekį, vartojimo dažnumą, jei skiriama daugiau kaip mėnesiui – nurodoma gydymo trukmė, 3 formos blanko seriją ir numerį bei recepto galiojimo pradžią.

21. Šeimos gydytojas, esant indikacijoms, tikslinant diagnozę ar/ir esant neefektyviam gydymui išrašo siuntimą F E/Nr. 027/a „Medicinos dokumentų išrašas/siuntimas“ gydytojo specialisto konsultacijai arba stacionariniam gydymui ir šį faktą atžymi paciento asmens sveikatos istorijoje.

22. Formoje E/Nr. 027/a „Medicinos dokumentų išrašas/siuntimas“ turi būti nurodyta Dainų PSPC kodas, adresas, telefono numeris, išdavimo data, siuntimo tikslas ir kokiam specialistui siunčiama, paciento duomenys (vardas, pavardė, gimimo data, gyvenamoji vieta), ligos diagnozė ir/ar ligos kodas pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“ (toliau – TLK-10), paciento nusiskundimai, ligos anamnezė, eiga, atliktų tyrimų rezultatai, konsultavusių specialistų išvados ir datos, taikytas gydymas ir jo efektyvumas. Siuntimą pasirašo siunčiantis gydytojas.

23. Forma E 027/a „Medicinos dokumentų išrašas/siuntimas“ pildoma ESPBI IS tiesiogiai ar per Dainų PSPC IS, turinčią integraciją su ESPBI IS.

24. Esant indikacijoms šeimos gydytojas išduoda pacientui nedarbingumo pažymėjimą. Pažymėjimas išduodamas Sodros posistemėje „Elektroninių pažymėjimų tvarkymo sistema“. Šis faktas atžymimas asmens sveikatos istorijoje F/E Nr. 025/a, įrašant laikino nedarbingumo pažymėjimo numerį, laiką nuo kada iki kada pacientas laikinai nedarbingas, dienų skaičių, paskirto atvykimo datą, pasirašytinai supažindina su laikino nedarbingumo taisyklėmis.

25. Šeimos gydytojas, esant reikalui, skiria pakartotinį apsilankymą. Pakartotinio apsilankymo metu asmens sveikatos istorijoje atžymi, paciento sveikatos būklės pokyčius. Užpildo galutinių patikslintų diagnozių lapą.

26. Esant neaiškiai diagnozei ar ilgam nedarbingumo laikui bei darbingumo netekimo reiškiniams ar baigiantis darbingumo netekimo terminui, gydytojas pildo F Nr. 088/a. Paciento prašymas ir siuntimo kopija įklijuojami į asmens sveikatos istoriją.

27. Baigus gydymo, nėsčiosios sekimo, profilaktinio sveikatos tikrinimo epizodus, šeimos gydytojas pilnai užpildo ir sutvarko F/E Nr. 025/a, F/E Nr. 025-111/a, F/E Nr. 113/a, F/E Nr. 025-112/a bei fiksuoja epizodo užbaigimo duomenis.

28. Paciento asmens sveikatos istorijoje įrašoma visa pacientui parengta dokumentacija: išrašas iš medicininių dokumentų, F Nr. 027/a ar epikrizė, nedarbingumo pažymėjimas, medicininė pažyma dėl neatvykimo į darbą, darbo biržą ar ugdymo instituciją, siuntimas į neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ar pažyma dėl traumos sunkumo.

29. Įrašuose privaloma įvertinti tyrimų rezultatus, motyvuoti gydymo pakeitimą, kompensuojamųjų ir stipriai veikiančių medikamentų skyrimą.

30. Jeigu pacientas atsisako gydymo, sveikatos istorijoje savo atsisakymą turi patvirtinti parašu.

31. Paciento mirties namuose atveju, pildant ir išduodant „Medicininį mirties liudijimą“ F E/Nr. 106/a. per 1 mėn. po paciento mirties šeimos gydytojas surašo pomirtinę epikrizę ir bendrosios praktikos slaugytojas F 025/a atiduoda į Dainų PSPC archyvą.

III. SKYRIUS

ĮRAŠŲ MEDICININIUOSE DOKUMENTUOSE ATLIKIMAS IR TVIRTINIMAS

32. Įrašai medicininiuose dokumentuose rašomi lietuvių ir lotynų kalba.

33. Įrašai medicininiuose dokumentuose atliekami eilės tvarka, įdėtiniai lapai numeruojami, įrašai turi būti neutralūs, objektyvūs, aiškūs ir įskaitomi. Popierinių sveikatos istorijų puslapiai numeruojami pagal teisės aktų reikalavimus: visi įrašai daromi chronologine tvarka, o tyrimų lapai klijuojami asmens sveikatos istorijos gale atvirkštine chronologine tvarka.

34. Medicininiuose dokumentuose privalo būti šie įrašai:

34.1. konsultacijos data;

34.2. konsultacijos priežastis;

34.3. svarbūs klinikiniai radiniai;

34.4. diagnozė ir vertinimas. Nustatant ligos diagnozę, vadovaujamosi TLK-10 sisteminiu ligų sąrašu;

- 34.5. rekomenduojamas priežiūros/gydymo planas ir, kur tinka, numatoma pakartotina apžiūra;
- 34.6. pacientui išrašyti vaistai (įskaitant pavadinimą, stiprumą, vartojimo nurodymus/dozės dažnį, kiek kartų kartoti ir datą, kada vaistas pradėtas vartoti, baigtas/pakeistas);
- 34.7. einamieji ir ilgalaikiai vaistai;
- 34.8. maisto papildai ar alternatyvios medicinos preparatai, kuriuos naudoja pacientas;
- 34.9. pažymima galimų nepageidaujamų reakcijų rizika, įrašant nustatytas alergijas vaistams, galimą sąveiką su kitais vaistais ir pan.
- 34.10. svarbūs prevencijos veiksmai, kurių imtasi;
- 34.11. siuntimas kitiems sveikatos priežiūros specialistams ar į kitas sveikatos priežiūros įstaigas;
- 34.12. paskirti tyrimai;
- 34.13. pacientui suteikta sveikatos informacija, įskaitant pranešimus apie iškvietimus, tyrimų rezultatai, siuntimai ir kiti kontaktai;
- 34.14. trumpos intervencijos;
- 34.15. sekimo planas;
- 34.16. konsultaciją atlikusio asmens identifikacija (vardas ir pavardė ar spaudas) ir parašas (elektroninėse medicininėse istorijose – elektroninis parašas).

Į paciento sveikatos istoriją taip pat įrašoma informacija apie suteiktas nuotolineis sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat ir apie kitus telefoninius pokalbius (su pacientu, jo artimaisiais ar su kitais sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais), turinčius tiesioginį poveikį paciento sveikatos priežiūrai.

35. Informacija apie suteiktą paslaugą (konsultaciją) į sveikatos istoriją įrašoma konsultacijos metu ar iš karto gavus svarbią informaciją (pvz.) užsakytų tyrimų rezultatus).

Įrašuose gali būti naudojami tik visuotinai priimti sutrumpinimai, negalima naudoti kitokių sutrumpinimų, kurie gali būti neteisingai suprasti.

36. Pacientui teikiant nuotolinę gydytojo konsultaciją, paskiriant vaistus, keičiant gydymą ir kitais atvejais, gydytojas gauna iš paciento žodinį sutikimą, informuoja pacientą apie galimus šalutinius poveikius, reakcijas.

37. Jeigu pildant elektroninę sveikatos istoriją įvyksta IS sutrikimai, informacija apie konsultaciją įvedama kiek galima anksčiau, kai tik atsistato prieinamumas prie sveikatos istorijos.

38. Medicinos dokumentuose padarytas įrašas jokių būdu negali būti ištrintas. Elektroninėse paciento istorijose įrašas taisomas padarant naują įrašą ir patvirtinant elektroniniu parašu. Atliktus taisymus popieriniuose medicininuose dokumentuose būtina patvirtinti jų pagrįstumą parašu ir asmeniniu spaudu, įrašant žodžius „Taisymas“. Papildymas ir/ar vėlesnis įrašas į medicininis dokumentus daromas kaip atskiras įrašas, jo negalima įterpti tarp kitų įrašų.

39. Kai ambulatorinėje kortelėje susikaupia daug įrašų, galima atlikti kortelės ploninimą. Jo metu yra užvedama nauja ambulatorinė kortelė „Asmens sveikatos istorija“ F Nr. 025/a, į kurią yra perkeliama paskutiniųjų dvejų metų medicininiai įrašai bei supildoma etapinė epikrizė, į kurią surašomi svarbiausi paciento sveikatos duomenys. Abi kortelės laikomos prie kitų ambulatorinių kortelių.

40. Kiekvienam pacientui Dainų PSPC pildoma viena F Nr. 025/a, nežiūrint ar jis gydosi pas vieną ar keletą gydytojų, išskyrus odontologijos kabinetą (F Nr. 025-043/a) ir psichinės sveikatos paslaugas, kur pildomos atskiros formos. Įrašuose turi būti nurodoma įrašo data ir laikas.

41. Medicininuose dokumentuose turi būti pakankamai informacijos: asmeniui, atlikusiam įrašus identifikuoti, pacientui identifikuoti, tyrimams pagrįsti, sveikatos būklei įvertinti prieš gydymą, paskirtoms gydymo priemonės pateisinti, gydymo rezultatams nustatyti.

42. Įrašus medicininuose dokumentuose medicinos darbuotojai tvirtina parašu ir asmeniniu spaudu.

43. F 025/a grupuojamos pagal asmens pavardę/unikalų numerį/amžiaus grupes ir saugomos registratūroje/archyve.

IV. SKYRIUS

PAŽYMŲ NR. 094/A IR NR. 094-1/A IŠDAVIMAS

44. Pažymos forma Nr. 094/a – „Medicininė pažyma dėl neatvykimo į darbą, Užimtumo tarnybą prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos“.

45. Pažymos forma Nr. 094-1/a – „Medicininė pažyma dėl neatvykimo į ikiteisminio tyrimo įstaigą, prokuratūrą, teismą“.

46. Pažymos išduodamos paciento prašymu.

47. Medicininių pažymų F Nr. 094-1/a išdavimas nesiejamas su laikinojo nedarbingumo netekimu bei nedarbingumo pažymėjimo išdavimu, kadangi laikinojo nedarbingumo netekimas gali būti dėl įvairių priežasčių, kurios gali būti kliūtimi pacientui dalyvauti teismo posėdyje ar atvykti į ikiteisminio tyrimo įstaigą, prokuratūrą ar karo prievolę administruojančią krašto apsaugos sistemos instituciją.

48. Medicinines pažymos F Nr. 094-1/a išduodamos konkrečiam teismo posėdžiui, konkrečiai dienai ir pan., tai nurodyti paciento medicinos dokumentuose.

49. Medicininių pažymų F Nr. 094-1/a galiojimo terminas iki 3 dienų.

50. Medicininė pažyma neišduodama atgaline data.

51. Medicinines pažymas Nr. 094/a ir Nr. 094-1/a išduoda šeimos gydytojas.

52. Pažyma Nr. 094-1/a pacientui išduodama, jeigu paciento apžiūros metu yra nustatoma, kad pacientas dėl savo sveikatos būklės (pooperacinis periodas, lūžiai, traumos ir kt.) ar ligos sunkumo negalės nuvykti, tinkamai save atstovauti ikiteisminio tyrimo įstaigoje, prokuratūroje, teisme ar karo prievolę administruojančioje krašto apsaugos sistemos institucijoje.

53. Pažymų išdavimo faktai įrašomi į paciento asmens sveikatos istoriją F/E Nr. 025/a.

54. Gydytojai, išduodami elektroninius nedarbingumo pažymėjimus ir medicinines pažymas (forma Nr. 094/a) nustatytais atvejais, asmens medicinos dokumentuose įrašo informaciją, kuria pagrindžia elektroninių nedarbingumo pažymėjimų ir medicininių pažymų (forma Nr. 094/a) išdavimą (asmens kreipimosi į Dainų PSPC faktą, datą ir laiką, patvirtinimą, kad gauta Pažyma, nurodant Pažymos išdavimo datą ir numerį, joje nurodytas asmens privalomos izoliacijos laikotarpio pradžios ir pabaigos kalendorines datas, asmens patvirtinimą, kad jam dėl darbo organizavimo ypatumų nėra galimybės sulygto darbo dirbti nuotoliniu būdu ar jam darbdavys nepaskelbė prastovos Darbo kodekso 47 straipsnio 1 dalies 2 punkte nustatytu atveju (tvarkos aprašo 2 ir 10 punktuose nurodytais atvejais), arba informaciją apie švietimo įstaigą, kurioje ugdomas vaikas ar neįgalus asmuo, ar nestacionarių socialinių paslaugų įstaigą (dienos centrą), kurios veikla sustabdyta ir kt.).

55. Asmens medicinos dokumentuose nurodomos asmeniui pateiktos gydymo ir (ar) priežiūros rekomendacijos, režimas, išduoto elektroninio nedarbingumo pažymėjimo ar medicininės pažymos (forma Nr. 094/a) serija ir numeris.

56. Jei elektroninis nedarbingumo pažymėjimas išduodamas vaikui, neįgaliam asmeniui, asmeniui su negalia ar pensinį amžių sukakusiam asmeniui prižiūrėti, prižiūrimo asmens medicinos dokumentuose turi būti nurodytos minėtiems asmenims pateiktos gydymo ir (ar) priežiūros rekomendacijos, režimas, išduoto elektroninio nedarbingumo pažymėjimo serija ir numeris, prižiūrimo asmens arba vaiko duomenys, švietimo įstaigos, kurioje ugdomas vaikas ar neįgalus asmuo, ar nestacionarių socialinių paslaugų įstaigos (dienos centro), kurioje (kuriame) asmeniui su negalia ar pensinį amžių sukakusiam asmeniui buvo teikiama dienos ar trumpalaikė socialinė globa, pavadinimas.

V SKYRIUS

PACIENTO SVEIKATOS ISTORIJŲ SAUGOJIMAS

57. Visos popierinės pacientų sveikatos istorijos laikomos registratūroje lentynose ir nėra prieinamos pašaliniams asmenims, jomis gali naudotis šeimos gydytojo komandos nariai, kai reikia. Sveikatos istorijos be priežiūros nepaliekamos ant stalo ar lentynų, kopijavimo įrenginių ir kitų vietų, kur jas galėtų pamatyti pašaliniai asmenys. Registratūra, kabinetai ar kitos saugojimo vietos rakinamos po darbo valandų ar kai jose nėra darbuotojų. Popierinės pacientų sveikatos istorijos negali

būti išnešamos iš Dainų PSPC, išskyrus tuos atvejus, kai prie Dainų PSPC prisirašęs pacientas pereina gydytis į kitą įstaigą.

58. Nesilankančių pacientų popierinės sveikatos istorijos saugomos archyvo patalpoje, kurią prižiūri atsakingas asmuo.

59. Šeimos gydytojams pacientų popierines pacientų sveikatos istorijas atneša kartu su jais dirbančios slaugytojos. Pabaigus darbą slaugytojos privalo visas popierines sveikatos istorijas gražinti į registratūrą. Kopijuoti pacientų sveikatos istorijas (įskaitant kopijavimą į išorines duomenų laikmenas) ar daryti išrašus leidžiama tik Dainų PSPC nustatyta tvarka.

V. SKYRIUS PACIENTO MEDICININĖS DOKUMENTACIJOS SUNAIKINIMAS

60. Medicininių dokumentų saugojimo terminai nustatomi vadovaujantis 1999 metų lapkričio 29 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos, apskaitos ir atskaitomybės tvarkos”.

61. Kiekvienais metais (1 kartą metuose) vykdomas medicininių dokumentų, kurių saugojimo terminai baigėsi, nurašymas ir sunaikinimas, vadovaujantis Lietuvos vyriausiojo archyvaro 2011 m. liepos 4 d. įsakymu Nr. V-118 „Dėl dokumentų tvarkymo ir apskaitos taisyklių patvirtinimo“.

VI. SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

62. Šio tvarkos aprašo originalas saugomas Dainų PSPC administracijoje, elektroninė kopija – pas vidaus medicinos auditorių.

63. Asmenys, pažeidę šio tvarkos aprašo reikalavimus, atsako teisės aktų nustatyta tvarka.

64. Šis aprašas peržiūrimas periodiškai (1 kartą per metus) arba įsigaliojus naujiems teisės aktams, reglamentuojantiems tvarkoje aprašomus procesus. Keitimus atlieka aprašo rengėjas.

Dokumentas konfidencialus,
dauginti be Administracijos leidimo draudžiama

Parengė:
Vidaus medicinos auditorė
Živilė Židelevičiūtė
2023-11-03