

Załącznik nr 27 do Regulaminu Organizacyjnego Zespołu Opieki Zdrowotnej

REGULAMIN SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO

I. CHARAKTERYSTYKA ODDZIAŁU

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) jest podstawową komórką organizacyjną podmiotu leczniczego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczycie.
2. SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
3. W oddziale prowadzona segregacja medyczna (triage) , w przebiegu której bezpośrednio po przybyciu do oddziału stan zdrowia chorych jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z kategorii pilności (kategorii triage'owej); nadana kategoria pilności określa maksymalny przewidywany czas oczekiwania pacjenta na pierwszy kontakt z lekarzem.
4. Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:
 - ordynator oddziału
 - pielęgniarka oddziałowa
 - lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności (kategoriach triage'owych), przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu;
 - pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału,
 - rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności.
5. W czasie nieobecności lekarza kierującego oddziałem/ordynatora oddziału personel oddziału, podlega wyznaczonemu zastępcy lub bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, a poza godzinami zwykłej ordynacji lekarzowi wyznaczonemu w grafiku jako starszy lekarz dyżuru.
6. Personel oddziału wykonuje czynności określone w zakresie obowiązków dla poszczególnych stanowisk pracy.
7. Lekarz dyżurny oddziału nawiązuje pierwszy kontakt z pacjentem nie później niż w czasie określonym kategorią pilności przyznana pacjentowi
8. Po zbadaniu pacjenta lekarz dyżurny oddziału :
 - udziela świadczeń zdrowotnych w oddziale;
 - kieruje pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala ZOZ w Szczycie;

- potwierdza lub wystawia skierowanie z oddziału na leczenie w innym szpitalu;
- wystawia zlecenie na transport międzyszpitalny
- wystawia zlecenie na lotniczy transport sanitarny.

9. Praca w SOR trwa całą dobę i jest zabezpieczona zarówno przez personel oddziału ratunkowego, jak również przez personel innych oddziałów szpitala, oraz przez personel nocnej i świątecznej opieki lekarskiej w godzinach ich pracy.

10. Specjalistyczne czynności lekarskie w obszarze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego u pacjentów zgłaszających się z nieplanowym skierowaniem lekarskim (tj. bez uprzednio ustalonego terminu przyjęcia) do:

- a. Oddziału Chirurgii Ogólnej z pododdziałem urazowo- ortopedycznym,
- b. Oddziału Chorób Wewnętrznych z pododdziałem izolacyjno- diagnostycznym
- c. Oddziału Intensywnej Terapii,

wykonuje i zapewnia ich ciągłość personel lekarski Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

11. Kierownicy/ordynatorzy oddziałów wyznaczają lekarzy, których zadaniem jest udzielanie w SOR konsultacji w trybie pilnym (domyślnie lekarz dyżurny danego oddziału).
12. Wszyscy wyznaczeni lekarze, o których mowa w punkcie 10 i 11 tj. lekarze zatrudnieni w innych jednostkach organizacyjnych szpitala i/lub lekarze dyżurni tych oddziałów, pozostający w stałej gotowości w obszarze jednostek macierzystych, mają obowiązek niezwłocznego stawienia się w SOR na wezwanie pielęgniarki/ ratownika dyżurnego w szczególnych, pilnych przypadkach zagrażających życiu i zdrowia Pacjenta.
13. W szczególnych sytuacjach, w realizacji zadań wskazanych w punkcie 11 – na wniosek konsultującego specjalisty – uczestniczy również personel pielęgniarski oddziału docelowego (do którego pacjent jest skierowany).
14. Ocena lekarska i świadczenia medyczne pacjentów zgłaszających się do SOR w przypadkach ginekologicznych, pediatrycznych, neonatologicznych, przeprowadzane są w odpowiednich oddziałach szpitala po udzieleniu niezbędnej pierwszej pomocy przez personel SOR (o ile jest ona konieczna)

I. ZADANIA ODDZIAŁU

1. Podstawowym zadaniem oddziału jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nagłe zagrożenie zdrowotne rozumiane jest, jako szybko postępująca degradacja czynności życiowych pacjenta, zagrażająca śmiercią wczesną - czyli zaistniała w czasie od 0 do 6 godzin od chwili przybycia pacjenta do szpitala. Przerwanie mechanizmów śmierci wczesnej, już na progu szpitala i niezależnie od przyczyny jej zaistnienia, jest najważniejszym zadaniem SOR.

2. Pomoc medyczna w przypadkach wskazanych w punkcie 1 jest udzielana jest zarówno pacjentom przywiezionym do szpitala przez ambulanse ratunkowe, jak również przybyłym do szpitala samodzielnie.
3. Oddział współdziała z innymi jednostkami Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz służbami ratowniczymi w powiecie i w regionie
4. W przypadku zaistnienia konieczności pilnego przekazania pacjenta do oddziału ratunkowego wyższego stopnia, szpitala o wyższym stopniu referencyjności, innego szpitala specjalistycznego lub oddziału specjalistycznego znajdującego się w innym podmiocie leczniczym zadaniem oddziału jest przygotowanie pacjenta do dalszych etapów leczenia w odnośnej placówce i w razie potrzeby ustalenie rodzaju i organizacja transportu – adekwatnego do potrzeb.
5. SOR udziela również świadczeń diagnostycznych i leczniczych osobom stabilnym w rozumieniu czynności życiowych; poszkodowanym w wypadkach (bez względu na wiek), pacjentom dorosłym przybyłym z powodu nagłych zagrożeń pochodzenia wewnętrznego lub z powodu następstw zatrucia, wpływu czynników środowiskowych i/lub innych czynników zewnętrznych.
6. SOR pełni również dodatkowo funkcję izby przyjęć nagłych szpitala, gdzie prowadzona jest wstępna diagnostyka i wstępne leczenie również większości pacjentów zgłaszających się ze skierowaniami do hospitalizacji w trybie nagłym, bez ustalonego uprzednio terminu przyjęcia do szpitala.
7. Oddział ratunkowy nie pełni funkcji izby przyjęć planowych.
8. Oddział ratunkowy nie zastępuje poradni podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych ani oddziałów profilowych w realizacji ich statutowych zadań z

III. Struktura Oddziału z zadaniami:

1. Obszar segregacji medycznej i przyjęć
Zadania:
 - Prowadzenie segregacji medycznej indywidualnej pacjentów przybywających do SOR i zapewnienie sprawnej dystrybucji nowo przybywających pacjentów do poszczególnych obszarów zadaniowych SOR
 - Przyjmowanie pacjentów zgłaszających się do SOR
 - Zapewnienie szybkiego dotarcia osób w stanie ostrego zagrożenia zdrowia lub życia do właściwych obszarów oddziału;
 - Zapewnienie łączności ratunkowej
 - Przyjmowanie zgłoszeń i powiadamianie wyznaczonego personelu pozostającego w gotowości w obszarze szpitala,
 - Podejmowanie decyzji w sytuacjach nagłych,
 - Segregacja medyczna w zdarzeniach masowych i katastrofach,
 - Organizacja ewakuacji pacjenta zakwalifikowanego do leczenia w szpitalu o wyższym stopniu referencyjności,
 - Rejestracja przyjęć,
 - Informacja.
2. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy
Zadania:
 - Prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej,
 - Prowadzenie zaawansowanych medycznych czynności ratunkowych w stanach krytycznych
 - wykonywanie procedur klinicznych medycyny ratunkowej u chorych niestabilnych lub zagrożonych w rozumieniu czynności życiowych
 - leczenie wstrząsu i/lub niewydolności oddechowo-krążeniowej
 - Prowadzenie resuscytacji okolicznościowej i stabilizacja pacjentów przybyłych w następstwie zagrażających życiu urazów, zatruc i/lub wpływów środowiska zewnętrznego
 - Doraźne działania chirurgiczne u pacjentów wymagających niezwłocznej interwencji chirurgicznej,

- Wykonywanie wstępnego zakresu wczesnej diagnostyki i leczenia urazów.
3. Obszar wstępnej intensywnej terapii
Zadania:
 - Prowadzenie wstępnej, krótkotrwałej opieki poresuscytacyjnej
 - Monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych.
 - Wykonywanie wstępnej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych pacjentów niestabilnych,
 - Prowadzenie resuscytacji płynowej,
 - Leczenie bólu,
 - Wstępne leczenie zatruc
 4. Obszar terapii natychmiastowej
Zadania:
 - Zaopatrzenie chirurgiczne ran i drobnych urazów
 - Nastawianie złamań, repozycje zwichnięć stawowych oraz unieruchomienia gipsowe
 - Wykonywanie innych drobnych zabiegów chirurgicznych u chorych i poszkodowanych
 5. Obszar obserwacji
Zadania:
 - Obserwacja i diagnostyka pacjentów hospitalizowanych w SOR
 - Do obszaru obserwacji nie powinni trafiać pacjenci posiadający skierowanie do innego, określonego oddziału szpitala, z ustalonym terminem przyjęcia (przewidziani do planowanej hospitalizacji)
 - Obszar obserwacji nie prowadzi również zastępczej hospitalizacji pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego.
 6. Obszar konsultacyjny
Zadania:
 - Wstępne badania lekarskie chorych stabilnych w rozumieniu czynności życiowych
 - Badania pacjentów zgłaszających się do szpitala ze skierowaniem bez ustalonego terminu przyjęcia
 - Przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych
 7. Zaplecze administracyjno-gospodarcze oddziału
Zadania:
 - Archiwizacja dokumentacji obowiązującej w oddziale,
 - Gospodarka sprzętem i lekami.

IV. PRZYJĘCIE PACJENTA DO ODDZIAŁU

1. Każdy pacjent zgłaszający się do oddziału z powodu nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym pacjenci:
 - przetransportowani przez:
 - zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)
 - jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne
 - zespoły wyjazdowe zabezpieczające imprezy masowe

- lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze
- podmioty realizujące transport sanitarny na podstawie zlecenia lekarza albo felczera w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych
- zgłaszający się samodzielnie,

bezpośrednio po przybyciu jest poddawany wstępnej segregacji medycznej (tzw. triage). Segregacja medyczna pacjentów prowadzona jest zgodnie z obowiązującą w szpitalu procedurą, przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego; podlegają jej wszyscy pacjenci zgłaszający się do SOR bez skierowania, jak również przywieźeni przez systemowe karetki pogotowia ratunkowego. Segregacja medyczna polega na przeprowadzeniu wywiadu medycznego i ocenie stanu zdrowia osoby wstanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i zakwalifikowaniu tej osoby do jednej z 5 (pięciu) kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych, dalej zwanych „kategoriami pilności” lub „kategoriami Triage’u”. Kategorie pilności i czasy oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem są wywieszone na tablicach ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej i przyjęć. Jeżeli pacjent posiada skierowanie do SOR jest traktowany jako pacjent bez skierowania i podlega pełnej ocenie segregacyjnej. Pacjenci zgłaszający się samodzielnie do szpitala ze skierowaniami do innych oddziałów szpitala podlegają ocenie przesiewowej.

2. Pacjenci niestabilni (otrzymujący we wstępnej segregacji kategorię 1 (kolor czerwony) lub 2 (kolor pomarańczowy) przewożeni są natychmiast przez personel SOR do Sali Resuscytacyjno-Zabiegowej – jednocześnie wzywany jest lekarze SOR i/lub lekarz do którego kierowany jest pacjent oraz wdrażane są niezbędne medyczne czynności ratunkowe; równoczasowo odbywa się rejestracja; uzupełnienie dokumentacji segregacyjnej odbywa się później.
3. Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym (kategoria 4 pilności) lub niebieskim (kategoria 5 pilności) mogą być kierowane do miejsc udzielania świadczeń z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (Nocna i Świąteczna Opieka Lekarska).
4. Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym (kategoria 4 pilności) lub niebieskim (kategoria 5 pilności) do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej są podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala i wywieszone na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR.
5. Stabilni w rozumieniu czynności życiowych pacjenci niepełnoletni, zgłaszający się do oddziału z przyczyn niezwiązanych z urazem, po wykluczeniu konieczności wdrożenia natychmiastowych działań ratunkowych kierowani są do oddziału dziecięcego do pilnej oceny pediatrycznej i w razie stwierdzenia wskazań dalej hospitalizowani w tym oddziale.
6. Kobiety ciężarne w stanie stabilnych czynności życiowych kierowane są bezpośrednio do Izby Przyjęć Oddziału Ginekologiczno-Położniczego - do pilnej oceny ginekologicznej i w razie stwierdzenia wskazań dalej hospitalizowane w tym oddziale.
7. Pozostali stabilni pacjenci kierowani są do rejestracji SOR.
8. Od chorych zgłaszających się do szpitala wymaga się przedstawienia dowodu tożsamości, a osoba rejestrująca pacjenta zobowiązana jest do sprawdzenia ubezpieczenia pacjenta w systemach EWUŚ lub SERWUŚ.
9. Jeżeli systemy EWUŚ lub SERWUŚ przedstawiają brak ubezpieczenia pacjenta, a pacjent twierdzi, że jest ubezpieczony, osoba rejestrująca wypełnia oświadczenie pacjenta o jego ubezpieczeniu. W przypadku braku ubezpieczenia pacjent ponosi opłatę za pobyt w szpitalu.
10. W czasie rejestracji należy uzyskać wstępną zgodę pacjenta na hospitalizację; osoby które nie wyrażają zgody powinny wpisać oświadczenie woli odmowy hospitalizacji na dokumentacji szpitalnej.
11. W przypadku pacjentów zgłaszających się ze skierowaniami do innych oddziałów szpitala bez ustalonego terminu przyjęcia - po rejestracji wykonuje triage i jest traktowany jak pacjent Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i zaopatrywany przez personel SOR.

- w razie odmowy przyjęcia pacjenta do oddziału lekarz odmawiający przyjęcia jest zobowiązany osobiście dokonać konsultacji wypisowej pacjenta ze szpitala i ponosi osobiście wyłączną odpowiedzialność za skutek takiej decyzji.
12. Lekarze SOR badają każdego chorego przybyłego do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w czasie nie dłuższym niż określa „kategoria pilności” („kategoria Triage’u”) ustalona w czasie poprzedzającej badanie lekarskie indywidualnej segregacji medycznej pacjenta.
 13. Każdy zbadany przez lekarza w SOR pacjent powinien być przyjęty formalnie do hospitalizacji w SOR;
 - W sytuacji, w której triażysta wykonuje segregację medyczną w wyniku której ustalony zostaje priorytet 4 lub 5 pilności i podjęta jest decyzja o skierowaniu chorego do miejsca udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, znajdującego się w kompleksie szpitalnym również zakładana jest historia choroby SOR, a wpisów dokonuje lekarz dyżurny w podstawowej opiece zdrowotnej znajdującej się w kompleksie szpitalnym. Pacjent jest odprowadzany do komórki podstawowej opieki zdrowotnej przez personel średni lub niższy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
 15. Lekarz przyjmujący zobowiązany jest określić w języku polskim rozpoznanie wstępne oraz kod ICD10 schorzenia, przekazać ustalenia rejestratorce/sekretarce medycznej lub pielęgniarce dyżurnej SOR oraz polecić założenie Historii Choroby, wpisanie powyższych danych na pierwszą stronę Historii Choroby i sporządzenie wydruku; jeżeli lekarz podejmie taką decyzję powyższe czynności może wykonać osobiście.
 16. Pielęgniarka oddziału ratunkowego wypełnia obowiązujące formularze związane z przyjęciem; podstawową czynność dokumentacyjną personelu pielęgniarek SOR i ratowników medycznych stanowi uzyskanie od pacjenta pisemnego potwierdzenia zgody na hospitalizację na pierwszej stronie historii choroby- bezpośrednio po jej wydrukowaniu; inne czynności dokumentacyjne wykonywane są w następnej kolejności.
 17. W razie przyjęcia do szpitala pacjenta o nieznanym personaliu, należy powiadomić komendę policji i fakt ten odnotować w dokumentacji oddziału.
 18. Jeżeli przy badaniu chorego zachodzi podejrzenie, że uszkodzenie ciała czy choroba są następstwem działania przestępczego, lekarz dyżurny SOR zawiadamia komendę policji.
 19. Fakt powiadomienia policji należy odnotować w dokumentacji SOR, z podaniem daty, godziny i nazwiska osoby, która zgłoszenie przyjęła
 20. Do hospitalizacji w SOR nie należy przyjmować zwłok tzn. gdy zgon nastąpił przed przybyciem do szpitala.

V. OBOWIĄZKI ODDZIAŁU

1. Prowadzenie wstępnej, przesiewowej oceny stanu zdrowia wszystkich chorych zgłaszających się do szpitala- informacja o właściwych miejscach dalszej opieki medycznej w zależności od stanu pacjenta, nagłości schorzenia i stopnia zagrożenia.
2. Prowadzenie indywidualnej segregacji medycznej pacjentów (Triage) zgłaszających się z powodów nagłych zagrożeń zdrowia i życia w celu ustalenia priorytetu pilności otrzymania świadczenia lekarskiego w SOR (triage)
3. Nadzór pielęgniarsko-ratowniczy w czasie „okna triage’owego” (to jest w czasie przeprowadzania triage’u i w dalszym okresie aż do chwili zbadania pacjenta przez lekarza):
 - w tym okresie pacjenci pozostają na terenie oddziału pod opieką pielęgniarki , ratownika medycznego i w razie potrzeby poddawane są ponownej ocenie ich stanu klinicznego (Re-triage).
 - ocena stanu klinicznego (Re –triage) dokonywana jest nie rzadziej niż co 90 minut, a jej wyniki są odnotowywane w dokumentacji medycznej; w wyniku Re-triage możliwa jest zmiana kategorii

- udzielanie doraźnej pomocy medycznej przedlekarskiej – w tym również w zakresie farmakoterapii i medycznych czynności ratunkowych w zakresie zgodnym z ustawowymi uprawnieniami samodzielnych czynności ratowników medycznych i pielęgniarek SOR bez nadzoru lekarza
4. Badania lekarskie chorych zgłaszających się z powodów nagłych zagrożeń w czasie nie dłuższym niż określony kategorią pilności (kategoria triage'u)
 5. Wdrażanie niezbędnych działań ratunkowych i/lub wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w zakresie niezbędnym do stabilizacji czynności życiowych chorych i poszkodowanych.
 6. Prowadzenie segregacji medycznej w zdarzeniach mnogich i/lub katastrofach- zgodnie z wyodrębnioną procedurą postępowania
 7. Prowadzenie wstępnej działalności diagnostycznej i terapeutycznej u pacjentów hospitalizowanych w SOR oraz chorych zgłaszających się ze skierowaniem do szpitala.
 8. Przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych o ile są konieczne – niezbędne konsultacje specjalistyczne przeprowadzają lekarze dyżurni innych niż SOR oddziałów, wzywani do SOR na wniosek lekarza prowadzącego (lekarza dyżurnego SOR lub lekarza oddziału docelowego, do którego kierowany jest pacjent).
- **Konsultacje z zgłaszane z SOR w trybie pilnym winny być realizowane bez zbędnej zwłoki.**
9. Jeżeli uzyskanie konsultacji specjalistycznej w trybie pilnym okazuje się niemożliwe (brak wyznaczonego lekarza, brak kontaktu z wyznaczonym lekarzem itd.), a w ocenie lekarza dyżurnego SOR pacjent wymaga niezwłocznej hospitalizacji w określonym oddziale szpitala w Szczytnie – lekarz SOR ma prawo dokonać przyjęcia pacjenta do właściwego oddziału szpitala bez realizacji konsultacji lub bez względu na jej wynik; musi jednak istnieć pewność, że na oddziale do którego przeniesiono pacjenta w odnośnym trybie fizycznie znajduje się lekarz dyżurny; przekazanie pacjenta w takim trybie musi zostać uzasadnione w dokumentacji
 10. Jeżeli szpital nie dysponuje wolnymi łózkami lub właściwym – ze względu na charakter schorzenia – oddziałem szpitalnym, a chory wymaga hospitalizacji, lekarz prowadzący (udzielający świadczeń SOR) – o ile stan zdrowia chorego pozwala na transport – winien skierować pacjenta do właściwego szpitala.
 11. Jeżeli w chwili zgłoszenia się chorego do szpitala nie zachodzi konieczność hospitalizacji całodobowej ze wskazań nagłych, a istnieje potrzeba hospitalizacji planowej właściwy lekarz konsultujący (na wniosek lekarza zlecającego) ustala termin przyjęcia chorego do szpitala. Terminarz przyjęć planowych prowadzi oddział docelowy.
 12. Wszyscy lekarze udzielający świadczeń medycznych w SOR (zarówno lekarze konsultujący, jak również lekarze prowadzący z innych oddziałów zajmujący się w SOR chorymi ze skierowaniami do szpitala) są zobowiązani potwierdzać pieczęcią imienną i własnoręcznym podpisem wszystkie osobiście wykonywane lub zlecone czynności (zabiegów, zlecenia badań, zlecone terapii)- na Karcie zleceń SOR
 13. Zalecane jest również dokumentowanie w systemie komputerowym- w czasie rzeczywistym- wykonywanych i/lub zlecanych czynności/zabiegów/badań wg kodyfikacji ICD-9; jeżeli powyższe nie jest możliwe do wykonania – procedury są uzupełniane w systemie ex-post – przez sekretarki medyczne/pracowników statystyki medycznej po wypisie chorego z SOR.
 14. Jeżeli w trakcie badania chorego w SOR okaże się, że jest chory na chorobę zakaźną, lekarz dyżurny, udzielający świadczenia, kieruje pacjenta niezwłocznie do oddziału zakaźnego właściwego szpitala.
 15. W przypadku przyjęcia chorego psychicznie, lekarz dyżurny postępuje zgodnie z przepisami ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.
 16. W przypadku kierowania chorego z SOR do innego oddziału (przeniesienie do hospitalizacji całodobowej), lekarz prowadzący uzyskuje zgodę pacjenta na przyjęcie do szpitala. W przypadku

odmowy lekarz poucza chorego o mogących wystąpić skutkach, a okoliczności te odnotowuje w karcie informacyjnej hospitalizacji w SOR.

17. Po przyjęciu do szpitala, a przed umieszczeniem chorego w oddziale docelowym, należy chorego doprowadzić do wymaganego stanu higienicznego.
18. Chory przekazywany z SOR do hospitalizacji całodobowej lub przyjmowany na podstawie skierowania bezpośrednio do hospitalizacji całodobowej powinien oddać do magazynu odzieży odzież i obuwie, a rzeczy wartościowe osoba przyjmująca w magazynie powinna oddać do Depozytu Rzeczy Wartościowych.
19. Za zabezpieczenie chorego w czasie transportu na oddział docelowy odpowiada personel SOR i lekarz przejmujący od SOR opiekę nad chorym.

VI. CZAS POBYTU CHOREGO W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

1. **maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do innego oddziału szpitala w Szczytnie lub wypis do domu wynosi 48 godzin (czterdzieści osiem godzin)**
2. **maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego oddziału do którego kierowany jest pacjent decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział (przyjęciu do hospitalizacji całodobowej) lub wypisaniu do domu wynosi 4 godziny (cztery godziny)**
3. Czasu pobytu pacjenta w SOR nie jest ograniczony limitem jedynie w sytuacji kiedy pacjent jest kierowany na leczenie w innym szpitalu lub wystawiane jest zlecenie na lotniczy transport sanitarny.
4. Informacje, o których mowa w punkcie 1 podpunkt a i b są podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej ZOZ w Szczytnie i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR

VII. ZAPEWNIENIE KONTYNUACJI LECZENIA W SZPITALU CHORYCH W STANIE NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO KIEROWNYCH DO SZPITALA Z SOR

1. Dyrektor ZOZ w SZCZYTNIIE zapewnia w szpitalu w Szczytnie kontynuację leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych na leczenie z SOR
2. Pacjent kierowany z SOR do innego oddziału szpitala w Szczytnie (dla którego lekarz SOR wystawił formalne skierowanie do szpitala) od chwili wystawienia skierowania jest dalej traktowany w taki sam sposób jak każdy inny pacjent zgłaszający się ze skierowaniem do szpitala.
3. Po wystawieniu skierowania z SOR do szpitala w Szczytnie opiekę medyczną nad pacjentem przejmuje i organizuje w całości lekarz oddziału opieki całodobowej do którego pacjent został skierowany;
4. W razie odmowy przyjęcia do oddziału pacjenta skierowanego z SOR lekarz odmawiający przyjęcia jest zobowiązany osobiście dokonać wypisu pacjenta ze szpitala- w taki sam sposób jak ma to miejsce w przypadku każdego pacjenta zgłaszającego się ze skierowaniem - ponosi osobiście wyłączną odpowiedzialność za zorganizowanie dalszej opieki.
5. **Pacjent skierowany z SOR do innego oddziału szpitala NIE MOŻE być zwrotnie skierowany do dalszego pobytu w SOR – musi być albo przyjęty do oddziału docelowego w ciągu 4 godzin od wystawienia skierowania, albo wypisany w tym czasie do domu przez lekarza oddziału szpitala do którego został skierowany z SOR**

VIII. WYPIS Z ODDZIAŁU

1. Dla każdego wypisywanego z SOR, niezależnie od trybu wypisu lekarz prowadzący udzielający mu świadczenia medycznego w SOR wystawia **Kartę Informacyjną EDM**.

2. Kartę informacyjną EDM z pobytu/leczenia szpitalnego w SOR (wydruk komputerowy) wystawia się w trzech egzemplarzach, z czego dwie otrzymuje pacjent, natomiast jeden pozostaje w dokumentacji pacjenta w SOR.
3. W przypadku przenoszenia pacjenta z SOR do dalszej hospitalizacji całodobowej w innym oddziale szpitala, po wpisaniu przez lekarza prowadzącego epikryzy i rozpoznania ostatecznego – wystawia **Kartę Informacyjną EDM**, dopuszczalne jest przeprowadzenie dokończenia formalizacji przeniesienia w systemie komputerowym przez pracownika statystyki medycznej lub innego, upoważnionego przez lekarza, pracownika medycznego SOR; w takim przypadku lekarz prowadzący zobowiązany jest dokonać sprawdzenia poprawności sporządzonej dokumentacji i potwierdzenia poprawności swoją pieczęcią imienną i własnoręcznym podpisem
4. Chory nie zakwalifikowany do hospitalizacji całodobowej otrzymując kartę informacyjną i jest powiadamiany o możliwościach kontynuowania leczenia.
5. W razie zgonu chorego w SOR:
 - lekarz oddziału zawiadamia rodzinę,
 - Zwłoki należy oznakować i zawiadomić pracownika (prosektorium) o konieczności odebrania zwłok,
 - Lekarz wypełnia obowiązującą dokumentację, uregulowaną odrębnymi przepisami

IX. UWAGI OGÓLNE

1. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku oddziału wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z misją szpitala.
2. Personel oddziału jest zobowiązany do przestrzegania reżimu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami, standardami i instrukcjami.
3. Za wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik zatrudniony w oddziale.
4. Niniejszy Regulamin jest integralną częścią Regulaminu Organizacyjnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie.

Szczytno, 30 września 2022r

p.o. Z-cy Dyrektora
ds. leczenia
lek. Dominik Gorski
tel. 695 156 999

DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Szczytnie
Beata Kustrzewska

	Zarządzenie nr <u>7</u> z dnia 01.10.2022r. w sprawie regulaminu organizacyjnego szpitalnego oddziału ratunkowego	Na podstawie § 10 Statutu Zespołu Opieki Zdrowotnej
---	--	--

§ 1

Zarządzam wprowadzenie regulaminu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego stanowiącego załącznik nr 27 do regulaminu organizacyjnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczycie

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania i obowiązuje od 1 października 2022 r.

Otrzymują:

1. a/a
2. SOR

DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Szczycie
Beata Kostrzewa