

:

Zasady i forma prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej

Terminy i miejsce:

Program

1. Podstawy prawne dokumentowania działań medycznych.
2. Znaczenie dokumentacji medycznej dla bezpieczeństwa lekarza i pozostałych członków zespołów terapeutycznych.
3. Pojęcie "dokumentacja medyczna":
 - o ujęcie formalne
 - o zawartość merytoryczna
 - o znaczenie formalne definicji
4. Dokument medyczny:
 - o rodzaje
 - o zakres informacji
 - o forma, nośnik
 - o istniejący stan prawny a bezpieczeństwo prawne medyka (lekarza, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, itd) lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą
5. Dokumentacja medyczna śladem pacjenta w szpitalu, ambulatorium:
 - o etapy hospitalizacji lub terapii ambulatoryjnej
 - o tzw. przebiegi szpitalne - treść i częstotliwość wpisów
 - o ordynacja w trakcie hospitalizacji
 - o zalecenia dla pacjenta w ambulatorium
 - o dokumentacja zewnętrzna - karty informacyjne (treść), ordynacje lekowe i zalecenia dla pacjenta, skierowania
6. Dokumentacja zgody na działanie medyczne.
7. Okołooperacyjna karta kontrolna.
8. Oświadczenia pacjenta w dokumentacji medycznej - wymóg rozporządzenia a wymogi ustawy.
9. Elektroniczna dokumentacja medyczna.
10. Autoryzacja wpisów w dokumentacji medycznej.
11. Nadzór i przechowywanie dokumentacji medycznej.
12. Obowiązki PWDL jako administratora danych; kompetencje, wymagania kwalifikacyjne i tryb powołania ABI wg nowelizacji ustawy o ochronie danych osobowych; Polityka Bezpieczeństwa i Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym Służącym do Przetwarzania Danych Osobowych.
13. Udostępnianie dokumentacji medycznej - podmioty upoważnione do dostępu do dokumentacji i podmioty upoważnione do udostępniania dokumentacji medycznej, treść upoważnień, tryb i termin udostępniania, wysokość i rodzaje opłat.
14. Dokumentacja medyczna jako dowód w postępowaniach sądowych i przed komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

Kontakt w sprawie szkolenia: