UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 1
W LUBLINIE

# REGULAMIN ORGANIZACYJNY

UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO
NR 1 W LUBLINIE

(Tekst ujednolicony)

LUBLIN, PAŹDZIERNIK 2026 ROKU

| DZIAŁ | ROZDZIAŁ | TYTUŁ | STRONA |
|---|---|---|---|
| DZIAŁ I | POSTANOWIENIA OGÓLNE | | 2 - 32 |
| | ROZDZIAŁ I | Postanowienia ogólne | 2 - 19 |
| | ROZDZIAŁ II | Przebieg procesu udzielania świadczeń | 19 - 22 |
| | ROZDZIAŁ III | Procedury postępowania związane z hospitalizacją | 22 - 25 |
| | ROZDZIAŁ IV | Wspólne zadania i obowiązku kierowników komórek organizacyjnych | 25 - 27 |
| | ROZDZIAŁ V | System zastępstw | 28 |
| | ROZDZIAŁ VI | Obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników | 28 - 29 |
| | ROZDZIAŁ VII | Warunki współdziałania z innymi podmiotami w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania | 29 - 30 |
| | ROZDZIAŁ VIII | Udostępnianie dokumentacji medycznej | 30 |
| | ROZDZIAŁ IX | Prawa i obowiązki pacjenta | 30 - 31 |
| | ROZDZIAŁ X | Obowiązek Szpitala w razie śmierci pacjenta | 31 - 32 |
| DZIAŁ II | ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH | | 33 – 34 |
| DZIAŁ III | WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE | | 34 - 36 |
| DZIAŁ IV | ZADANIA I ORGANIZACJA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH | | 37 - 101 |

| ZAŁĄCZNIK: | TYTUŁ |
|---|---|
| Nr 1 | Karta Praw Pacjenta |
| Nr 2 | Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie |
| Nr 3 - 35 | Regulaminy wewnętrzne medycznych komórek organizacyjnych |
| Nr 36 - 85 | Cenniki świadczeń zdrowotnych i usług realizowanych w USK Nr 1 w Lublinie |

## Dział I
## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### Rozdział I
### POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Regulamin Organizacyjny Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie określa:
   1) nazwę podmiotu;
   2) cele i zadania podmiotu;
   3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu;
   4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
   5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
   6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
   7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek;
   8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą;
   9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej;
   10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
   11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny;
   12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;
   13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi.
2. Użyte w Regulaminie określenia oznaczają:

"Szpital" - Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie;
"Dyrektor" - Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie;
"Rada Społeczna" - Radę Społeczną Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.

### § 2

Misją Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na najwyższym poziomie i promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

### § 3

1. Podstawowym celem Szpitala jest wykonywanie działalności leczniczej w rodzajach:
   - stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: szpitalne;
   - ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Szpital wykonuje również działalność leczniczą polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

3. Szpital uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenia tych osób.
4. Szpital może uczestniczyć w badaniach klinicznych produktów leczniczych na podstawie umów zawartych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
5. Szpital może podejmować współpracę z krajowymi i zagranicznymi instytucjami ochrony zdrowia, kształcenia i doskonalenia kadr medycznych oraz organizacjami międzynarodowymi realizującymi zadania należące do zakresu działalności Szpitala.
6. Szpital może być członkiem instytucji i organizacji, o których mowa w ust. 5.
7. Szpital realizuje zadania z zakresu obronności wynikające z odrębnych przepisów prawa.

**§ 4**

Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących lokalizacjach Szpitala:

1. przy ul. Stanisława Staszica 16,
2. przy ul. Stanisława Staszica 11,
3. przy ul. Stanisława Staszica 14A,
4. przy ul. Radziwiłłowskiej 13,
5. przy ul. Chmielnej 1,
6. przy ul. Głuskiej 1,
7. przy ul. Mariana Langiewicza 6A,
8. przy al. Solidarności 8.

**§ 5**

Szpital może prowadzić działalność gospodarczą w zakresie określonym w Statucie.

**§ 6**

Zakładami leczniczymi podmiotu leczniczego są:

1. Lecznictwo Szpitalne USK Nr 1 w Lublinie wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne,
2. Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna USK Nr 1 w Lublinie wykonująca działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

**§ 7**

W ramach zakładu leczniczego Lecznictwo Szpitalne USK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Oddziały Szpitalne i Pracownie:
   1) Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego

a) Pracownia USG w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego
b) Pracownia Badań Czynnościowych Przełyku

2) Oddział Traumatologii
3) Oddział Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
   a) Pracownia USG Chirurgii Naczyniowej
   b) Pracownia Radiologii Zabiegowej
4) Oddział Chirurgii Onkologicznej
5) Oddział Chirurgii Piersi[1]
6) Oddział Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii i Geriatrii
   a) Pracownia Echokardiografii
7) Oddział Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
   a) Pracownia Badań USG w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
   b) Pracownia Kolposkopowa
8) Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży
   a) Pracownia USG i Badań Prenatalnych
9) Oddział Noworodków
10) Oddział Dermatologii i Wenerologii
11) Oddział Dermatologii Dziecięcej
   a) Pracownia Laseroterapii i Dermatochirurgii
   b) Pracownia Dermatologicznej Diagnostyki Obrazowej
   c) Pracownia Fizykoterapii i Terapii Fotodynamicznej
   d) Pracownia Chorób Alergicznych Skóry
12) Oddział Okulistyki z Pododdziałem A
13) Oddział Okulistyki Dziecięcej
14) Oddział Okulistyki z Pododdziałem B
   a) Pracownia Angiografii Narządu Wzroku
15) Oddział Okulistyki z Pododdziałem C
16) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
17) Oddział Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży
18) Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Osobowości
19) Oddział Dzienny Psychiatryczny
20) Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Młodzieży
21) Oddział Ogólnopsychiatryczny I
22) Oddział Ogólnopsychiatryczny II
23) Oddział Sądowo-Psychiatryczny
24) Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
25) Oddział Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii
   a) Pracownia Aferez i Manipulacji Komórkowych
26) Oddział Chorób Zakaźnych i Hepatologii
   a) Pracownia Immunologii

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

b) Pracownia Badań USG w Oddziale Chorób Zakaźnych i Hepatologii
c) Pracownia Badań Molekularnych

27) Oddział Onkologii Klinicznej
28) Oddział Chemioterapii Dziennej – Pododdział Onkologii Klinicznej
29) Oddział Radioterapii – Pododdział Onkologii Klinicznej
30) Bank Mleka Kobiecego
31) Szkoła Rodzenia
32) Bank Tkanek Oka
33) Zespół Leczenia Środowiskowego
34) Bank Komórek Krwiotwórczych

2. Zakłady i Pracownie:
   1) Zakład Radiologii Lekarskiej
      a) Pracownia Mammografii
      b) Pracownia Tomografii Komputerowej
      c) Pracownia USG w Zakładzie Radiologii Lekarskiej
      d) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej przy ul. Staszica 16
      e) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej przy al. Solidarności 8
      f) Pracownia Radiografii Cyfrowej
      g) Pracownia Pantomografii Cyfrowej
   2) Zakład Diagnostyki i Terapii Endoskopowej
   3) Zakład Radioterapii[2]
      a) Pracownia Teleradioterapii i Radioterapii Śródoperacyjnej
      b) Pracownia Brachyterapii
      c) Pracownia Fizyki Medycznej
   4) Zakład Diagnostyki Obrazowej
      a) Pracownia Rezonansu Magnetycznego nr 1 przy ul. Stanisława Staszica 11
      b) Pracownia Rezonansu Magnetycznego nr 2 przy al. Solidarności 8

3. Izby Przyjęć:
   1) Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza
   2) Izba Przyjęć Okulistyki
   3) Izba Przyjęć Psychiatrii
   4) Izba Przyjęć Chorób Zakaźnych
   5) Izba Przyjęć Szpitala
   6) Izba Przyjęć Ogólna przy al. Solidarności 8

4. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej
   1) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne
   2) Laboratorium Diagnostyki Molekularnej
   3) Punkt pobrań materiałów do badań przy ul. Staszica 16

[2] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

4) Punkt pobrań materiałów do badań przy ul. Langiewicza 6A
5) Pracownia Cytometrii Przepływowej i Cytomorfologii

5. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej
   1) Pracownia Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową

6. Pracownia Cytologii

7. Pracownia Patomorfologii

8. Dział Krwiolecznictwa
   1) Bank Krwi
   2) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej

9. Centralny Blok Operacyjny:
   1) Blok Operacyjny Oddziałów Zlokalizowanych przy Alei Solidarności 8
   2) Centralna Sterylizatornia

10. Przykliniczne Bloki Operacyjne:
    1) Blok Operacyjny Chirurgii Onkologicznej
    2) Blok Operacyjny Okulistyki
    3) Blok Operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego

11. Apteka Szpitalna[3]
    1) Dział Rozliczeń Aptecznych
    2) Dział Leków Gotowych i Recepturowych
    3) Dział Wyrobów Medycznych
    4) Dział Analiz Farmacji Klinicznej
    5) Pracownia Płynów do Żywienia Pozajelitowego
    6) Pracownia Cytostatyków.

**§ 8**

W ramach zakładu leczniczego Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna USK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna:
   1) Poradnia Endokrynologiczna
   2) Poradnia Kardiologiczna
   3) Poradnia Chirurgiczna
   4) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgicznej
   5) Poradnia Chirurgii Urazowej

[3]zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

6) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgicznej Urazowej
7) Poradnia Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
8) Poradnia Ginekologiczna z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej
9) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Ginekologicznej z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej
10) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
11) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Ginekologiczno-Położniczej
12) Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
13) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
14) Poradnia Hematoonkologii
15) Poradnia Transplantacji Szpiku
16) Poradnia Chorób Zakaźnych
17) Poradnia Diagnostyczno-Lecznicza
18) Poradnia Dermatologiczna
19) Poradnia Hepatologiczna
20) Poradnia Neonatologiczna
21) Poradnia Preanestetyczna
22) Poradnia Genetyczna
23) Poradnia Chorób Wewnętrznych
24) Poradnia Zdrowia Kobiety[4]
25) Poradnia Laktacyjna
26) Poradnia Andrologiczna
27) Poradnia Kardiologii Dziecięcej
28) Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Zdrowia Kobiety[5]

**§ 9**

W ramach zakładu leczniczego Zespół Poradni Specjalistycznych i POZ USK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Poradnia Diabetologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
2. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
3. Poradnia Chirurgii Ogólnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
4. Poradnia Okulistyczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
5. Poradnia Otolaryngologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
6. Poradnia Neurologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
7. Poradnia Położniczo-Ginekologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
8. Poradnia Stomatologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
9. Poradnia Medycyny Pracy (przy ulicy Langiewicza 6A)
10. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
11. Pracownia USG (przy ulicy Langiewicza 6A)

[4] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.
[5] dodano na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.

12. Pracownia EKG (przy ulicy Langiewicza 6A)
13. Pracownia Fizjoterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
14. Pracownia Fizykoterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
15. Gabinet Pielęgniarki POZ (przy ulicy Langiewicza 6A)
16. Gabinet Położnej POZ (przy ulicy Langiewicza 6A)
17. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (przy ulicy Langiewicza 6A)
18. Punkt Szczepień (przy ulicy Langiewicza 6A)
19. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Okulistyki (przy ulicy Langiewicza 6A)
20. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Otolaryngologii (przy ulicy Langiewicza 6A)

**§ 10**

W ramach Przyklinicznej Przychodni Onkologicznej USK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Poradnia Onkologiczna i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13[6]
2. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13[7]
3. Poradnia Radioterapii
4. Poradnia Chirurgii Onkologicznej
5. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Onkologicznej
6. Poradnia Onkologiczna i Prehabilitacji przy ul. Staszica 16[8]
7. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Staszica 16[9]
8. Pracownia Badań USG przy ul. Radziwiłłowskiej 13
9. Poradnia Chirurgii Onkologicznej i Prehabilitacji
10. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Chirurgii Onkologicznej i Prehabilitacji

**§ 11**

W ramach Zespołu Poradni Psychiatrycznych USK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Poradnia Psychiatryczna
2. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
3. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych
4. Poradnia dla Osób z Autyzmem Dziecięcym[10]

[6] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[7] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[8] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[9] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[10] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

**§ 12**

W ramach Zespołu Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych USK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Szpitala:

1. Poradnia Okulistyki Ogólnej
2. Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Okulistyki Ogólnej
3. Oddział Okulistyki Jednego Dnia

**§ 13**

W Szpitalu działają następujące Zespoły i Komitety:

1. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych
2. Zespół ds. Analizy zgonów
3. Zespół ds. Monitorowania i Leczenia Bólu
4. Zespół ds. Monitorowania Jakości Podejmowanych Czynności Reanimacyjnych
5. Zakładowy Zespół ds. Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli (Zespół ds. HACCP)
6. Zespół ds. Promocji Zdrowia
7. Zespół Etyczny
8. Zespół Żywieniowy
9. Zespół ds. rozpatrywania skarg i wniosków
10. Zespół ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn
11. Komitet Terapeutyczny
12. Zespół ds. Antybiotykoterapii
13. Zespół Zarządzania Jakością
14. Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych
15. Komitet Transfuzjologiczny
16. Komisja analizująca skuteczność leczenia
17. Komisja ds. Nadzoru Nad Jakością Szkolenia Specjalizacyjnego
18. Komisja ds. orzekania o trwałym nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu
19. Rada Kliniczna
20. Komisja ds. analizy zdarzeń niepożądanych, jakie wystąpiły u pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w USK Nr 1 w Lublinie
21. Zespół ds. Oceny Przyjęć

**§ 14**

Na bazie Oddziałów Klinik Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, tj. Kliniki Okulistyki Ogólnej, Kliniki Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklistego oraz Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry wraz z podległymi im poradniami i Bankiem Tkanek Oka funkcjonuje PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA NARZĄDU WZROKU.

**§ 15**

Na bazie Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Chirurgii Chorób Piersi, Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Chemioterapii Dziennej – Pododdziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Radioterapii – Pododdziału Onkologii Klinicznej funkcjonuje: PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA NOWOTWORÓW.

**§ 16**

Na bazie Szpitalnego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii funkcjonuje: PONADREGIONALNY OŚRODEK POZAUSTROJOWEGO LECZENIA NIEWYDOLNOŚCI WIELONARZĄDOWEJ.

**§ 17**

Na bazie oddziałów Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku Uniwersytetu Medycznego w Lublinie funkcjonuje PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA OSTRYCH BIAŁACZEK.

**§ 18**

Na bazie Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii i Poradni Chirurgii Naczyniowej i Angiologii USK Nr 1 w Lublinie funkcjonuje PONADREGIONALNY OŚRODEK LECZENIA CHORÓB NACZYŃ.

**§ 19**

CENTRUM DIAGNOSTYKI KLINICZNEJ funkcjonuje na bazie:

1. „Medyczne Laboratorium Diagnostyczne” w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej
2. „Laboratorium Diagnostyki Molekularnej” w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej
3. „Pracownia Cytometrii Przepływowej i Cytomorfologii” w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej
4. „Pracowni USG i Badań Prenatalnych” w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży
5. „Laboratorium Molekularnego” w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży
6. „Pracowni Audioradiografii” w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży
7. „Pracowni Badań USG w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii”
8. „Pracowni Urodynamicznej” w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
9. „Pracowni Kolposkopowej” w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii
10. „Pracowni Immunologii” w Oddziale Chorób Zakaźnych
11. „Pracowni Badań USG w Oddziale Chorób Zakaźnych i Hepatologii”
12. „Pracowni Badań Molekularnych” w Oddziale Chorób Zakaźnych
13. „Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej” w Dziale Krwiolecznictwa
14. „Pracowni Patomorfologii”
15. „Pracowni Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową” w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej.

**§ 20**

Na bazie Oddziałów, Oddziałów Dziennych, Zespołu Leczenia Środowiskowego I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji i II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Poradni Psychiatrycznej funkcjonuje UNIWERSYTECKIE CENTRUM PSYCHIATRII I PSYCHIATRII ŚRODOWISKOWEJ.

**§ 21**

Na bazie Zakładu Radioterapii, Kliniki Chirurgii Onkologicznej, Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii, Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku, Kliniki Chorób Metabolicznych i Immunoonkologii oraz Centrum Diagnostyki Klinicznej funkcjonuje UNIWERSYTECKIE CENTRUM ONKOLOGII.

**§ 22**

Na bazie oddziałów Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży funkcjonuje CENTRUM ZDROWIA PROKREACYJNEGO.

**§ 22a[11]**

Na bazie miejsc pobytu dziennego Oddziału Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Oddziału Chirurgii Piersi, Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Traumatologii, Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej funkcjonuje Zespół Chirurgii Jednego Dnia.

**§ 22b[12]**

Na bazie oddziałów i pracowni Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, miejsc pobytu dziennego oddziałów Zespołu Chirurgii Jednego Dnia, Pracowni Patomorfologii, Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej, Poradni Dermatologicznej funkcjonuje Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Nowotworowych Skóry.

**§ 23**

Szczegółowe zasady funkcjonowania Komitetów i Zespołów regulują Zarządzenia Dyrektora Szpitala określające zasady ich pracy, skład osobowy i zadania.

**§ 24**

ZESPÓŁ KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

[11] dodano na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[12] dodano na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

1. Opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
2. Prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji zadań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Szpitala i Przewodniczącemu Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
3. Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
4. Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

## ZESPÓŁ DS. ANALIZY ZGONÓW

Do zadań Zespołu ds. analizy zgonów należy w szczególności:
1. Analiza zgonów w poszczególnych Klinikach,
2. Analiza zgonów okołozabiegowych w poszczególnych Klinikach,
3. Ocena wyników sekcji zwłok i ich porównanie z rozpoznaniem klinicznym,
4. Realizacja innych działań przewidzianych przepisami prawa.

Szczegółowy zakres prac na każdy rok ustala Zespół do dnia 15 grudnia roku poprzedniego, o czym informuje na piśmie Dyrektora.

## ZESPÓŁ DS. MONITOROWANIA I LECZENIA BÓLU

Do zadań Zespołu ds. Monitorowania i Leczenia Bólu należy:
1. Aktualizacja procedur monitorowania i leczenia bólu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, które uwzględniają identyfikację pacjentów z dolegliwościami bólowymi, prowadzenie oceny stopnia nasilenia dolegliwości bólowych zgodnie z przyjętą skalą uwzględniającą specyfikę pacjentów leczonych w USK Nr 1 w Lublinie, np. odpowiedniej do wieku i stanu intelektualnego pacjentów, pacjentów nieprzytomnych.
2. Analiza przestrzegania prawidłowych zasad monitorowania i leczenia bólu u pacjentów hospitalizowanych na podstawie dokumentacji indywidualnej pacjenta.
3. Ocena skuteczności podejmowanych działań leczenia bólu na podstawie analizy wyników pomiaru natężenia bólu i stosowanych terapii.
4. Konsultacja merytoryczna i współpraca z personelem medycznym oddziałów.
5. Wdrażanie wytycznych Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.
6. Okresowe szkolenia kadry medycznej USK Nr 1 w Lublinie.
7. Analiza skuteczności leczenia bólu w ocenie pacjentów (ankietyzacja).

## ZESPÓŁ DS. MONITOROWANIA JAKOŚCI PODEJMOWANYCH CZYNNOŚCI REANIMACYJNYCH

Do zadań Zespołu ds. monitorowania jakości podejmowanych czynności reanimacyjnych należy w szczególności:
1. Aktualizacja ogólnoszpitalnej procedury postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia w USK Nr 1 w Lublinie.

2. Wdrażanie wśród personelu Szpitala aktualnych wytycznych Polskiej Rady Resuscytacyjnej w zakresie czynności reanimacyjnych poprzez prowadzenie wewnątrzszpitalnych szkoleń minimum raz na 2 lata.
3. Przeprowadzenie 1 raz w roku kontroli zawartości zestawów resuscytacyjnych w Szpitalu.
4. Udział w dokonywaniu wyboru aparatury i leków do prowadzenia czynności resuscytacyjnych.
5. Analiza resuscytacji prowadzona 2 razy w roku, która obejmuje przynajmniej:
   1) liczbę interwencji,
   2) skuteczność interwencji,
   3) określenie przyczyny zatrzymania krążenia i oddychania,
   4) czas rozpoczęcia czynności resuscytacyjnych,
   5) zgodność postępowania z procedurą postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia,
   6) ocenę postępowania personelu uczestniczącego w resuscytacji w komórkach organizacyjnych Szpitala.
6. Opracowanie wniosków z przeprowadzonej analizy, które dotyczą:
   a) modyfikacji lub braku potrzeby zmiany procedury postępowania w stanach nagłego zagrożenia życia,
   b) dostępności i funkcjonalności leków, sprzętu i materiałów stosowanych w stanach zagrożenia życia,
   c) działań edukacyjnych.
7. Prezentowanie wniosków personelowi Szpitala.
8. Uczestniczenie w szkoleniach dotyczących czynności reanimacyjnych.

## ZAKŁADOWY ZESPÓŁ DS. SYSTEMU ANALIZY ZAGROŻEŃ I KRYTYCZNYCH PUNKTÓW KONTROLI (ZESPÓŁ ds. HACCP)

Do zadań Zespołu ds. Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli należy:
1. Opracowanie i wdrożenie systemu HACCP oraz nadzór nad jego dokumentowaniem,
2. Organizowanie szkoleń i przekazywanie załodze informacji i poleceń związanych z procesem wdrażania systemu HACCP,
3. Wykonywanie prac zgodnie z harmonogramem prac Zakładowego Zespołu ds. Systemu Analizy Zagrożeń i Krytycznych Punktów Kontroli,
4. Organizacja i nadzór w zakresie przeprowadzania audytów wewnętrznych w Szpitalu.

## ZESPÓŁ DS. PROMOCJI ZDROWIA

Do zadań Zespołu ds. Promocji Zdrowia należy:
1. Opracowywanie planu pracy Zespołu w zakresie promocji zdrowia,
2. Propagowanie wśród pracowników, pacjentów i ich rodzin idei edukacji i promocji zdrowia,
3. Edukacja zdrowotna personelu, pacjentów i ich rodzin,
4. Szkolenie personelu w zakresie zasad, metod i technik edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia,
5. Ocena stopnia wdrażania i prowadzenia w oddziałach standardu „Przygotowanie pacjenta z cukrzycą do samoopieki i samopielęgnacji”,
6. Opracowanie i dystrybucja materiałów z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dla pacjentów i personelu Szpitala.

## ZESPÓŁ ETYCZNY

Do zadań Zespołu Etycznego należy:

1. Zdefiniowanie problemów etycznych, mogących wystąpić w Szpitalu w zakresie m.in.: zagadnień początku i końca życia, transplantologii, praw pacjentów „szczególnej troski", tj. dzieci, pacjentów psychiatrycznych, pacjentów nieprzytomnych, pacjentów w stanach terminalnych,
2. Pomoc w rozwiązywaniu dylematów natury etycznej pracownikom Szpitala, pacjentom, rodzinie pacjenta,
3. Szkolenie personelu z zakresu etyki, bioetyki, odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego,
4. Współpraca z innymi Komitetami i Zespołami działającymi na terenie Szpitala.

## ZESPÓŁ ŻYWIENIOWY[13]

Do zadań Zespołu Żywieniowego należy:

1. Opracowanie zasad leczenia żywieniowego dojelitowego;
2. Określenie schematów do odżywiania dojelitowego, m. in. :
   a) Sposobu założenia sondy, gastrostomii i jejunostomii;
   b) Sposobu potwierdzenia bezpiecznego założenia sondy lub gastrostomii;
   c) Sposobu podawania żywienia;
   d) Prowadzenia bilansu płynów, kalorii;
   e) Sposobu podawania leków enteralnych, w tym określenie listy leków, które nie mogą być kruszone lub otwierane w celu podania przez dostęp żywieniowy;
3. Opracowanie zasad leczenia żywieniowego pozajelitowego;
4. Określenie schematów odżywiania pozajelitowego, m. in.:
   a) Osób odpowiedzialnych za założenie linii centralnej;
   b) Miejsca i sposobu założenia linii centralnej, sposobu potwierdzenia prawidłowego założenia CVC;
   c) Sposobu i miejsca przygotowania żywienia;
   d) Opieki nad linią centralną;
   e) Prowadzenia bilansu płynów, kalorii;
5. Nadzorowanie terapii żywieniowych celem zmniejszenia liczby powikłań związanych z leczeniem żywieniowym;
6. Prowadzenie szkoleń dla personelu;
7. Udział w dokonywaniu wyboru preparatów i aparatury służącej do żywienia poza– i dojelitowego (np. możliwość uczestniczenia w pracach komisji przetargowych);
8. Opracowanie, dostosowanie i nadzorowanie dokumentowania żywienia poza – i dojelitowego z uwzględnieniem wymogów NFZ;
9. Uczestniczenie w szkoleniach dotyczących żywienia poza- i dojelitowego;
10. Monitorowanie wyników i powikłań dojelitowej i pozajelitowej terapii żywieniowej:
    a) powikłania mechaniczne:
    – zatkanie sondy, drenu;
    – nieprawidłowe ułożenie drenu (oskrzela, opłucna);

[13] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

- perforacja przewodu pokarmowego;
- wtórne przemieszczenie lub zapętlenie drenu;
- przypadkowe usunięcie drenu;
- krwawienie z miejsca wprowadzenia drenu;
- niedrożność mechaniczna jelit;

b) powikłania funkcjonalne przewodu pokarmowego w przypadku żywienia dojelitowego, np. biegunka, wymioty, zaparcia, zarzucanie i aspiracja diety, wzdęcia;

c) powikłania infekcyjne:

- zakażenie miejsca wprowadzenia drenu;
- zachłystowe zapalenie płuc;
- zapalenie nosogardzieli lub ucha środkowego;
- zapalenie otrzewnej;

d) powikłania metaboliczne:

- zaburzenia elektrolitowe;
- hiperglikemia;
- niedobór witamin;
- niedobór pierwiastków śladowych;
- zespół ponownego odżywienia;

e) powikłania związane z cewnikiem:

- mechaniczne (odma, uszkodzenie cewnika, krwiak, uszkodzenie tkanek i naczyń z podziałem na wczesne i późne);
- infekcyjne (miejscowe, uogólnione, zakażenia cewnika);
- metaboliczne.

11. Opracowanie zasad współdziałania poszczególnych oddziałów i Apteki Szpitalnej;
12. Okresowa ocena wyników i kosztów leczenia żywieniowego;
13. Wspieranie Zespołów Klinicznych w zakresie prowadzenia i analizowania terapii żywieniowych w Oddziałach."

## ZESPÓŁ DS. ROZPATRYWANIA SKARG I WNIOSKÓW

Do zadań Zespołu ds. Rozpatrywania Skarg i Wniosków należy:

1. Przyjmowanie skarg i wniosków przez Zespół, po ich uprzedniej dekretacji przez Kierownictwo Szpitala, ich kwalifikacja oraz ewidencjonowanie w odpowiednich rejestrach,
2. Przekazywanie skarg i wniosków do merytorycznego załatwienia właściwym komórkom organizacyjnym,
3. Przygotowywanie odpowiedzi na skargi,
4. Nadzór nad prawidłowym i terminowym załatwianiem skarg i wniosków,
5. Udzielanie pisemnych informacji o stanie załatwienia sprawy,
6. Sporządzanie rocznej analizy przyjmowania i załatwiania skarg, wniosków.

## ZESPÓŁ DS. PROFILAKTYKI I LECZENIA ODLEŻYN

Do zadań Zespołu ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn należy:

1. Koordynowanie procesu pielęgnacji i leczenia chorych z odleżynami hospitalizowanych w USK Nr 1 w Lublinie,
2. Doradztwo przy wyborze właściwego sposobu pielęgnowania i leczenia ran odleżynowych,

3. Aktualizowanie i weryfikowanie procedury zapobiegania i leczenia odleżyn obowiązującej w Szpitalu,
4. Opracowanie i aktualizowanie dokumentacji medycznej prowadzonej u pacjentów zagrożonych odleżynami i u pacjentów z odleżynami,
5. Monitorowanie stopnia zagrożenia odleżynami oraz występowania odleżyn u pacjentów hospitalizowanych w poszczególnych oddziałach,
6. Ocena skuteczności wdrożenia profilaktyki p/odleżynowej i terapii odleżyn oraz omówienie w oddziałach wyników oceny,
7. Organizowanie szkoleń i warsztatów dla personelu z zakresu profilaktyki p/odleżynowej i leczenia odleżyn,
8. Prowadzenie edukacji pacjentów i ich rodzin w zakresie profilaktyki i pielęgnacji odleżyn,
9. Współpraca z Pełnomocnikiem ds. Zarządzania Jakością w zakresie pozyskiwania informacji o zdarzeniach niepożądanych odnoszących się do odleżyn powstałych u pacjentów w trakcie hospitalizacji w oddziałach szpitalnych.

## KOMITET TERAPEUTYCZNY

Do zadań Komitetu Terapeutycznego należy w szczególności:

1. Kreowanie polityki dotyczącej leczenia w Szpitalu,
2. Tworzenie polityki stosowania produktów leczniczych oraz zasad prowadzenia racjonalnej gospodarki lekiem,
3. Stworzenie Szpitalnej Listy Leków (SLL),
4. Stworzenie Receptariusza Szpitalnego (zawierającego SLL) oraz jego aktualizacje nie rzadziej niż raz na rok,
5. Nadzór nad zgodnością zlecanych leków z Receptariuszem,
6. Monitorowanie terapii w oddziałach Szpitala – ocenia prawidłowość leczenia w danym oddziale,
7. Opracowywanie zaleceń dotyczących procedur diagnostyczno – terapeutycznych,
8. Tworzenie i kontrolowanie profilaktyki żylnej choroby zakrzepowo – zatorowej,
9. Wprowadzanie lub usuwanie leków z receptariusza,
10. Organizowanie szkoleń doskonalących dla kadry medycznej,
11. Nadzorowanie i ocenianie interakcji lekowych, zjawiska polipragmazji i polifarmacji na podstawie badania kart zleceń w dokumentacji pacjentów,
12. Współpraca z Zespołem ds. antybiotykoterapii,
13. Zbieranie i gromadzenie informacji z działań pracowników Apteki Szpitalnej dotyczących nadzoru nad lekami w Oddziałach.

## ZESPÓŁ DS. ANTYBIOTYKOTERAPII

Do zadań Zespołu ds. Antybiotykoterapii należy w szczególności:

1. Kierowanie szpitalną polityką antybiotykową w oparciu o krajowe zalecenia oraz lokalne dane dotyczące wrażliwości drobnoustrojów.
2. Opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu, opracowanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.

3. Opracowanie i aktualizacja szpitalnej listy leków przeciwdrobnoustrojowych – tryb ich zamawiania
   i zasady stosowania
4. Opracowanie wykazu leków przeciwdrobnoustrojowych zastrzeżonych do stosowania; wydzielenie grupy antybiotyków, których stosowanie wymaga dodatkowej autoryzacji oraz określenie zasad ich zlecania.
5. Prospektywny jakościowy monitoring stosowania antybiotyków.
6. Nadzór nad zużyciem antybiotyków w oparciu o analizy retrospektywne przygotowywane przez Aptekę Szpitalną.
7. Okresowa min. dwa razy w roku ocena antybiotykoterapii prowadzona w oparciu o analizę historii chorób na oddziałach.
8. Opracowanie zaleceń dotyczących terapii empirycznej i celowanej najczęściej leczonych zakażeń.
9. Opracowanie zaleceń dotyczących profilaktycznego stosowania antybiotyków
10. Monitorowanie ilości i zasadności zlecanych antybiotyków, opracowywanie wniosków i zaleceń oraz przekazanie ich do oddziałów.
11. Opracowanie zasad zlecania badań mikrobiologicznych oraz analiza właściwego wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej.
12. Wdrażanie programów szkoleniowych w zakresie racjonalnej antybiotykoterapii.
13. Współpraca z Komitetem Terapeutycznym, Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Apteką Szpitalną.

## ZESPÓŁ ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Do zadań Zespołu Zarządzania Jakością należy:

1. Udzielanie Kierownictwu Szpitala rad i informacji w sprawach zapewnienia jakości oraz promowanie idei jakości wśród wszystkich pracowników,
2. Koordynowanie przedsięwzięć sprzyjających zapewnieniu jakości,
3. Opracowywanie standardów i procedur dotyczących poprawy bezpieczeństwa pacjentów i pracowników oraz jakości świadczonych usług przez Szpital,
4. Systematyczne aktualizowanie standardów i procedur zgodnie z najnowszymi wytycznymi towarzystw naukowych,
5. Nadzór nad dokumentacją wytworzoną w celu utrzymania Certyfikatu Systemu Zarządzania Jakością oraz Certyfikatu Akredytacyjnego CMJ,
6. Monitorowanie jakości za pomocą kryteriów i standardów. Analiza zdarzeń związanych z hospitalizacją np. reoperacje, readmisje, powikłania pooperacyjne, przedłużone pobyty, odległe skutki zabiegów oraz analiza zdarzeń niepożądanych dotyczących pobytu pacjenta,
7. Formułowanie wniosków i zaleceń dotyczących poprawy jakości funkcjonowania usług zdrowotnych w USK Nr 1 w Lublinie na podstawie przeprowadzonych analiz,
8. Propagowanie wśród pacjentów idei oceny Szpitala poprzez wypełnianie ankiety „oceny jakości i satysfakcji z leczenia”, podejmowanie działań w przypadku negatywnych ocen,
9. Propagowanie wśród personelu znaczenia komunikacji wewnętrznej w przekazywaniu informacji służących poprawie jakości,

10. Doradzanie i opiniowanie w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w poszczególnych komórkach organizacyjnych – systematyczna kontrola zawartości i kompletności dokumentacji medycznej pacjentów,
11. Współpraca z Zespołami i Komitetami funkcjonującymi w USK Nr 1 w Lublinie w zakresie tworzenia programów działań na rzecz poprawy jakości,
12. Edukacja personelu w zakresie poprawy jakości kompleksowej opieki nad pacjentem,
13. Planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywna jej realizację; organizowanie spotkań Zespołu przynajmniej 1 raz w miesiącu.

## KOMITET KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

1. Opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
2. Ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
3. Opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu.

## KOMITET TRANSFUZJOLOGICZNY

Zadania Komitetu Transfuzjologicznego:

1. Współpraca z jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, w szczególności z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie,
2. Dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy,
3. Analiza zużycia krwi i jej składników w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń krwi i jej składników,
4. Nadzór nad działaniami związanymi z leczeniem krwią lub jej składnikami oraz nadzór nad związaną z tym dokumentacją,
5. Ocena prawidłowości postępowania podczas przetoczeń wykonanych w Szpitalu nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy;
6. Analiza każdego niepożądanego zdarzenia i każdej niepożądanej reakcji wraz z oceną postępowania,
7. Analiza raportów o niepożądanych zdarzeniach i reakcjach,
8. Opracowywanie wewnętrznych programów kształcenia lekarzy i pielęgniarek lub położnych w dziedzinie leczenia krwią i jej składnikami oraz nadzór nad ich realizacją,
9. Udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki oraz w rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia,
10. Przekazywanie Dyrektorowi i kierownikowi Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie raportów i okresowych sprawozdań z działalności komitetu, nie rzadziej niż raz na rok, najpóźniej do dnia 30 stycznia każdego roku za rok poprzedni.

## KOMISJA ANALIZUJĄCA SKUTECZNOŚĆ LECZENIA

Do zadań Komisji analizującej skuteczność leczenia należy:

1. Analiza powikłań pooperacyjnych,
2. Analiza wtórnych hospitalizacji, z powodu tej samej jednostki chorobowej,

3. Analiza wyników sekcji zwłok,
4. Analiza przyczyn przedłużających się hospitalizacji pacjentów.

## KOMISJA DS. NADZORU NAD JAKOŚCIĄ SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO

Każdy z członków komisji sprawuje nadzór nad przebiegiem szkolenia specjalizacyjnego w kierowanej jednostce organizacyjnej, a prowadzonego przez podległych kierowników specjalizacji. W szczególności nadzór ten dotyczy właściwej realizacji programów specjalizacji zgodnie z przepisami: ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1287 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. z 2023 r., poz. 975 z późn. zm.) oraz przepisami regulującymi standardy postępowania medycznego w danej dziedzinie, jak również obowiązków prawnych jednostki prowadzącej szkolenie specjalizacyjne w zakresie:

1. udostępniania lekarzowi odbywającemu szkolenie specjalizacyjne realizację wszystkich elementów programu specjalizacji w ramach czasu trwania danej specjalizacji,
2. wydawania lekarzowi skierowania do odbycia danego elementu programu specjalizacji, realizowanego w innej jednostce,
3. dokumentowania przez kierowników specjalizacji wymaganych form sprawdzania wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych nabytych w trakcie realizacji programu specjalizacji oraz ich systematyczności i adekwatności do etapu szkolenia,
4. wyznaczania lekarza do pełnienia funkcji kierownika specjalizacji w czasie odbywania modułu podstawowego lub stażu kierunkowego, który postępuje zgodnie z art. 16m ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

## KOMISJA DS. ORZEKANIA O TRWAŁYM NIEODWRACALNYM USTANIU CZYNNOŚCI MÓZGU

Do zadań Komisji ds. orzekania o trwałym nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu należy:

1. Orzekanie o trwałym i nieodwracalnym ustaniu czynności mózgu u pacjentów hospitalizowanych w USK Nr 1 w Lublinie w oparciu o przyjęte kryteria i sposób stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu określone obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. (M.P. z 2020 r., poz. 73).
2. Opracowanie zasad współdziałania poszczególnych komórek organizacyjnych z komisją w przekazywaniu informacji o pacjentach, u których jest podejrzenie śmierci pnia mózgu.

## KOMISJA DS. ANALIZY ZDARZEŃ NIEPOŻĄDANYCH

Komisja ds. analizy zdarzeń niepożądanych dokonuje szczegółowej analizy zdarzeń niepożądanych, jakie wystąpiły u pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.

## ZESPÓŁ DS. OCENY PRZYJĘĆ

Do zadań Zespołu ds. Oceny Przyjęć należy:

1. Comiesięczne przeprowadzenie oceny list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującym prawem,
2. Ocena prawidłowości prowadzenia dokumentacji związanej z kolejkowaniem pacjentów w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala,
3. Ocena prawidłowości prowadzenia dokumentacji związanej z kolejkowaniem pacjentów w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala w odniesieniu do pacjentów uprawnionych do obsługi bez kolejki,
4. Ocena zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń zdrowotnych,
5. Ocena dokumentacji pacjentów przyjętych do szpitala w zestawieniu z listą oczekujących na przyjęcie oraz ocena przyśpieszeń przyjmowania pacjentów,
6. Edukacja personelu w zakresie prawidłowości prowadzenia list oczekujących,
7. Sporządzanie protokołów z oceny i przedstawienie Dyrektorowi,
8. Przygotowywanie działań naprawczych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości,
9. Rozpatrywanie spraw innych niż w/w związanych z przyjęciami pacjentów.

**§ 25**

RADA KLINICZNA

1. Rada Kliniczna jest organem opiniodawczo-doradczym Dyrektora,
2. Rada Kliniczna składa się z Kierowników Klinik – Kierujących Oddziałem Szpitalnym, osób kierujących komórkami działalności medycznej,
3. Radę Kliniczną powołuje i odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie Dyrektor,
4. Sposób zwoływania posiedzeń Rady Klinicznej tryb pracy i podejmowanie uchwał określa regulamin uchwalony przez Radę Kliniczną i zatwierdzony przez Dyrektora,
5. Do zadań Rady Klinicznej należy w szczególności przedstawienie Dyrektorowi wniosków i opinii w sprawach:
   1) koordynacji działań jednostek prowadzących działalność medyczną przy realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego oraz jego usprawnienie,
   2) kierunków rozwoju świadczeń zdrowotnych i wdrażaniem nowatorskich metod diagnostyczno-leczniczych z uwzględnieniem oferty dydaktycznej Uniwersytetu,
   3) skupienia-realokacji potencjału jednostek działalności medycznej Szpitala,
   4) poziomu świadczeń zdrowotnych, o które aplikuje Szpital w procesie kontraktowania z NFZ, z uwzględnieniem potencjału poszczególnych komórek działalności medycznej,
   5) organizowanie posiedzeń Rady Klinicznej nie rzadziej niż raz na kwartał.

## Rozdział II
## PRZEBIEG PROCESU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**§ 26**

1. Świadczenia zdrowotne stacjonarne i ambulatoryjne w Szpitalu udzielane są pacjentom uprawnionym do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, bezpłatnie na podstawie skierowania lekarza.
2. Świadczenia zdrowotne ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej:

1) ginekologa i położnika;
2) dentysty;
3) wenerologa;
4) onkologa;
5) psychiatry;
6) dla osób chorych na gruźlicę;
7) dla osób zakażonych wirusem HIV;
8) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
9) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
10) w zakresie leczenia uzależnień:
a) dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
b) dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia - osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
11) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz uprawnionego żołnierza lub pracownika, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
12) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, oraz dla weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%;
13) świadczeń psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.
14) w stanach nagłych;
- udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Nie pobiera się odpłatności bez względu na uprawnienia do świadczeń za:
1) badania mające na celu wykrywanie zakażeń i chorób zakaźnych u:
a) kobiet w ciąży, które były narażone na zakażenie HIV, oraz noworodki urodzone przez matki zakażone HIV lub krętkiem bladym - badaniom w kierunku tych zakażeń,
b) osób, które były narażone na zakażenie poprzez kontakt z osobami zakażonymi, chorymi lub materiałem zakaźnym - badaniom w kierunku błonicy, cholery, czerwonki, duru brzusznego, durów rzekomych A, B i C, nagminnego porażenia dziecięcego,
2) Szczepienia przeciw wściekliźnie u osób podejrzanych o zakażenie wirusem wścieklizny.
4. Zasady ponoszenia odpłatności za pacjentów: skazanych, uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie lecznictwa odwykowego, chorych psychicznie i upośledzonych umysłowo, chorych zakaźnie i zakażonych, cudzoziemców, posiadaczy Karty Polaka, oraz świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego, bez względu na uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, określają odrębne przepisy.

5. Świadczenia związane z:
   - ciążą, porodem i połogiem, lub
   - udzielane dzieciom do ukończenia 18 roku życia,

posiadającym obywatelstwo polskie i mającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej udzielane są nieodpłatnie.
6. Pacjent ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.
7. Świadczenia zdrowotne udzielone uprawnionemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane opłaca ubezpieczony.
8. Osoby nie uprawnione, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych ustawą, ponoszą pełną odpłatność za udzielone im przez Szpital świadczenia zdrowotne.
9. Kombatantom oraz innym osobom uprawnionym w Szpitalu udzielane są świadczenia zdrowotne z zachowaniem przysługującego im uprawnienia pierwszeństwa.

**§ 27**

Pacjenci nieuprawnieni do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych i pacjenci uprawnieni do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych, którym udzielono świadczeń zdrowotnych bez wymaganego skierowania ponoszą odpłatność za udzielone świadczenia w wysokości określonej w Dziale III, o ile nie zachodzą okoliczności określone w § 26 ust.3.

**§ 28**

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat:
1. Dla świadczeń udzielanych w trybie planowym oraz świadczeń udzielanych w trybie nagłym z możliwością weryfikacji ubezpieczenia:
   1) potwierdzenie na podstawie obowiązujących przepisów, iż pacjent jest osobą nieuprawnioną,
   2) poinformowanie o odpłatności za świadczenie zgodnie z cennikiem wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora dla właściwego rodzaju świadczeń,
   3) pobranie odpłatności za udzielenie świadczenia, wystawienie paragonu fiskalnego lub faktury na życzenie pacjenta po udzieleniu świadczenia.
2. Dla świadczeń udzielanych w trybie nagłym bez możliwości weryfikacji ubezpieczenia:
   1) poinformowanie o możliwej odpłatności za świadczenie, zgodnie z cennikiem do Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora dla właściwego rodzaju świadczeń,
   2) wystawienie faktury z pouczeniem o możliwości jej anulowania w razie przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń lub złożenie oświadczenia w ciągu 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielenia świadczenia, a jeżeli leczenie odbywa się w szpitalu w terminie 7 dni od daty jego zakończenia.

3. Niezależnie od ust. 1 i ust. 2 Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

**§ 29**

Za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres do 72 godzin opłata nie jest pobierana, natomiast za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, pobierana jest opłata zgodnie z cennikiem podmiotu, z którym Szpital ma podpisaną umowę na przechowywanie zwłok.

**§ 30**

1. Harmonogram pracy zakładu leczniczego Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej USK Nr 1 w Lublinie dokonywany jest na podstawie uzgodnienia z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych.
2. Harmonogram pracy zakładu leczniczego Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ USK Nr 1 w Lublinie dokonywany jest na podstawie uzgodnienia z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych.
3. Lekarze Kierujący Oddziałami Klinik dwukrotnie w roku kalendarzowym (kwiecień oraz październik) przekazują do Działu Dokumentacji Chorych harmonogram pracy personelu medycznego w podległych merytorycznie poradniach specjalistycznych.
4. Wszelkie zmiany harmonogramu o charakterze stałym dokonywane w innym okresie wymagają formy pisemnej i powinny być zgłoszone do 7 dni przed wprowadzeniem ich w życie.

**§ 31**

W zakładzie leczniczym Lecznictwo Szpitalne USK Nr 1 w Lublinie świadczenia zdrowotne wykonywane są przez całą dobę.

**§ 32**

1. W Szpitalu udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne w Szpitalu służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
3. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, stosownie do treści art. 6 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku kierownik jednostki zabezpiecza prowadzenie listy osób oczekujących.

**§ 33**

Szpital zapewnia hospitalizowanemu:
- świadczenia zdrowotne,
- środki farmaceutyczne i materiały medyczne, jeśli są konieczne do wykonania świadczenia,
- pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia,
- oraz umożliwia pacjentowi realizację prawa do opieki duszpasterskiej.

**§ 34**

Szpital realizuje prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

**§ 35**

Szpital umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami.

## Rozdział III
## PROCEDURY POSTĘPOWANIA ZWIĄZANE Z HOSPITALIZACJĄ

**§ 36**

Hospitalizacja pacjenta może nastąpić w trybie:
1. Planowanym
2. Nagłym

**§ 37**

Przyjęcia pacjentów w trybie planowym odbywają się w godzinach pracy właściwych Izb Przyjęć funkcjonujących w Szpitalu.

**§ 38**

Przyjęcia pacjentów w trybie nagłym w Izbie Przyjęć Ogólnej odbywają się przez całą dobę.

**§ 39**

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:
1. Badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
2. Przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
3. Udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
4. Przeprowadzanie badań położniczych u zgłaszających się kobiet ciężarnych,
5. Kwalifikowanie kobiet do odbycia porodu,

6. Kwalifikowanie do leczenia szpitalnego,
7. Prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

**§ 40**

1. Oddział jest jedną z podstawowych jednostek organizacyjnych Szpitala o charakterze leczniczo-profilaktycznym.
2. Oddział może dzielić się na pododdziały.
3. Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy w szczególności:
   1) zapewnienie opieki stacjonarnej w reprezentowanej specjalności,
   2) rozpoznanie, leczenie, orzekanie o stanie zdrowia,
   3) udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach i nagłych zachorowaniach,
   4) prowadzenie dokumentacji zgodnie z ustalonymi zasadami,
   5) monitorowanie i ciągła poprawa jakości usług medycznych,
   6) udzielanie konsultacji specjalistycznych,
   7) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego,
   8) realizacja programów rządowych z zakresu lecznictwa i profilaktyki,
   9) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia,
   10) zawiadamianie poprzez administrację Szpitala wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego,
   11) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
4. Do sprawnego funkcjonowania oddziałów, w których hospitalizowani są pacjenci całodobowo ustala się zasady postępowania przekazywania pacjentów kolejnym zmianom:
   1) codziennie w oddziałach Szpitala odbywa się przekazanie pacjentów kolejnym zmianom lekarzy
      i pielęgniarek, położnych, poprzez przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów oraz innych istotnych informacji zawartych w raportach lekarskich i pielęgniarskich,
   2) lekarze przekazując pacjentów kolejnej zmianie przedstawiają istotne informacje o stanie zdrowia pacjentów, nowych przyjęciach do oddziału, interwencjach lekarskich oraz innych istotnych zdarzeniach i podjętych działaniach podczas wykonywania obowiązków służbowych,
   3) lekarze dyżurni zobowiązani są prowadzić raporty lekarskie w księdze raportów lekarskich (autoryzacji pod każdym raportem dokonują lekarze zdający dyżur i przyjmujący dyżur),
   4) pielęgniarki i położne przekazują raport o stanie zdrowia pacjentów oraz istotnych zaleceniach na koniec każdej zmiany,
   5) raport pielęgniarki/położnej sporządzany jest w księdze raportów pielęgniarskich (autoryzacji pod każdym raportem dokonują pielęgniarki/położne zdające dyżur i przyjmujące dyżur).

**§ 41**

1. W oddziałach zabiegowych Szpitala (bloki operacyjne, pracownie i zakłady zabiegowe) jest wprowadzona i stosowana Okołooperacyjna Karta Kontrolna.

2. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.
3. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej i jej przechowywania regulują powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz wewnętrzne akty prawne, w tym „Procedura dokumentacja medyczna w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie".

**§ 42**

1. Zadaniem Poradni jest świadczenie ambulatoryjnych usług medycznych i diagnostycznych w reprezentowanej specjalności.
2. Do podstawowych zadań Poradni należy w szczególności:
   1) zapewnienie opieki ambulatoryjnej w reprezentowanej specjalności,
   2) diagnozowanie, leczenie i orzekanie o stanie zdrowia,
   3) udzielanie świadczeń konsultacyjnych,
   4) dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego,
   5) realizacja programów rządowych z zakresu lecznictwa i profilaktyki,
   6) działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia
   7) prowadzenie obowiązującej dokumentacji.

**§ 43**

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala następuje:
   1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych;
   2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
   3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zawiadamia się Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego Lublin-Zachód w Lublinie o odmowie wypisania i jej przyczynach.
4. Pacjent występujący z żądaniem wypisania jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji.

## § 44

1. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.
2. Dyrektor niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w ust. 1, i organizuje transport sanitarny na koszt gminy określonej w tym przepisie. Gminie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów transportu sanitarnego od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny.
3. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 1, na podstawie rachunku wystawionego przez Dyrektora, o którym mowa w ust. 2.
4. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez Dyrektora, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

## § 45

Wystąpienie o uzyskanie zgody sądu opiekuńczego w trybie art. 34 ust 6 ustawy o zawodzie lekarza podpisuje w imieniu Szpitala Lekarz Kierujący Oddziałem, a w przypadku wystąpienia kierowanego poza godzinami normalnej ordynacji Szpitala: od poniedziałku do piątku w godz. 15.05 - 7.35 oraz soboty i niedziele, lekarz sprawujący dyżur w Oddziale.

# Rozdział IV
# WSPÓLNE ZADANIA I OBOWIĄZKI KIEROWNIKÓW KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

## § 46

Szpital posiada pion Dyrektora Naczelnego oraz pięć podległych Dyrektorowi Naczelnemu pionów organizacyjnych:

1. Pion Z-cy Dyrektora ds. Medycznych
2. Pion Z-cy Dyrektora ds. Informatyzacji
3. Pion Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju
4. Pion Z-cy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji
5. Pion Głównego Księgowego
6. Pion Naczelnej Pielęgniarki

## § 47

PION DYREKTORA NACZELNEGO

1. Dział Kadr i Płac
2. Kapelan Szpitalny
3. Pełnomocnik Ochrony
4. Dział Organizacyjno-Prawny
5. Stanowiska Radców Prawnych
6. Audytor Wewnętrzny
7. Inspektor Ochrony Danych
8. Dział Systemów Zarządzania i Akredytacji[14]
9. Inspektor Ochrony Radiologicznej
10. Dział BHP
11. Stanowisko ds. ppoż.
12. Pełnomocnik Praw Pacjenta
13. Pełnomocnik ds. pacjenta ze szczególnymi potrzebami
14. Inspektor ds. obronnych i obrony cywilnej.

## § 48

1. Za funkcjonowanie Oddziału (Kliniki) odpowiada Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Za działalność dydaktyczną i badawczą w oddziale odpowiada Kierownik Kliniki.
3. Za funkcjonowanie Zakładu, Działu, Sekcji odpowiada Kierownik.
4. Pracownicy na stanowiskach kierowniczych, o których mowa w ust. 1 i 2 ponoszą odpowiedzialność za wykonywanie zadań podległych im komórek organizacyjnych Szpitala, a wynikających z przepisów powszechnie obowiązujących, Statutu Szpitala, ramowego zakresu obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności (zakresu czynności), zarządzeń Dyrektora oraz niniejszego Regulaminu.
5. W razie wakatu na stanowisku kierowniczym, podlegli pracownicy podlegają bezpośrednio przełożonemu, służbowo właściwemu dla wakującego stanowiska.
6. Do podstawowych zadań osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych należy:
   1) podejmowanie merytorycznych decyzji w zakresie pracy kierowanej komórki organizacyjnej,
   2) zapewnienie właściwej organizacji pracy całej komórki oraz systemu kontroli wewnętrznej,
   3) nadzór nad efektywnym wykorzystaniem czasu pracy, przestrzeganiem porządku i dyscypliny pracy, przepisów bhp, ppoż. oraz tajemnicy służbowej,
   4) przedstawianie Z-cy Dyrektora danego Pionu wniosków w sprawie przyjmowania, zwalniania, zaszeregowania podległych pracowników,
   5) ocena wyników pracy podległych pracowników – wnioskowanie o nagrody i kary dla poszczególnych pracowników,
   6) sporządzanie opinii o pracownikach danej komórki organizacyjnej,

[14] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

7) zapoznanie nowoprzyjętych pracowników z zakresem ich obowiązków oraz sposobem wykonywania pracy na wyznaczonych stanowiskach pracy,
8) organizowanie, przygotowywanie i prowadzenie pracy w sposób zabezpieczający przed wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi,
9) zapewnienie bezpiecznego i higienicznego stanu pomieszczeń pracy i wyposażenia technicznego,
10) organizowanie narad i szkoleń pracowników,
11) współpraca z kierownikami innych komórek organizacyjnych,
12) informowanie Dyrektora Szpitala o ważniejszych problemach i wynikach pracy podległej komórki organizacyjnej,
13) nadzór nad przestrzeganiem przez podległych pracowników obowiązujących przepisów prawnych,
14) wyznaczanie swego zastępcy i określanie jego kompetencji na czas swojej nieobecności.

7. Dla zapewnienia efektywnej pracy w Szpitalu oraz dla zintegrowania działań pomiędzy Oddziałami, Zakładami, Działami i innymi jednostkami - Dyrektorzy, Kierownicy Klinik oraz Kierownicy Zakładów, Działów organizują oraz biorą udział w zebraniach, w zależności od potrzeb, nie rzadziej jednak niż:
   1) Zarząd Szpitala i Kierownicy poszczególnych Zakładów, Działów lub innych jednostek organizacyjnych – w zależności od omawianego tematu – co najmniej raz w tygodniu,
   2) Kierownicy Klinik – co najmniej raz w miesiącu.
8. Dyrektorzy poszczególnych Pionów oraz Kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych zobowiązani są do opracowania i wdrożenia mechanizmów zapewniających sprawną oraz efektywną pracę w Szpitalu.
9. Dyrektorzy Pionów oraz Kierownicy komórek organizacyjnych opracowują politykę oraz wyznaczają cele strategiczne dla Szpitala i poszczególnych jednostek organizacyjnych, przy uwzględnieniu środków finansowych będących w posiadaniu Szpitala oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
10. Kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych odpowiadają za integrację pracy we własnym zespole, tworzenie wspólnej polityki i planów działania.
11. Kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych organizują zebrania z podległym personelem w zależności od potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz w miesiącu. Spotkania te mają na celu przekazywanie ustaleń zapadłych na zebraniach z Dyrekcją oraz omawianie innych spraw merytorycznych dotyczących funkcjonowania danej komórki organizacyjnej.

## Rozdział V
## SYSTEM ZASTĘPSTW

### § 49

1. W razie nieobecności Kierownika Komórki organizacyjnej zstępuje go jego stały zastępca, a w razie braku stałego zastępcy – pracownik wyznaczony przez tego Kierownika. Podczas

nieobecności Pielęgniarki/Położnej Oddziałowej zastępstwo pełni wyznaczona przez nią osoba, która podejmie się pełnienia tej funkcji lub osoba wyznaczona przez Naczelną Pielęgniarkę.

2. W razie nieobecności pracownika jego przełożony wyznacza na ten okres zastępstwo innego pracownika lub rozdziela czynności nieobecnego pracownika pomiędzy innych pracowników danej komórki organizacyjnej.
3. Pielęgniarka/Położna Oddziałowa po otrzymaniu zgłoszenia usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy zobowiązana jest do podjęcia decyzji o zabezpieczeniu obsady pielęgniarskich stanowisk pracy adekwatnie do ilości i stanu pacjentów hospitalizowanych w danym dniu w oddziałach. W tym celu w uzasadnionych przypadkach:
   1) decyduje o ewentualnej uzasadnionej zmianie dotychczasowego planu pracy zmianowej zespołu pielęgniarskiego, w tym telefonicznego powiadomienia wybranej pielęgniarki/położnej o potrzebie podjęcia przez nią pracy we wskazanym dniu kalendarzowym,
   2) weryfikuje dotychczasowy plan pracy zespołu pielęgniarskiego poprzez wyznaczenie wskazanej pielęgniarce/położnej dodatkowych dyżurów, których czas rozliczeniowy nie przekracza wymiaru 3 miesięcznego okresu rozliczeniowego,
   3) w przypadku otrzymania zawiadomienia poza godzinami pracy pielęgniarka/położna oddziałowa kontaktuje się z pracownikami telefonicznie (posiada aktualną listę telefonów pracowników).
4. Lekarz Kierujący Oddziałem po otrzymaniu zgłoszenia usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy zobowiązany jest do podjęcia decyzji o zabezpieczeniu dyżuru w danym dniu w Oddziale.

## Rozdział VI
## OBOWIĄZKI, UPRAWNIENIA I ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRACOWNIKÓW

### § 50

14. Każdy pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie, przestrzegać dyscypliny pracy oraz stosować się do poleceń swoich przełożonych dotyczących pracy.
15. Do podstawowych obowiązków pracownika należy w szczególności:
   1) przestrzeganie ustalonego w Szpitalu czasu pracy i wykorzystanie go w sposób jak najbardziej efektywny,
   2) dążenie do uzyskania w pracy jak najlepszych wyników i przejawianie w tym celu odpowiedniej inicjatywy,
   3) przestrzeganie Regulaminu Pracy i ustalonego w Szpitalu porządku,
   4) przestrzeganie przepisów i zasad bhp oraz ppoż.,
   5) dbanie o dobro Szpitala, chronienie jego mienia i używanie go zgodnie z przeznaczeniem,
   6) przestrzeganie tajemnicy służbowej,
   7) udział w szkoleniach organizowanych przez Szpital,
   8) poddawanie się okresowym badaniom lekarskim,
   9) dbanie o należyty stan sprzętu i aparatury medycznej oraz o porządek i ład w miejscu pracy,

10) niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o wypadku przy pracy albo o zagrożeniu życia lub zdrowia ludzkiego,
11) niezwłoczne zawiadomienie przełożonego o każdym przypadku, co do którego zachodzi podejrzenie, iż jest wynikiem przestępstwa.

**§ 51**

1. Szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień każdego pracownika określa jego ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności (zakres czynności) ustalony przez bezpośredniego przełożonego i zaakceptowany przez Dyrektora Pionu.
2. Każdy pracownik winien posiadać zakres czynności w aktach osobowych.

## Rozdział VII
## WARUNKI WSPÓŁDZIAŁANIA Z INNYMI PODMIOTAMI W ZAKRESIE ZAPEWNIENIA PRAWIDŁOWOŚCI DIAGNOSTYKI, LECZENIA PACJENTÓW I CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA

**§ 52**

Szpital współdziała z innymi Podmiotami na warunkach określonych w zawartych z nimi umowach.

**§ 53**

1. Szpital zapewnia konsultacje innych lekarzy w zakresie specjalności nie występujących w USK Nr 1 w Lublinie.
2. Tryb przeprowadzania w/w konsultacji oraz zasady wynagradzania lekarzy konsultantów za wykonane czynności określają odrębne umowy oraz Zarządzenia Dyrektora.

**§ 54**

1. O udzieleniu konsultacji przez pracowników Szpitala innym jednostkom decyduje Lekarz Kierujący Oddziałem zgłaszając powyższą okoliczność Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.
2. Zasady i tryb udzielania konsultacji przez lekarzy USK Nr 1 w Lublinie regulują odrębne umowy.

**§ 55**

1. Transport pacjentów przenoszonych do innych szpitali organizuje i opłaca Szpital.
2. Szpital udostępnia dokumentację medyczną jednostce, której został przekazany pacjent.
3. Pacjenci wypisani ze Szpitala otrzymują:
   - kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie,
   - wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania,
   - wskazówki dalszego postępowania.
4. Szpital w czasie przekazania do innej jednostki pacjenta zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu lub zleca wykonanie tej usługi innym uprawnionym jednostkom.

5. Przekazanie pacjenta potwierdza jednostka przyjmująca.

## Rozdział VIII
## UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

### § 56[15]

Dokumentacja medyczna w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie udostępniana jest przez Dział Dokumentacji Chorych na podstawie złożonego wniosku.

### § 57

Do udostępniania dokumentacji medycznej upoważnieni są wyznaczeni pracownicy Działu Dokumentacji Chorych.

### § 58

Zasady postępowania z dokumentacją medyczną w USK Nr 1 w Lublinie określają powszechnie obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty prawne, w tym „Procedura archiwizacji i udostępniania dokumentacji medycznej w USK Nr 1 w Lublinie".

### § 59

OPŁATY ZA UDOSTEPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

1. Zgodnie ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta USK Nr 1 w Lublinie za udostępnianie dokumentacji medycznej pobiera opłatę maksymalną w wysokości określonej w art. 28 ust. 4 ww. ustawy.
2. Wysokość opłat ustala oraz publikuje na stronie Szpitala Dział Dokumentacji Chorych USK Nr 1 w Lublinie[16]

## Rozdział IX
## PRAWA I OBOWIĄZKI PACJENTA

### § 60

1. Prawa pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie określa Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 udostępnia pacjentom Kartę Praw Pacjenta. Personel Szpitala sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do udzielania informacji w tym zakresie.

[15] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[16] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.

**§ 61**

Pacjenci zobowiązani są do zapoznania i przestrzegania regulaminów wewnętrznych klinik/zakładów wymienionych w §65 niniejszego Regulaminu oraz wszelkich zaleceń oraz wskazówek lekarzy i pielęgniarek danej kliniki/zakładu.

## Rozdział X
## OBOWIĄZEK SZPITALA W RAZIE ŚMIERCI PACJENTA

**§ 62**

W przypadku stwierdzenia zgonu pacjenta Szpital zobowiązuje się do podjęcia następujących czynności:

1. Zawiadomienie osób najbliższych pacjenta.
2. Wypełnienie Karty Zgonu i przekazanie jej do Działu Dokumentacji Chorych.
3. Toaleta pośmiertna, tj. umycie, ubranie i wydanie osobie uprawnionej do pochowania w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej.
4. Spisanie i zabezpieczenie wszystkich przedmiotów i dokumentów należących do zmarłego.
5. Umieszczenie identyfikatorów na ciele osoby zmarłej i wypełnienie karty skierowania zwłok do chłodni.

**§ 63**

1. Zwłoki osoby, która zmarła w Szpitalu mogą być poddane sekcji, chyba że ta za życia wyraziła sprzeciw lub uczynił to jej przedstawiciel ustawowy, za wyjątkiem przypadków określonych w art. 31 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej:
   1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie,
   2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny,
   3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
2. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie decyzję o wykonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok pacjentów wydaje Dyrektor lub osoba działająca z jego upoważnienia.
3. Osobą upoważnioną podczas nieobecności Dyrektora Szpitala jest pierwszy lekarz dyżurny jednego z poniższych Oddziałów:[17]
   - Oddziału Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego;
   - Oddziału Traumatologii;
   - Oddziału Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii i Geriatrii

[17] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r. a następnie zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.

4. W przypadku potrzeby wykonania sekcji zwłok u zmarłego pacjenta lub dziecka martwo urodzonego obowiązuje postępowanie określone w Zarządzeniu Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie „w sprawie określenia trybu postępowania w zakresie dokonywania sekcji zwłok pacjentów w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie".

**§ 64**

Zasady funkcjonowania Standardów Jakości w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie określa „Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie" stanowiący załącznik Nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

## Dział II
## ORGANIZACJA I ZADANIA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

**§ 65**

Organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych medycznych w podziale na działające na ich bazie Kliniki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie określają następujące Załączniki do niniejszego Regulaminu:

| | |
|---|---|
| Nr 3 | Regulamin Wewnętrzny II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego |
| Nr 4 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Traumatologii i Medycyny Ratunkowej |
| Nr 5 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii |
| Nr 6 | Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Chirurgii Naczyniowej i Angiologii i Pracowni Radiologii Zabiegowej |
| Nr 7 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chirurgii Onkologicznej |
| Nr 8 | Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Chirurgii Onkologicznej |
| Nr 9 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chorób Wewnętrznych[18] |
| Nr 10 | Regulamin Wewnętrzny I Kliniki Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii |
| Nr 11 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży |
| Nr 12 | Zasady Odwiedzin w Sali Intensywnego Nadzoru Oddziału Noworodków Praktyczne Informacje dla Rodziców |
| Nr 13 | Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego |
| Nr 14 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej |
| Nr 15 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Okulistyki Ogólnej[19] |

[18] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[19] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

| | |
|---|---|
| Nr 16 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklistego[20] |
| Nr 17 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry[21] |
| Nr 18 | Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Okulistyki |
| Nr 19 | Regulamin Wewnętrzny II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii |
| Nr 20 | Regulamin Wewnętrzny I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji |
| Nr 21 | Regulamin Wewnętrzny II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej |
| Nr 22 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej |
| Nr 23 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku[22] |
| Nr 24 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chorób Zakaźnych |
| Nr 25 | Regulamin Wewnętrzny Izby Przyjęć Ogólnej |
| Nr 26 | Regulamin Wewnętrzny Zakładu Diagnostyki Obrazowej |
| Nr 27 | Regulamin Wewnętrzny Zakładu Radiologii Lekarskiej |
| Nr 28 | Regulamin Wewnętrzny Zakładu Diagnostyki i Terapii Endoskopowej |
| Nr 29 | Regulamin Wewnętrzny Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej[23] |
| Nr 30 | Regulamin Wewnętrzny Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ |
| Nr 31 | Regulamin Wewnętrzny Zakładu Radioterapii |
| Nr 32 | Regulamin korzystania z pokoi noclegowych dla pacjentów |
| Nr 33 | Regulamin Apteki Szpitalnej[24] |
| Nr 34 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Chorób Metabolicznych i Immunoonkologii |
| Nr 35 | Regulamin Wewnętrzny Kliniki Radioterapii |
| Nr 35 a | Regulamin Wewnętrzny Pracowni Patomorfologii[25] |

## Dział III
## WYSOKOŚĆ OPŁAT POBIERANYCH PRZEZ SZPITAL ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

### § 66

Wysokość opłat pobieranych od pacjentów przez Szpital za świadczenia zdrowotne, które zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane są z częściową albo całkowitą odpłatnością określają Załączniki do niniejszego Regulaminu:

| | |
|---|---|
| Nr 36 | Cennik na świadczenia zdrowotne w zakresie lecznictwa szpitalnego |
| Nr 37 | Cennik na świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej |
| Nr 38 | Cennik świadczeń realizowanych w Izbach Przyjęć |

[20] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r. a następnie zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026r.
[21] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[22] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 38/2025 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 1 grudnia 2025 r.
[23] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[24] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[25] dodano na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

| | |
|---|---|
| Nr 39 | Cennik na konsultacje specjalistyczne, konsultacje eksperckie i zabiegi operacyjne[26] |
| Nr 40 | Cennik za gotowość do realizacji świadczeń w USK Nr 1 w Lublinie[27] |
| Nr 41 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej |
| Nr 42 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Cytometrii Przepływowej i Cytomorfologii |
| Nr 43 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Laboratorium Diagnostyki Molekularnej |
| Nr 44 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej |
| Nr 45 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Diagnostyki Mikologicznej |
| Nr 46 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Patomorfologii |
| Nr 47 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej |
| Nr 48 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej[28] |
| Nr 49 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni Radiologii Zabiegowej |
| Nr 50 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki i Terapii Endoskopowej |
| Nr 51 | Cennik badań diagnostycznych w wykonywanych w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej |
| Nr 52 | Cennik usług wykonywanych w Banku Komórek Krwiotwórczych |
| Nr 53 | Wysokość odpłatności za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji w Banku Tkanek Oka |
| Nr 54 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Poradni Chirurgicznej |
| Nr 55 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Angiologii |
| Nr 56 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii i Geriatrii |
| Nr 57 | Cennik badań diagnostycznych/zabiegów wykonywanych w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii |
| Nr 58 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży |
| Nr 59 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Dermatologii i Wenerologii oraz Oddziale Dermatologii Dziecięcej |

[26] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.
[27] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.
[28] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 38/2025 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 1 grudnia 2025 r.

| | |
|---|---|
| Nr 60 | Cennik badań diagnostycznych/iniekcji wykonywanych w Oddziałach Okulistyki, Poradni Okulistyki Ogólnej i Izbie Przyjęć Okulistyki |
| Nr 61 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziałach Klinik Psychiatrii |
| Nr 62 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej |
| Nr 63 | Cennik usług stomatologicznych wykonywanych w Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej |
| Nr 64 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii |
| Nr 65 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Oddziale Chorób Zakaźnych i Hepatologii |
| Nr 66 | Cennik biopsji wykonywanych w Poradni Onkologicznej |
| Nr 67 | Cennik badań diagnostycznych Wykonywanych w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej przy ul. Langiewicza 6A |
| Nr 68 | Cennik zabiegów wykonywanych w Pracowni Fizjoterapii i Fizykoterapii przy ul. Langiewicza 6A |
| Nr 69 | Cennik świadczeń w ramach profilaktycznych badań lekarskich przy ul. Langiewicza 6A |
| Nr 70 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni USG przy. ul Langiewicza 6A |
| Nr 71 | Cennik badań diagnostycznych wykonywanych w Pracowni EKG przy ul. Langiewicza 6A |
| Nr 72 | Cennik iniekcji wykonywanych w Gabinecie Diagnostyczno-Zabiegowym przy ul. Langiewicza 6A |
| Nr 73 | Cennik usług stomatologicznych wykonywanych w Poradni Stomatologicznej przy ul. Langiewicza 6A |
| Nr 74 | Realizacja prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej |
| Nr 75 | Cennik na usługi sterylizacyjne świadczone w USK Nr 1 w Lublinie |
| Nr 76 | Zasady odpłatności za transport sanitarny[29] |
| Nr 77 | Cennik osobogodziny kursu szkoleniowego w USK Nr 1 w Lublinie |
| Nr 78 | Cennik usług wykonywanych w Banku Mleka Kobiecego |
| Nr 79 | Cennik usług wykonywanych w Pracowni Płynów do Żywienia Pozajelitowego USK Nr 1 w Lublinie[30] |
| Nr 80 | Cennik osobogodziny dydaktycznej dla Uczelni i Ośrodków Kształcenia Podyplomowego w USK Nr 1 w Lublinie |
| Nr 81 | Cennik Usług laktacyjnych wykonywanych w Oddziale Noworodków w USK Nr 1 w Lublinie[31] |
| Nr 82 | Cennik za usługę zaopatrywania w leki w USK Nr 1 w Lublinie |

[29] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.
[30] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.
[31] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.

| | |
|---|---|
| Nr 83 | Cennik opłat za krótkoterminowe korzystanie z infrastruktury USK Nr 1 w Lublinie |
| Nr 84 | Cennik za usługę przygotowania zakresu wnioskowanych zanonimizowanych danych statystycznych |
| Nr 85 | Cennik za usługę przygotowania leku przez Pracownię Cytostatyków w USK Nr 1 w Lublinie |
| Nr 86 | Cennik dostępu do strefy operacyjnej w USK Nr 1 w Lublinie[32] |
| Nr 87 | Informacja dotycząca cen w badaniach klinicznych/eksperymentach medycznych /badaniach naukowych[33] |

**§ 67**

1. Wysokość opłat pobieranych za świadczenia zdrowotne na podstawie umów zawartych przez Szpital z innymi podmiotami ustala się zgodnie z cennikiem ogłoszonym w § 66.
2. W uzasadnionych przypadkach wysokość opłat może być ustalona w innej wysokości określonej w umowie.

**§ 68**

Odpłatność za świadczenie usług konsultacji od innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą określają zawarte umowy.

## Dział IV

## ZADANIA I ORGANIZACJA POSZCZEGÓLNYCH KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH

**§ 69**

DYREKTOR NACZELNY

1. Dyrektor Naczelny kieruje działalnością Szpitala i reprezentuje go na zewnątrz.
2. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników.
3. Dyrektor ponosi odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem.
4. Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy:
   1) Zastępców Dyrektora,
   2) Naczelnej Pielęgniarki,
   3) Głównego Księgowego,
   4) kierowników komórek organizacyjnych.
5. Dyrektor wykonując swoją funkcję zapewnia w szczególności:
   1) koordynację działania wszystkich komórek organizacyjnych w zakresie zgodności z zadaniami statutowymi,
   2) organizację kontroli wykonywania zadań przez poszczególne komórki organizacyjne,

[32] dodano na podstawie Uchwały Nr 38/2025 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 1 grudnia 2025 r.
[33] dodano na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.

3) współdziałanie z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
4) realizację zadań zleconych przez podmiot tworzący,
5) udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych określonych odrębnymi przepisami,
6) bieżący nadzór nad wykonywaniem zadań statutowych.

6. Dyrektor wydaje wewnętrzne akty prawne, których projekty sporządzają pracownicy właściwych komórek organizacyjnych:
   1) zarządzenia - akty kierownictwa wewnętrznego,
   2) procedury, standardy, przewodniki opisujące przebieg i etapy postępowania w określonych procesach.
7. Do wyłącznej aprobaty Dyrektora należą sprawy:
   1) związane z wykonywaniem funkcji kierownika zakładu,
   2) kierownictwa i nadzoru nad działalnością osób bezpośrednio podległych,
   3) współdziałania z Radą Społeczną i Związkami Zawodowymi,
   4) współdziałania z podmiotem tworzącym, Ministerstwem Zdrowia, Wojewodą, Marszałkiem Województwa, LOW NFZ, Rektorem UM w Lublinie,
   5) ustalanie Regulaminu Organizacyjnego,
   6) zakupu sprzętu i aparatury medycznej z zachowaniem przepisów prawa.
8. Dyrektor może upoważnić Zastępcę do czynności wymienionych w ust. 7 na czas swojej nieobecności.

**§ 70**

W zarządzaniu Szpitalem Dyrektora w ramach swoich pionów wspierają Zastępcy Dyrektora.

**§ 71**

Z-CA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Naczelnemu i zastępuje Dyrektora w razie jego nieobecności.

Do podstawowych zadań Z-cy Dyrektora ds. Medycznych należy:
1. Sprawowanie nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń medycznych w Szpitalu.
2. Stworzenie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy.
3. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji lekarzy.
4. Współpraca z Naczelną Pielęgniarką w zakresie doskonalenia zawodowego personelu medycznego.
5. Dokonywanie okresowej kontroli całości Szpitala, zwracając szczególną uwagę na stan sanitarno-higieniczny oddziałów i pomieszczeń pracowniczych.
6. Rozpatrywanie uwag i skarg pacjentów.
7. Wykonywanie innych czynności zleconych mu przez Dyrektora, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym zakresem.

Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora ds. Medycznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 72

### Z-CA DYREKTORA DS. INFORMATYZACJI

Do podstawowych zadań Z-cy Dyrektora ds. Informatyzacji należy:

1. Koordynacja i nadzór merytoryczny nad pracą podległych komórek organizacyjnych, tj.: Działu Informatycznego, Działu Dokumentacji Chorych, Działu Statystyki i Kodowania, Działu Aparatury Medycznej oraz Archiwum Centralnego.
2. Koordynacja działań nadzoru nad infrastrukturą teleinformatyczną zasobów Szpitala.
3. Nadzór i kontrola nad procesem tworzenia i stosowania procedur w zakresie systemów zarządzania bezpieczeństwem informacji.
4. Nadzór nad procesem wdrożenia oraz monitorowanie realizacji zadań w zakresie rozwoju Szpitala
   w obszarze nowych technologii informatycznych.
5. Koordynowanie procesu rozwoju i wdrażania systemów medycznych w Szpitalu.
6. Analiza potrzeb i opracowywanie planów rozwoju elektronicznych usług medycznych.
7. Sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem danych elektronicznych, w szczególności danych Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.
8. Sprawowanie nadzoru nad procesami związanymi z dokumentacją leczenia pacjentów.
9. Współpraca z kierownikami poszczególnych pionów Szpitala w zakresie potrzeb informatycznych.
10. Wykonywanie innych czynności zleconych mu przez Dyrektora Szpitala, a wiążących się bezpośrednio z zakresem jego działalności, nie objętych niniejszym zakresem.

Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora ds. Informatyzacji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 73

### Z-CA DYREKTORA DS. FINANSÓW I ROZWOJU

Do podstawowych zadań Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju należy:

1. Koordynacja i nadzór merytoryczny nad pracą podległych komórek organizacyjnych, tj. Działu Zaopatrzenia wraz z podległymi sekcjami, Działu Kontrolingu i Analiz, Działu Usług Medycznych i Rozliczeń, Działu Zamówień Publicznych, Działu Projektów.
2. Dbałość o prawidłową realizację celów strategicznych Szpitala.
3. Opracowywanie strategii działań Szpitala oraz koordynowanie jej realizacji, jak również przygotowywanie sprawozdań i informacji w tym zakresie.
4. Koordynowanie całokształtu spraw finansowych Szpitala w zakresie rachunkowości finansowej i zarządczej.
5. Opracowywanie i administrowanie budżetem Szpitala, sporządzanie opracowań z zakresu kosztów działalności.

6. Stała analiza kształtowania się okresowych wskaźników ekonomicznych w zakresie realizacji planu rzeczowo-finansowego, realizacji kontraktów na wykonywanie świadczeń medycznych, norm finansowych i ich wzajemnej korelacji.
7. Akceptacja planu kontroli wewnętrznej, opracowywanie zarządzeń pokontrolnych w oparciu o protokoły kontroli zewnętrznych i wewnętrznych w zakresie działalności podległych komórek organizacyjnych.
8. Nadzór nad sporządzaniem planów i realizacją zaopatrzenia oraz logistyki w Szpitalu.
9. Analiza celowości i efektywności wykorzystywania środków finansowych przeznaczonych na zakupy w Szpitalu.
10. Nadzór nad wdrożeniem i monitorowanie realizacji zadań w zakresie rozwoju Szpitala w obszarach innowacyjności i technologii.
11. Nadzór nad właściwym wykorzystaniem środków finansowych przeznaczonych na realizację zakupów i usług w podległych komórkach organizacyjnych.
12. Odpowiedzialność za przebieg kontroli zewnętrznych.
13. Realizacja zadań w zakresie kontroli zarządczej jako Przewodniczący Zespołu ds. Kontroli Zarządczej.

Szczegółowe zadania Z-cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 74

### Z-CA DYREKTORA DS. INFRASTRUKTURY I INWESTYCJI

Do podstawowych zadań Z-cy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji należy:

1. Realizowanie zarządzeń i poleceń Dyrektora Naczelnego w ramach określonych przepisami prawa.
2. Nadzór nad zadaniami z zakresu prac organizacyjnych i kontroli realizacji spraw technicznych.
3. Nadzór nad zadaniami z zakresu planowania prac remontowych.
4. Nadzór nad zadaniami z zakresu przygotowania, realizacji i nadzoru wykonania prac remontowych i inwestycyjnych.
5. Nadzór nad zadaniami z zakresu sprawozdawczości z działalności, w tym sporządzanie sprawozdań z realizacji remontów i inwestycji.
6. Nadzór nad zadaniami z zakresu gospodarowania aparaturą i sprzętem medycznym wykorzystywanym w Szpitalu.
7. Nadzór nad procesem Inwestycji Wieloletniej.
8. Nadzór nad funkcjonowaniem podległych komórek organizacyjnych, tj.: Działu Inwestycji, Działu Eksploatacji oraz Działu Gospodarczego wraz z podległymi sekcjami.

## § 75

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Do zadań Głównego Księgowego należy:

1. Koordynacja oraz nadzór merytoryczny i organizacyjny nad pracami Działu Księgowości wraz z:
   1) Sekcją Księgowości i Rozliczeń Materiałowych,
   2) Sekcją Inwentaryzacji.
2. Prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązkami wynikającymi z następujących ustaw:
   1) o rachunkowości,
   2) o finansach publicznych,
   3) o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.
3. Planowanie oraz nadzorowanie majątku Szpitala, w szczególności:
   1) opracowywanie planu finansowego Szpitala,
   2) monitorowanie wykonania planu po stronie przychodów i kosztów, przedstawianie analiz i wniosków Dyrekcji Szpitala,
   3) zapewnienie obiegu informacji wewnętrznej, zgodnie z obowiązującymi w Szpitalu przepisami,
   4) kontrola przebiegu operacji finansowych, polegająca w szczególności na kontroli obrotów pieniężnych na rachunkach bankowych Szpitala, monitorowanie płynności finansowej w celu zapewnienia ciągłości działalności,
   5) rozliczanie inwestycji, Programów Zdrowotnych oraz dotacji.
4. Sporządzanie sprawozdań finansowych wg określonych standardów i ich przekazywanie zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie terminami.
5. Zapewnienie prawidłowego obiegu dokumentów księgowych, zgodnego z obowiązującymi w Szpitalu przepisami.
6. Kontakty i współpraca z instytucjami zewnętrznymi, bankami i dostawcami w sprawach wynikających z wykonywanych zadań.
7. Dokonywanie wstępnej kontroli zgodności operacji gospodarczych i finansowych z planem finansowym.
8. Prowadzenie Rejestru darowizn finansowych.
9. Przestrzeganie dyscypliny finansów publicznych.
10. Wykonywanie dyspozycji środkami pieniężnymi.
11. Przestrzeganie terminów rozliczania należności, zobowiązań.
12. Należyte przechowywanie i zabezpieczenie dokumentów księgowych i innej dokumentacji związanej z księgowością.

Ponadto Główny Księgowy w zakresie swoich prac winien wykonywać inne prace zlecone przez Kierownictwo Szpitala oraz współdziałać z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych mu zadań.

Szczegółowe zadania Głównego Księgowego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 76

DZIAŁ ORGANIZACYJNO-PRAWNY

W strukturze Działu Organizacyjno-Prawnego funkcjonują: Sekcja Organizacyjna, Sekcja Kancelaryjna, Sekcja Badań Klinicznych, Sekcja Nadzoru Wewnętrznego, Sekcja Komunikacji i Promocji oraz Koordynator Farmaceutyczny Badań Klinicznych.[34]

SEKCJA ORGANIZACYJNA

Do zadań Sekcji Organizacyjnej należy:

1. Koordynowanie prac związanych z opracowywaniem projektów struktury organizacyjnej USK Nr 1 w Lublinie, działalności podstawowej i organizacyjnej, Statutu Szpitala, regulaminów jednostek działalności podstawowej i administracyjnej, instrukcji i wytycznych oraz dokonywania w nich zmian.
2. Nadzór nad zgodnością ze stanem faktycznym dokumentów formalnych – statutu, regulaminów, wpisu Szpitala w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Bieżąca analiza struktur organizacyjnych w zakresie prawidłowości ich funkcjonowania oraz przygotowanie odpowiednich wniosków i zaleceń dotyczących usprawnienia pracy w jednostkach organizacyjnych i administracyjnych USK Nr 1 w Lublinie.
4. Opracowywanie projektów wewnętrznych aktów prawnych w zakresie kompetencji Działu.
5. Aktualizacja zarządzeń Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie pod względem osobowym, jak i prawnym we współpracy z właściwymi komórkami merytorycznymi dla ich realizacji.
6. Prowadzenie ewidencji wewnętrznych aktów prawnych oraz przeprowadzanie ich weryfikacji.
7. Zgłaszanie do Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie i właściwych komórek organizacyjnych nowych lub konsultowanych aktów prawnych.
8. Organizowanie prac i prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją zadań Kontroli Zarządczej Szpitala.
9. Przygotowanie posiedzeń Rady Społecznej Szpitala.
10. Obsługa administracyjno-organizacyjna posiedzeń Rady Społecznej, zebrań Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie z Kierownikami Klinik, itp. (porządek posiedzeń, zaproszenia, uchwały, informacje niezbędne do ich prawidłowego przebiegu).
11. Sporządzanie protokołów z posiedzeń Rady Społecznej, sporządzanie wyciągów z protokołów z zebrań.
12. Realizowanie zadań z zakresu skarg i wniosków, prowadzenie ewidencji skarg i wniosków Szpitala, a także sprawozdawczości w tym zakresie.
13. Zgłaszanie Szpitala do rejestrów, zgłaszanie zmian i aktualizacja danych (Krajowy Rejestr Sądowy, Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą).
14. Przygotowywanie projektów pełnomocnictw dla pracowników Szpitala oraz prowadzenie rejestru udzielonych pełnomocnictw.
15. Współpraca i nadzór w zakresie ochrony ubezpieczeniowej OC i mienia Szpitala.

[34] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

16. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi (Uniwersytet Medyczny, Ministerstwo Zdrowia, Urząd Wojewódzki itp.).
17. Współpraca z Zespołem Radców Prawnych w zakresie powierzonych zadań.
18. Organizacja i koordynacja zadań związanych z funkcjonowaniem Sekretariatu Dyrektora:
    1) ustalanie, opracowywanie i przestrzeganie harmonogramu zajęć Dyrektora,
    2) analiza korespondencji przekazywanej do wglądu Dyrektora,
    3) organizowanie spotkań z interesantami,
    4) organizacja spotkań, zebrań, konferencji,
    5) udzielanie informacji interesantom lub kierowanie ich do właściwych jednostek organizacyjnych Szpitala,
    6) bieżące rozwiązywanie skarg i wniosków pacjentów,
    7) nadzór nad właściwym zabezpieczeniem dokumentacji Szpitalnej, pieczątek, pieczęci,
    8) obsługa i nadzór nad zabezpieczeniem urządzeń i sprzętu znajdującego się w pomieszczeniach Dyrektora Szpitala,
    9) dbałość o wizerunek firmy,
    10) przestrzeganie organizacji obiegu pism (wg przepisów obowiązującej Instrukcji Kancelaryjnej).
19. Inne prace i obowiązki zlecone przez Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie i Przełożonych, wynikające z ww. zakresu czynności i okresowych zastępstw.

SEKCJA KANCELARYJNA

Do zadań Sekcji Kancelaryjnej należy:

1. Nadzór nad organizacją pracy kancelaryjnej w zakresie obiegu korespondencji w Szpitalu.
2. Przyjmowanie, ewidencjonowanie, ekspediowanie pism, faktur i przesyłek pocztowych dla poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala.
3. Powielanie, kompletowanie i bindowanie dokumentacji dla potrzeb Dyrekcji Szpitala.
4. Zlecanie usług pocztowych firmom kurierskim na potrzeby jednostek organizacyjnych Szpitala.
5. Przyjmowanie dokumentacji przetargowej, właściwe jej zabezpieczenie i przechowywanie.
6. Współpraca z Uniwersytetem Medycznym w Lublinie w zakresie obiegu dokumentacji.
7. Prowadzenie ewidencji przychodu i rozchodu biletów MPK, książek nadawczych, materiałów kancelaryjnych.
8. Nadzór nad realizacją umów zawieranych przez Szpital w zakresie usług pocztowych i kurierskich.
9. Nadzór nad właściwym zabezpieczeniem dokumentacji szpitalnej i korespondencji, pieczątek służbowych, urządzeń i sprzętu znajdującego się w Sekcji Kancelaryjnej.
10. Udzielanie (bezpośrednio lub telefonicznie) informacji interesantom lub kierowanie ich do właściwych jednostek organizacyjnych Szpitala.
11. Realizacja usług pocztowych, zakup biletów zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 170.000[35] zł.
12. Inne prace i obowiązki zlecone przez Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie i Przełożonych, wynikające z ww. zakresu czynności i okresowych zastępstw.

[35] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

SEKCJA BADAŃ KLINICZNYCH

Do zadań Sekcji Badań Klinicznych należy:

1. Koordynowanie prac związanych z negocjacją umów i realizacją badań klinicznych w Szpitalu.
2. Koordynowanie i monitorowanie sprawozdawczości dotyczącej realizowanych badań.
3. Bieżąca analiza w zakresie prawidłowości funkcjonowania oraz przygotowania odpowiednich wniosków, dotyczących usprawnienia realizacji badań klinicznych w poszczególnych jednostkach.
4. Opracowywanie i nowelizowanie Regulaminu Prowadzenia Badań Klinicznych oraz wszelkich aktów i załączników dotyczących badań klinicznych.
5. Prowadzenie nadzoru nad prawidłowością realizacji zawartych umów o prowadzenie badań klinicznych.
6. Prowadzenie rejestru napływających wniosków o podpisanie umów, dotyczących prowadzenia badań klinicznych w Szpitalu.
7. Prowadzenie rejestru wniosków, dotyczących prowadzenia eksperymentów medycznych i badań naukowych realizowanych na bazie Szpitala.
8. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi (Uniwersytet Medyczny, Sponsorzy, inne ośrodki) w zakresie prowadzenia badań klinicznych komercyjnych i niekomercyjnych.
9. Współpraca z Zespołem Radców Prawnych oraz Działem Kontrolingu i Analiz w zakresie negocjacji aspektów prawnych oraz budżetu umów o badanie kliniczne.
10. Dokonywanie oceny ciężkich zdarzeń niepożądanych zgłaszanych w związku z prowadzonymi w Ośrodku badaniami.
11. Prowadzenie ewidencji umów na badania kliniczne.
12. Prowadzenie ewidencji faktur wystawianych w ramach prowadzonych badań klinicznych.
13. Nadzór nad prawidłowością merytoryczną wystawianych faktur za badania kliniczne.
14. Współpraca z Głównymi Badaczami, Sponsorami w trakcie umowy na badanie kliniczne.
15. Inne prace i obowiązki zlecone przez Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie i przełożonych, wynikające z ww. zakresu czynności i okresowych zastępstw.

SEKCJA NADZORU WEWNĘTRZNEGO

Do zadań Sekcji Nadzoru Wewnętrznego należy:

1. Prowadzenie kontroli doraźnych w jednostkach organizacyjnych Szpitala, w szczególności w sytuacjach wymagających pilnej interwencji, zgłoszenia nieprawidłowości lub powzięcia wątpliwości co do prawidłowości działania.
2. Weryfikacja przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, regulaminów wewnętrznych, procedur oraz zarządzeń Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie.
3. Sporządzanie wewnętrznych raportów pokontrolnych obejmujących opis stanu faktycznego, stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości oraz rekomendacje działań naprawczych.
4. Analiza wystąpień pokontrolnych organów i podmiotów zewnętrznych wykonujących czynności kontrolne w Szpitalu.
5. Monitorowanie realizacji zaleceń pokontrolnych i informowanie Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie o postępach w ich wdrażaniu, w tym również Ocena skuteczności wdrażania zaleceń wynikających z kontroli zewnętrznych.

6. Współpraca z kierownikami jednostek organizacyjnych w zakresie eliminowania stwierdzonych nieprawidłowości.
7. Prowadzenie dokumentacji kontroli doraźnych oraz rejestru podjętych działań naprawczych.
8. Analiza powtarzających się nieprawidłowości i uchybień pod kątem możliwości wprowadzenia usprawnień systemowych.
9. Formułowanie wniosków i rekomendacji usprawniających, opartych na wynikach kontroli, analizie kontroli zewnętrznych oraz obserwacjach funkcjonowania jednostek.
10. Udział w opracowywaniu projektów zarządzeń i procedur wewnętrznych wynikających z działań naprawczych.
11. Inne prace i obowiązki zlecone przez Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie i Przełożonych, wynikające z ww. zakresu czynności i okresowych zastępstw.

Sekcja Nadzoru Wewnętrznego nie wykonuje zadań audytu wewnętrznego w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Działania Sekcji mają charakter operacyjny, interwencyjny i rozwojowy, ukierunkowany na bieżące rozwiązywanie problemów oraz wskazywanie kierunków usprawnień. Sekcja działa jako narzędzie Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie wspierające bieżące zarządzanie oraz inicjowanie procesów naprawczych.

SEKCJA KOMUNIKACJI I PROMOCJI

Do zadań Sekcji Komunikacji i Promocji należy:

1. Przygotowanie i wdrożenie strategii zarządzania wizerunkiem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Monitorowanie zdarzeń i informacji mogących mieć wpływ na wizerunek Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie oraz podejmowanie odpowiednich działań.
3. Zarządzanie kanałami informacyjnymi.
4. Współpraca z komórkami organizacyjnymi Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie w zakresie komunikacji wewnętrznej, zewnętrznej i działań promocyjnych poprzez:
   1) wsparcie organizacyjne przy realizacji inicjatyw promujących działalność jednostek organizacyjnych,
   2) współpracę merytoryczną przy przygotowaniu komunikatów, materiałów informacyjnych i materiałów promocyjnych,
   3) koordynację planowanych działań komunikacyjnych i promocyjnych jednostek organizacyjnych,
   4) wsparcie przy przygotowaniu prezentacji, raportów i materiałów na potrzeby wystąpień publicznych.
5. Kreowanie pozytywnego wizerunku Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie poprzez systemową współpracę z mediami.
6. Obsługę fotograficzną i filmową wydarzeń z udziałem kierownictwa i komórek organizacyjnych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
7. Publiczne prezentowanie działań Szpitala oraz wspieranie komunikacji kierownictwa Szpitala.
8. Organizowanie i prowadzenie kontaktów publicznych realizowanych z udziałem lub za pośrednictwem środków masowego przekazu.
9. Udzielanie odpowiedzi na publikacje medialne, interwencje prasowe oraz audycje radiowe i telewizyjne, dotyczące działalności Szpitala.

10. Udział i współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie planowania, realizacji oraz ewaluacji działań promocyjnych dotyczących Szpitala.
11. Prowadzenie i organizacja konferencji prasowych z udziałem Kierownictwa Szpitala lub osób zarządzających poszczególnymi jednostkami.
12. Bieżąca analiza informacji medialnych związanych ze Szpitalem.
13. Współredagowanie i aktualizowanie treści na stronie internetowej Szpitala oraz w mediach społecznościowych w szczególności w zakresie aktualności, komunikatów i materiałów promocyjnych.
14. Opracowywanie i redagowanie materiałów okolicznościowych, w tym listów gratulacyjnych, zaproszeń, podziękowań oraz materiałów informacyjnych.
15. Wspieranie działań w zakresie komunikacji kryzysowej oraz przeciwdziałania dezinformacji dotyczącej działalności Szpitala.
16. Inicjowanie i realizacja projektów edukacyjnych, profilaktycznych i wizerunkowych promujących działalność Szpitala.
17. Współpraca z partnerami zewnętrznymi, organizacjami oraz instytucjami publicznymi w zakresie komunikacji i promocji.
18. Inne prace i obowiązki zlecone przez Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie i Przełożonych, wynikające z ww. zakresu czynności i okresowych zastępstw.

KOORDYNATOR FARMACEUTYCZNY BADAŃ KLINICZNYCH[36]

Do zadań Koordynatora Badań Klinicznych należy:

1. Koordynowanie współpracy pomiędzy Apteką Szpitalną, Sekcją Badań Klinicznych i Badaczami w zakresie organizacji obrotu produktami leczniczymi wykorzystywanymi w badaniach klinicznych;
2. Nadzór nad procesem zamawiania, wydawania, ewidencjonowania leków stosowanych w badaniach klinicznych;
3. Weryfikacja zapotrzebowań na leki do badań klinicznych pod względem zgodności z protokołem badania, budżetem i obowiązującymi przepisami prawa;
4. Monitoring zgodności działań badaczy i jednostek organizacyjnych z przyjętymi zasadami dot. gospodarki lekami stosowanymi w badaniach klinicznych;
5. Gromadzenie i weryfikacja dokumentacji dotyczącej obrotu lekami w badaniach klinicznych;
6. Organizacja i nadzór nad procesem zwrotów, utylizacji lub zniszczenia produktów leczniczych stosowanych w badaniach klinicznych;
7. Współpraca z Kierownikiem Apteki Szpitalnej i Kierownikiem Działu Organizacyjno – Prawnego przy opracowaniu, wdrażaniu i aktualizacji procedur regulujących obieg produktów leczniczych stosowanych w badaniach klinicznych;
8. Prowadzenie rozliczeń leków stosowanych w badaniach klinicznych ze Sponsorami;
9. Monitorowanie zgodności działań badaczy z zasadami Dobrej Praktyki Klinicznej (GCP), przepisami prawa farmaceutycznego i wewnętrznymi procedurami Szpitala.

Wszyscy pracownicy Działu zobowiązani są do współdziałania z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie powierzonych zadań. Szczegółowe zadania pracowników Działu Organizacyjno-Prawnego określają ramowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujące się w aktach osobowych.

[36] dodano na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

## § 77[37]

DZIAŁ KADR I PŁAC

W strukturze Działu Kadr i Płac funkcjonują: Sekcja Spraw Pracowniczych i Płac, Sekcja Rekrutacji i Analiz oraz Sekcja Szkoleń.

SEKCJA SPRAW PRACOWNICZYCH I PŁAC:

1. prowadzi wszystkie sprawy osobowe dotyczące pracowników,
2. przygotowuje umowy o pracę, aneksy, wypowiedzenia, świadectwa pracy i inne zgodnie z Kodeksem Pracy i innymi aktami wykonawczymi,
3. zakłada i prowadzi akta osobowe pracowników,
4. nadzoruje ewidencjonowanie czasu pracy,
5. koordynuje realizację obowiązku kierowników komórek organizacyjnych w zakresie bieżącej aktualizacji zakresów czynności podległych pracowników,
6. archiwizuje dokumentację kadrową,
7. nadzoruje terminowość badań lekarskich i szkoleń BHP,
8. kontroluje i rozlicza urlopy wypoczynkowe, absencje chorobowe i uprawnienia związane z rodzicielstwem,
9. sporządza umowy cywilnoprawne (zlecenie, o dzieło),
10. udziela pracownikom informacji z zakresu prawa pracy i wynagrodzeń,
11. sporządza dokumenty zgłoszeniowe i rozliczeniowe (ZUS ZUA, ZZA, RSA, RCA), zgłasza i wyrejestrowuje pracowników w ZUS, nalicza i odprowadza składki ZUS,
12. wystawia dokumenty do delegacji pracowniczych,
13. obsługuje Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych dla pracowników i byłych pracowników,
14. prowadzi dokumentację związaną z PPK,
15. sporządza umowy do pracy zdalnej pracownikom,
16. przeprowadza kontrole dyscypliny pracy i kontrole trzeźwości we wszystkich jednostkach Szpitala i sporządza z nich protokoły,
17. sporządza wnioski o odznaczenia i medale,
18. sporządza listy płac i wypłaca wynagrodzenia,
19. przygotowuje dokumenty do rent i emerytur dla pracowników odchodzących z zakładu pracy,
20. oblicza kapitał początkowy dla pracowników pozostających w stosunku pracy oraz dla byłych pracowników,
21. sporządza „Informacje o uzyskanych dochodach i pobranych zaliczkach na podatek dochodowy
    – PIT 11 na koniec każdego roku podatkowego i przekazuje pracownikom,
22. nalicza i odprowadza zaliczki na podatek dochodowy od wynagrodzeń pracowniczych i rozlicza się z Urzędem Skarbowym,
23. załatwia sprawy związane z egzekucjami sądowymi i administracyjnymi z wynagrodzeń,
24. wystawia zaświadczenia, druki dla banków i innych instytucji,
25. sporządza zestawienia i raporty z zakresie kadr i płac dla jednostek zewnętrznych i własnych,
26. we współpracy z kierownictwem szpitala oraz kadrą kierowniczą opracowuje plan zatrudnienia,
27. we współpracy z kadrą kierowniczą opracowuje oraz inicjuje aktualizację opisów stanowisk pracy,

[37] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

28. corocznie opracowuje oraz przedkłada do zatwierdzenia Dyrektora Naczelnego dokument obrazujący ocenę liczby i kwalifikacji zawodowych zatrudnionego personelu pod względem zapewnienia pacjentom właściwej jakości i bezpieczeństwa opieki,
29. identyfikuje i zgłasza Dyrektorowi Naczelnemu przepadki braków kadrowych w określonych obszarach działania,
30. koordynuje proces adaptacji zawodowej nowozatrudnionych pracowników,
31. merytorycznie dostosowuje system zastępstw i wzywanie personelu w sytuacjach nagłych lub kryzysowych,
32. nadzoruje kompleksowość obsady stanowisk kierowniczych pod względem ilościowym, spełniania określonych na tych stanowiskach wymagań, zgodności powierzonych obowiązków oraz zakresu odpowiedzialności ze schematem organizacyjnym,
33. odpowiada za przygotowanie, przeprowadzenie oraz analizę zakończoną wnioskami w zakresie badania opinii personelu (satysfakcji zawodowej).

SEKCJA REKRUTACJI I ANALIZ:

1. realizuje prognozowanie i planowanie w zakresie potrzeb kadrowych,
2. prowadzi nadzór nad prawidłowością planowania zatrudnienia, rekrutacji i doboru odpowiednich pracowników zgodnie z potrzebami Szpitala,
3. prowadzi kompleksową obsługę procesu przyjęcia kandydata do pracy (zgodnie z zasadą równego dostępu do zatrudnienia, bez przejawów dyskryminacji) w tym: przygotowuje ogłoszenia o naborze na dane stanowisko pracy, określa wymagania i kwalifikacje związane ze stanowiskiem, prowadzi rekrutację, weryfikację wymaganych dokumentów, ogłasza wyniki, przygotowuje raport końcowy z przeprowadzonej rekrutacji,
4. współdziała z odpowiednimi komórkami organizacyjnymi Szpitala w ustalaniu i utrzymaniu optymalnego poziomu oraz struktury zatrudnienia,
5. prowadzi ewidencję wykonania etatów całego personelu Szpitala,
6. prowadzi ewidencję udzielonych kar regulaminowych,
7. przygotowuje materiały i sporządza sprawozdania statystyczne dla organów założycielskich, a także do instytucji zewnętrznych, takich jak: Główny Urząd Statystyczny, Ministerstwo Zdrowia, Urząd Marszałkowski, PFRON,
8. przygotowuje postępowania na udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne zgodnie z trybem określonym brzmieniem art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
9. aktualizuje procedurę dotyczącą procesu zatrudniania pracowników i przebiegu stosunku pracy pod kątem zmian przepisów prawa pracy,
10. przedkłada propozycje zmian w zakresie dokumentacji dedykowanej do procesu rekrutacji
11. inicjuje propozycje zmian organizacyjnych pod kątem nowo identyfikowanych wymagań.

SEKCJA SZKOLEŃ:

1. realizuje działania w zakresie szkoleń, specjalizacji, staży i praktyk oraz wolontariatu,
2. prowadzi listy szkoleń realizowanych przez pracowników Szpitala,
3. nadzoruje realizację planu szkoleń,
4. sporządza zestawienia roczne z wykonania planu szkoleń,
5. prowadzi obsługę kadrowo-szkoleniową rezydentów i stażystów, w tym:
   a) lekarzy odbywających specjalizację i zatrudnionych w Szpitalu,
   b) lekarzy odbywających staż podyplomowy i zatrudnionych w Szpitalu,

c) lekarzy zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji w Szpitalu w ramach umów cywilno-prawnych, oddelegowań i urlopów szkoleniowych,
d) lekarzy/innych osób specjalizujących się z innych jednostek, np.: psychologów, diagnostów laboratoryjnych a odbywających staże kierunkowe w oddziałach/komórkach organizacyjnych Szpitala,
e) staży podyplomowych lekarzy odbywających staż podyplomowy w innych Szpitalach, skierowanych do odbycia stażu cząstkowego w oddziałach/komórkach organizacyjnych Szpitala,

6. prowadzi, we współpracy z Naczelną Pielęgniarką i pielęgniarkami oddziałowymi /koordynującymi sprawy związane ze stażami studenckimi oraz ze stażami zawodowymi dla pielęgniarek
i położnych, realizowanymi w ramach odbywanych specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i dokształcających,
7. prowadzi i koordynuje sprawy związane z:
a) grupowymi praktykami zawodowymi,
b) praktykami indywidualnymi dla studentów uczelni,
c) zajęciami praktycznymi dla studentów uczelni i słuchaczy studium.
8. prowadzi rejestry:
a) umów i porozumień w zakresie realizacji staży i praktyk,
b) staży cząstkowych zewnętrznych realizowanych przez rezydentów,
c) szkoleń.
9. przechowuje oryginały umów i porozumień zawieranych przez Szpital w zakresie realizowanych zadań,
10. współpracuje z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizowanych zadań,
11. współpracuje z uczelniami i terenowymi jednostkami samorządowymi oraz innymi instytucjami w zakresie realizowanych zadań,
12. przygotowuje projekty wewnętrznych regulacji w zakresie realizowanych zadań,
13. zapewnia dla personelu każdej jednostki organizacyjnej Szpitala realizację dwóch szkoleń w roku z zakresu tematyki dotyczącej praw pacjenta oraz dwóch szkoleń w roku dotyczących wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem – realizowanych w ramach zasobów wewnętrznych,
14. zapewnia dla personelu całego Szpitala realizację jednego szkolenia z zakresu praw pacjenta oraz jednego szkolenia z zakresu wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem
– organizowanych w ramach współpracy z profesjonalnym podmiotem zewnętrznym,
15. koordynuje działania ukierunkowane na pozyskanie przez personel Szpitala umiejętności postępowania w sytuacjach trudnych,
16. opracowuje plany szkoleń zarówno realizowane wewnętrznie, jak również przez podmioty zewnętrzne,
17. weryfikuje kompleksowość propozycji szkoleniowych na dany rok według wytycznych określonych m. in. w standardach akredytacyjnych CMJ.

Szczegółowe zadania osób zajmujących poszczególne stanowiska w Dziale Kadr i Płac określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 78

PEŁNOMOCNIK OCHRONY

Do zadań Pełnomocnika Ochrony należy:

1. Zapewnienie ochrony informacji niejawnych, w tym stosowanie środków bezpieczeństwa fizycznego.
2. Zapewnienie ochrony systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane informacje niejawne.
3. Zarządzanie ryzykiem bezpieczeństwa informacji niejawnych, w szczególności szacowanie ryzyka.
4. Kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzegania przepisów o ochronie tych informacji, w szczególności okresowa (co najmniej raz na trzy lata) kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów.
5. Opracowywanie i aktualizowanie, wymagające akceptacji kierownika jednostki organizacyjnej, planu ochrony informacji niejawnych w jednostce organizacyjnej, w tym w razie wprowadzenia stanu nadzwyczajnego i nadzorowanie jego realizacji.
6. Prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony informacji niejawnych.
7. Prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających.
8. Prowadzenie aktualnego wykazu osób zatrudnionych w jednostce organizacyjnej albo wykonujących czynności zlecone, które posiadają uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto.
9. Przekazywanie odpowiednio ABW lub SKW danych do ewidencji, osób uprawnionych do dostępu do informacji niejawnych o klauzuli „poufne" a także osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa, lub wobec których podjęto decyzję o cofnięciu poświadczenia bezpieczeństwa.
10. Rejestracja, przechowywanie i sprawdzanie obiegu dokumentów z informacjami niejawnymi.
11. Wykonywanie poleceń Dyrektora nie objętych niniejszym zakresem.

Szczegółowe zadania Pełnomocnika Ochrony określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 79

INSPEKTOR DS. OBRONNYCH I OBRONY CYWILNEJ

Do zadań Inspektora ds. obronnych i obrony cywilnej należy:

1. W zakresie spraw obronnych:
   1) Opracowanie i utrzymanie w stałej aktualności:
      a) planu przygotowania Szpitala na potrzeby obronne państwa,
      b) planu stałego dyżuru,

c) planu wydzielenia łóżek dla służb mundurowych,
d) planu wprowadzenia stopni alarmowych,

2) Prowadzenie ewidencji:
a) pracowników z przydziałami mobilizacyjnymi,
b) świadczeń rzeczowych i osobistych na rzecz Szpitala,
c) rotacji kadry medycznej w ramach przeniesień.

3) Współuczestnictwo w opracowywaniu procedur działania na wypadek katastrof i zdarzeń masowych.
4) Szkolenie personelu do działania w sytuacjach kryzysowych.
5) Sprawdzanie zabezpieczenia logistycznego Szpitala.

2. W zakresie spraw obrony cywilnej:
1) realizacja zadań wynikających z przepisów o obronie cywilnej,
2) szkolenie pracowników z powszechnej samoobrony,
3) okresowa - terminowa legalizacja sprzętu obrony cywilnej,
4) prowadzenie magazynu sprzętu obrony cywilnej będącego na wyposażeniu stałym lub czasowym.

Szczegółowe zadania Inspektora ds. obronnych i obrony cywilnej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 80**[38]

DZIAŁ SYSTEMÓW ZARZĄDZANIA I AKREDYTACJI

1. Do zadań Działu Systemów Zarządzania i Akredytacji należy:
1) Planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywną jej realizację.
2) Monitorowanie wskaźników jakości przyjętych przez Szpital oraz kosztów jakości.
3) Nadzorowanie realizacji zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością i Standardów Akredytacyjnych dla Szpitali.
4) Współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, procedur dotyczących poprawy bezpieczeństwa pracowników i pacjentów oraz jakości świadczonych przez Szpital usług.
5) Nadzór nad dokumentacją Systemu Zarządzania Jakością – Księga Jakości, procedury.
6) Planowanie zasobów potrzebnych do właściwej realizacji zadań wynikających z wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością i Standardów Akredytacyjnych dla Szpitali.
7) Ocena satysfakcji hospitalizowanych pacjentów z warunków pobytu i jakości świadczonej opieki.
8) Inspirowanie działań Zespołu Zarządzania Jakością oraz współpraca z funkcjonującymi w Szpitalu Zespołami i Komitetami.
9) Współpraca, w realizacji zapisów ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, z merytorycznymi komórkami i dedykowanymi

[38] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

zespołami w zakresie prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem.

10) Monitorowanie aktualności procedur i dokumentów dotyczących standardów akredytacyjnych, publikowanych na stronie internetowej Szpitala oraz w systemie Clininet/Intranet.
11) Omawianie z personelem oddziałów oraz Działu Diagnostyki Laboratoryjnej wyników regularnej, okresowej analizy błędów przedlaboratoryjnych celem poprawy jakości udzielanych świadczeń.
12) Uczestniczenie w analizach przyczyn wszystkich zgonów szpitalnych, w tym zgonów okołozabiegowych.
13) Nadzorowanie procesu monitorowania wskaźników skuteczności leczenia zgodnie z wymogami standardów akredytacyjnych.
14) Prowadzenie monitorowania zdarzeń niepożądanych, również niedoszłych, poprzez:
    a. identyfikowanie zdarzeń niepożądanych, w tym zapewnienie systemu wsparcia i ochrony osobom zgłaszającym,
    b. ich analizę przyczynowo - skutkową RCA,
    c. formułowanie wniosków i zaleceń dotyczących dalszego postępowania,
    d. przedstawianie Dyrekcji Szpitala propozycji nowych rozwiązań,
    e. nadzorowanie skuteczności i trwałości wdrożenia analiz RCA.
15) Uczestniczenie w opracowywaniu skutecznych metod komunikacji wśród personelu USK Nr 1.
16) Wdrożenie zasad postępowania z ofiarami przemocy.
17) Identyfikowanie głównych obszarów wymagających poprawy w oparciu o prowadzone w szpitalu projekty poprawy jakości.

2. W ramach organizacyjnych Działu Systemów Zarządzania i Akredytacji funkcjonuje Koordynator ds. Epidemiologii. Do jego zadań należy m.in.:
    1) Inicjowanie i koordynowanie działań sprzyjających zapewnieniu bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas udzielania świadczeń medycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.
    2) Współuczestniczenie w identyfikacji obszarów priorytetowych z zakresu bezpieczeństwa epidemiologicznego podczas udzielanych świadczeń medycznych.
    3) Współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych, zespołami i komitetami merytorycznymi funkcjonującymi w szpitalu, w szczególności kierownikiem i członkami zespołu kontroli zakażeń w zakresie standardów bezpieczeństwa epidemiologicznego.
    4) Formułowanie wniosków w oparciu o zebrane informacje dotyczące zgłoszeń chorób zakaźnych
    i zakażeń, ognisk epidemicznych i zdarzeń niepożądanych wywołanych czynnikami biologicznymi, w tym szczepami wielolekoopornymi.
    5) Współpraca z Zespołami i Komitetami funkcjonującymi w USK Nr 1 w zakresie tworzenia programów i działań na rzecz poprawy jakości dotyczących bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjentów i personelu.
    6) Formułowanie wniosków i zaleceń dotyczących jakości w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego, w oparciu o uzyskane wyniki analiz przyczyn niepożądanych zdarzeń

związanych z hospitalizacją np. reoperacje, readmisje, powikłania pooperacyjne, przedłużone pobyty, odległe skutki zabiegów, z zastosowaniem obowiązujących kryteriów i standardów.

**§ 81**

AUDYTOR WEWNĘTRZNY

Zadania Audytora Wewnętrznego regulują powszechnie obowiązujące przepisy prawa oraz wewnętrzne akty prawne, w tym „Regulamin Audytu Wewnętrznego" obowiązujący w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.

**§ 82**

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Do zadań Inspektora Ochrony Danych należy:

1. Informowanie i doradzanie administratorowi lub podmiotowi przetwarzającemu, jak również ich pracownikom, w zakresie ich obowiązków wynikających z przepisów prawa o ochronie danych.
2. Sprawowanie nadzoru i monitorowanie zgodności organizacji z wszystkimi przepisami prawa dotyczącego ochrony danych.
3. Przeprowadzanie audytów, działań podnoszących świadomość, a także szkolenia dla personelu zajmującego się przetwarzaniem danych.
4. Udzielanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie jej wykonania.
5. Pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organu nadzorczego oraz dla osób fizycznych składających wnioski i żądania dotyczące przetwarzania ich danych osobowych i wykonywania ich praw.
6. Współpraca z organami ochrony danych i pełnienie funkcji punktu kontaktowego dla organów ochrony danych w kwestiach związanych z przetwarzaniem.

**§ 83**

STANOWISKA RADCÓW PRAWNYCH

Do zadań Radców Prawnych należy:

1. Udzielanie organom kierowniczym Szpitala opinii, porad prawnych oraz wyjaśnień w zakresie stosowania prawa.
2. Udzielanie jednostkom organizacyjnym Szpitala pomocy prawnej w sprawach dotyczących ich zakresu działania, a w szczególności informacji, opinii, porad prawnych i wyjaśnień związanych ze stosowaniem obowiązujących przepisów prawnych – na ich wniosek.
3. Udzielanie informacji o przepisach prawnych organizacjom zawodowym działającym w Szpitalu, na ich wniosek.

4. Informowanie Kierownictwa Szpitala o:
   1) Istotnych dla działalności Szpitala nowo wydanych przepisach prawnych,
   2) Występujących nieprawidłowościach i faktach naruszania prawa na podstawie prowadzonych spraw oraz o skutkach tych uchybień.
5. Opiniowanie lub przygotowywanie projektów umów.
6. Opiniowanie pod względem prawnym:
   1) Projektów wewnętrznych zarządzeń, regulaminów, instrukcji i innych aktów wydawanych w Szpitalu,
   2) Zawieranych umów długoterminowych bądź nietypowych albo dotyczących zobowiązań znacznej wartości,
   3) Innych spraw wymagających opinii prawnej.

**§ 84**

KAPELAN SZPITALNY

Kapelan Szpitalny zapewnia realizację praw pacjenta do opieki duszpasterskiej, w tym prawo do kontaktu z duchownym w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia.

**§ 85**

INSPEKTOR OCHRONY RADIOLOGICZNEJ

Do zakresu zadań Inspektora Ochrony Radiologicznej należy:
1. Nadzór nad przestrzeganiem przez Szpital warunków ochrony radiologicznej związanych z prowadzoną działalnością (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2021 r. w sprawie nadawania uprawnień inspektora ochrony radiologicznej sprawującego wewnętrzny nadzór nad przestrzeganiem wymagań ochrony radiologicznej w jednostkach ochrony zdrowia),
2. Prowadzenie kontroli jakości nad wszystkimi aparatami rentgenowskimi w Szpitalu,
3. Dostosowanie procedur związanych ze stosowaniem promieniowania jonizującego do aktualnych przepisów prawnych oraz wdrożenie ich w Szpitalu,
4. Ścisła współpraca z Kierownikiem Zakładu Radiologii Lekarskiej oraz wyznaczonym pracownikiem Zespołu Zarządzania Jakością.

Szczegółowe zadania Inspektora Ochrony Radiologicznej określa jego ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 86

DZIAŁ BHP

Zadania Działu BHP określa Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 września 1997 r. w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy.

## § 87

STANOWISKO DS. PPOŻ.

Do zadań osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. ppoż. należy:

1. Realizacja zadań w zakresie zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Prowadzenie kontroli stanu zabezpieczenia przeciwpożarowego obiektów Szpitala oraz opracowywanie zaleceń i wniosków zmierzających do poprawy stanu ochrony ppoż.
3. Współdziałanie w zakresie szkoleń przeciwpożarowego i przygotowania pracowników do czynnego udziału w zapobieganiu pożarom i podejmowanie akcji ratowniczo-gaśniczych.
4. Sprawowanie nadzoru nad wyposażeniem obiektów w podręczny sprzęt gaśniczy oraz oznakowaniem i utrzymaniem we właściwym stanie dróg ewakuacyjnych i pożarowych.
5. Opracowywanie i aktualizacja Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego, planów ewakuacji, instrukcji alarmowania i planów obrony ppoż.
6. Współdziałanie z właściwymi komórkami organizacyjnymi w zakresie ustalania wymagań przepisów ppoż. podczas projektowania prac remontowych, modernizacyjnych i adaptacyjnych.
7. Udział w komisyjnych odbiorach obiektów po zakończeniu prac remontowych, adaptacyjnych, instalacyjnych, itp.
8. Zgłaszanie wniosków o wyłączenie z użytkowania maszyn, urządzeń, instalacji i aparatury grożących pożarem.
9. Udział w komisyjnych dochodzeniach po pożarowych, sporządzanie dokumentacji oraz przedstawianie stosowanych wniosków.
10. Wykonywanie innych prac z zakresu ochrony przeciwpożarowej zlecanych przez przełożonych.

Szczegółowe zadania osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. ppoż. określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 88

PEŁNOMOCNIK PRAW PACJENTA

Pełnomocnik Praw Pacjenta jest powołany w celu reprezentowania i ochrony praw pacjentów Szpitala. Pełnomocnik Praw Pacjenta uprawniony jest w szczególności do:

1. Podejmowania wszelkich czynności niezbędnych do przeprowadzania postępowania wyjaśniającego w sprawach skarg i wniosków pacjentów, których dobro zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone działaniem/zaniechaniem w realizacji świadczeń udzielanych przez USK Nr 1 w Lublinie.

2. Wglądu do dokumentacji medycznej.
3. Pełnomocnik Praw Pacjenta zobowiązany jest do:
   1) monitorowania przestrzegania praw pacjenta przez pracowników Szpitala,
   2) podejmowania działań interwencyjnych w sytuacjach naruszenia praw pacjenta,
   3) współpracy z rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej w Izbie Lekarskiej i Izbie Pielęgniarskiej,
   4) współpracy z organizacjami rządowymi i pozarządowymi działającymi na rzecz praw pacjenta,
   5) współpracy z organizacjami skupiającymi pacjentów w zakresie praw pacjentów,
   6) nadzorowania przestrzegania (poszanowania) praw pacjenta przez komórki organizacyjne,
   7) analizy skarg i wniosków kierowanych przez pacjenta do Dyrekcji Szpitala,
   8) współdziałania z komórkami organizacyjnymi Szpitala, szczególnie w zakresie realizacji praw pacjenta,
   9) wnioskowania do Dyrektora Szpitala o przeprowadzenie kontroli w związku z rażącym naruszeniem praw pacjenta,
   10) współdziałania w organizowaniu szkoleń i narad dotyczących przestrzegania praw pacjenta,
   11) prowadzenia rejestru złożonych lub nadesłanych pism do Pełnomocnika Praw Pacjenta,
   12) utrzymywania bieżącego kontaktu z pacjentami leczącymi się w Szpitalu,
   13) współpracy z Zespołem Zarządzania Jakością w zakresie tworzenia i nadzoru nad dokumentacją zintegrowanego systemu zarządzania/akredytacji MZ,
   14) przestrzegania zapisów zawartych w dokumentacji zintegrowanego systemu zarządzania akredytacji MZ,
   15) wykonywania czynności związanych z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu procedur pielęgniarskich,
4. Pełnomocnik Praw Pacjenta przyjmuje zgłoszenia w sprawach skarg i wniosków: telefonicznie (nr tel. 530 028 321) i mailowo (e-mail pełnomocnik@usk1.lublin.pl).

**§ 89**

PION Z-CY DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH

W pionie Z-cy Dyrektora ds. Medycznych są:
1. Apteka Szpitalna wraz z podległymi pracowniami,
2. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej:
   1) Medyczne Laboratorium Diagnostyczne,
   2) Laboratorium Diagnostyki Molekularnej,
   3) Punkt pobrań materiałów do badań ul. Staszica 16,
   4) Punkt pobrań materiałów do badań ul. Langiewicza 6A,
   5) Pracownia Cytometrii Przepływowej i Cytomorfologii
3. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej:
   1) Pracownia Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową.
4. Dział Krwiolecznictwa:
   1) Bank Krwi

2) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej.
5. Pracownia Patomorfologii.
6. Izby Przyjęć.
7. Centralny Blok Operacyjny.
8. Przykliniczne Bloki Operacyjne
9. Przykliniczna Przychodnia Specjalistyczna.
10. Dział Epidemiologii.
11. Oddziały – Kliniki.
12. Zakłady.
13. Pracownia Cytologii.
14. Zespół Poradni Specjalistycznych i POZ.
15. Dział Obsługi Pacjenta Okulistyki.
16. Dział Obsługi Pacjenta Psychiatrii.
17. Dział Obsługi Pacjenta Onkologii.
18. Dział Obsługi Pacjenta Hematologii.
19. Zespół Poradni Psychiatrycznych.
20. Zespół Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych.
21. Przykliniczna Przychodnia Onkologiczna.

**§ 90**

APTEKA SZPITALNA

Zadania i organizacja funkcjonowania Apteki Szpitalnej określona została szczegółowo brzmieniem Załącznika Nr 33 pn. „Regulamin Apteki Szpitalnej".

**§ 91**

DZIAŁ DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

Do zadań Działu Diagnostyki Laboratoryjnej należy:
1. Wykonywanie badań laboratoryjnych dla pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach USK Nr 1 w Lublinie, pacjentów leczonych w Poradniach Specjalistycznych, badania w ramach programów naukowych Klinik.
2. Wykonywanie analiz w zakresie biochemii, immunologii (hormony), hematologii, analityki ogólnej.
3. Wykonanie oceny jakości i wartości diagnostycznej badań oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyników badań.
4. Prowadzenie działalności naukowo-szkoleniowej: szkolenie uczniów średnich szkół medycznych w ramach obowiązkowych praktyk wakacyjnych (stopień i wpis do indeksu), szkolenie studentów Uniwersytetu Medycznego w ramach praktyk wakacyjnych, prowadzenie specjalizacji z analityki klinicznej dla absolwentów szkół wyższych wg przepisanego programu.
5. Wewnętrzna działalność naukowo-szkoleniowa dla personelu wyższego i niższego.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Diagnostyki Laboratoryjnej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 92**

DZIAŁ KRWIOLECZNICTWA

1. Kierownikiem Działu Krwiolecznictwa, powołanym przez Dyrektora Szpitala, jest lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią w Szpitalu, specjalista transfuzjologii klinicznej.
2. Kierownik Działu Krwiolecznictwa opracowuje obowiązujące w Szpitalu standardowe operacyjne procedury dotyczące organizacji leczenia krwią i jej składnikami oraz pełni nadzór nad krwiolecznictwem w jednostkach organizacyjnych Szpitala i udziela konsultacji w tym zakresie.
3. W strukturze Działu Krwiolecznictwa funkcjonują:
   1) Bank Krwi,
   2) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej.

   Kierownikiem Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej, powołanym przez Dyrektora Szpitala, jest diagnosta laboratoryjny – specjalista w dziedzinie laboratoryjnej transfuzjologii medycznej.
4. Merytoryczny nadzór nad działalnością Działu Krwiolecznictwa sprawuje Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
5. Zadania Działu Krwiolecznictwa:
   1) Składanie zamówień na krew i jej składniki w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie, zgodnie z zamówieniami jednostek organizacyjnych Szpitala.
   2) Odbiór krwi i jej składników z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
   3) Przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do jednostki organizacyjnej Szpitala.
   4) Całodobowe wydawanie krwi i jej składników do jednostek organizacyjnych Szpitala.
   5) Prowadzenie dokumentacji dotyczącej przychodów i rozchodów krwi i jej składników.
   6) Sporządzanie sprawozdań dotyczących zużycia krwi i jej składników i przekazywanie ich do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
   7) Przyjmowanie z jednostek organizacyjnych Szpitala zgłoszeń o niepożądanych zdarzeniach i reakcjach związanych z leczeniem krwią i jej składnikami oraz materiałów do ich opracowania,

      a następnie ich przekazywanie do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.
   8) Całodobowe wykonywanie przez Pracownię Immunologii Transfuzjologicznej badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej dla jednostek organizacyjnych Szpitala oraz prowadzenie dokumentacji tych badań.
   9) Przekazywanie do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie próbek krwi do konsultacyjnych badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej.

10) Dystrybucja do jednostek organizacyjnych Szpitala, a także pacjentom do leczenia domowego, koncentratów czynników krzepnięcia sprowadzanych z Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie w ramach Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Krwiolecznictwa określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych

**§ 93**

PRACOWNIA PATOMORFOLOGII

Do zadań Pracowni Patomorfologii należy:
1. Opracowywanie protokołów szczegółowo opisujących wszystkie stosowane procedury badań.
2. Stałe nadzorowanie zgodności pracy wykonywanej ze standardami zawartymi w protokołach i wprowadzanie w nich stałych korekt wynikających z udoskonalenia technik diagnostycznych.
3. Analizy zgodności rozpoznań kliniczno-patologicznych.
4. Zewnętrzne kontrole jakości badań tzn. konsultacje preparatów w ośrodkach specjalistycznych (np. onkologicznych), w przypadkach uzasadnionych.
5. Ocena materiału cytologicznego i tkankowego narządów pobranych w czasie zabiegów operacyjnych i diagnostycznych oraz wykonywanie badań śródoperacyjnych dla wszystkich jednostek Szpitala.
6. Nadzór nad właściwym funkcjonowaniem pracowni w zakresie prowadzonej dokumentacji medycznej wykonanych badań – rejestracja danych w systemie komputerowym.

Szczegółowe zadania pracowników Pracowni Patomorfologii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 94**

PRACOWNIA CYTOLOGII

Do zadań Pracowni Cytologicznej należy:
1. Opracowywanie protokołów szczegółowo opisujących wszystkie stosowane procedury badań.
2. Stałe nadzorowanie zgodności pracy wykonywanej ze standardami zawartymi w protokołach i wprowadzanie w nich stałych korekt wynikających z udoskonalenia technik diagnostycznych.
3. Analizy zgodności rozpoznań kliniczno-patologicznych.
4. Ocena materiału cytologicznego (cytologia złuszczeniowa: rozmazy z płynów z jam ciała, popłuczyny, plwocina) pobranego w czasie zabiegów operacyjnych i diagnostycznych oraz wykonywanie badań śródoperacyjnych cytologicznych dla wszystkich jednostek Szpitala.
5. Badanie cytologii ginekologicznej (wg systemu Bethesda 2014r).
6. Nadzór nad właściwym funkcjonowaniem pracowni w zakresie prowadzonej dokumentacji medycznej wykonanych badań – rejestracja danych w systemie komputerowym.

Szczegółowe zadania pracowników Pracowni Cytologii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 95**

BANK TKANEK OKA

1. Do zadań Banku Tkanek Oka należy:
   1) Pozyskanie dawców tkanek:
      a) pobieranie,
      b) gromadzenie,
      c) przetwarzanie,
      d) przechowywanie,
      e) dystrybucja tkanek oka tj. rogówek i twardówki oraz błony owodniowej.
   2) Proces przygotowania tkanek do przeszczepu odbywa się ściśle wg szczegółowych procedur Banku Tkanek Oka, tj.:
      a) Procedur dotyczących sprawdzania i kwalifikacji dawcy wg kryteriów doboru dawcy,
      b) Procedur dotyczących pobierania, przetwarzania, konserwacji i przechowywania tkanek oka (rogówka, twardówka) i błony owodniowej,
      c) Procedur związanych z prowadzeniem dokumentacji dawców, tkanek oraz gromadzeniem i przetwarzaniem informacji w systemie elektronicznym „Bank Tkanek" ISBT 128, który zapewnia unikalne i niepowtarzalne znakowanie tkanek,
      d) Procedur dotyczących kwalifikacji tkanek do celów transplantacyjnych oraz dokumentacji związanej z tkankami do przeszczepu, przeznaczonymi do dystrybucji,
      e) Procedur dotyczących warunków i zasad dystrybucji tkanek do przeszczepu oraz organizacji dystrybucji do ośrodków okulistycznych na terenie kraju.
   3) Dystrybucja tkanek oka i błony owodniowej odbywa się wg zasad określonych przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne d/s Transplantacji POLTRANSPLANT, wg kryteriów zamieszczonych w „Krajowej Liście Oczekujących (KLO) na przeszczep rogówki" i zgodnie Ustawą o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dn. 1 lipca 2005 r. z późn. zm.

Szczegółowe zadania pracowników Banku Tkanek Oka określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 96**

CENTRALNY BLOK OPERACYJNY

1. W strukturze Centralnego Bloku Operacyjnego funkcjonują:
   1) Blok Operacyjny Oddziałów Zlokalizowanych przy Alei Solidarności 8 oraz
   2) Centralna Sterylizatornia,

których zadaniem jest zapewnienie warunków organizacyjnych, technicznych i epidemiologicznych do przeprowadzania zabiegów operacyjnych w sposób bezpieczny i zgodny z obowiązującymi standardami medycznymi, zasadami aseptyki i polityką jakości Szpitala.

2. Do zadań Bloku Operacyjnego Oddziałów Zlokalizowanych przy Alei Solidarności 8 należy w szczególności:
   1) przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel medyczny zgodnie z obowiązującymi procedurami i zasadami bezpieczeństwa pacjenta,
   2) zapewnienie całodobowej gotowości do wykonywania zabiegów planowych i nagłych, zgodnie z potrzebami oddziałów szpitalnych,
   3) organizacja i koordynacja przebiegu planowych i nagłych zabiegów operacyjnych zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy,
   4) zapewnienie prawidłowego obiegu pacjentów kierowanych na zabiegi z zachowaniem zasad identyfikacji pacjenta w tym ich przyjęcia, przygotowania, transportu i przekazania po zabiegu,
   5) nadzór nad przestrzeganiem zasad aseptyki i antyseptyki oraz utrzymywaniem wysokiego poziomu bezpieczeństwa epidemiologicznego,
   6) racjonalne gospodarowanie materiałami, w tym opatrunkowymi, szewnymi, implantami i wyrobami medycznymi jednorazowego użytku,
   7) współpraca z Apteką Szpitalną i Centralną Sterylizatornią w zakresie gospodarki lekowej, środków dezynfekcyjnych, materiałów medycznych oraz sprzętowej,
   8) monitorowanie, dokumentowanie i analizowanie przebiegu zabiegów operacyjnych, w tym prowadzenie rejestru operacji oraz raportowanie zdarzeń niepożądanych,
   9) zapewnienie odpowiedniej opieki pielęgniarskiej i nadzoru w okresie okołooperacyjnym,
   10) inicjowanie i wdrażanie rozwiązań podnoszących jakość i efektywność pracy bloku operacyjnego,
   11) utrzymywanie sprawności technicznej aparatury, sprzętu i instalacji niezbędnych do wykonywania zabiegów,
   12) przestrzeganie zasad gospodarki lekowej, materiałowej i odpadami medycznymi zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   13) współpraca z Kierownictwem Szpitala, Naczelną Pielęgniarką, Kierownikami Klinik oraz innymi jednostkami w celu zapewnienia ciągłości i jakości świadczeń.

3. Do zadań Centralnej Sterylizatorni należy:
   1) zapewnienie właściwego przygotowania, dezynfekcji, sterylizacji i obiegu narzędzi oraz sprzętu medycznego wykorzystywanego podczas zabiegów,
   2) planowanie i organizowanie pracy w sposób zapewniający terminową i efektywną jej realizację oraz bezpieczeństwo procesów sterylizacji,
   3) planowanie, organizowanie i prowadzenie ciągłej kontroli przyjętych technologii: dezynfekcji wstępnej, mycia, dezynfekcji właściwej, suszenia, pakowania, sterylizacji, przechowywania po sterylizacji i dystrybucji materiału sterylnego, w tym walidacji urządzeń i nadzoru nad parametrami krytycznymi,
   4) opracowanie, wdrażanie i doskonalenie standardów dotyczących systemu pracy Centralnej Sterylizatorni,
   5) opracowanie i doskonalenie systemu informacji i dokumentacji w Centralnej Sterylizatorni,
   6) zapewnienie szkoleń i instruktażu pracowników w zakresie bezpieczeństwa mikrobiologicznego, higieny pracy i obsługi urządzeń,

7) planowanie i racjonalne wykorzystanie zasobów potrzebnych do właściwej realizacji zadań przez Centralną Sterylizatornię.

Szczegółowe zadania, obowiązki, uprawnienia i odpowiedzialność pracowników Centralnego Bloku Operacyjnego określają ramowe zakresy obowiązków oraz indywidualne opisy stanowisk pracy znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 97**

KIEROWNIK PRZYKLINICZNEJ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ

Do zadań Kierownika Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej należy:
1. Organizowanie i nadzorowanie pracy poradni przyklinicznych.
2. Realizacja wszystkich zadań administracyjnych w odniesieniu do działalności Poradni.
3. Nadzór nad prawidłowym i zgodnym z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjentów zespołu poradni.
4. Zarządzanie poradniami w oparciu o dane ekonomiczne i zasady rachunku ekonomicznego.
5. Ustalanie składu osobowego Poradni Specjalistycznych.
6. Analiza potrzeb pacjentów i dostosowywanie czasu pracy Poradni.

Kierownik Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Szczegółowe zadania Kierownika Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 98**

DZIAŁ EPIDEMIOLOGII

Do zadań Działu Epidemiologii należy:
1. Współuczestniczenie w opracowywaniu standardów, procedur w zakresie higieny i epidemiologii szpitalnej.
2. Organizowanie i wpływ na prawidłową realizację zadań z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych.
3. Współpraca z lekarzami, pielęgniarkami oraz pracownikami innych działów w zakresie rejestracji pacjentów z zakażeniem szpitalnym/czynnikiem alarmowym.
4. Prowadzenie rejestrów oraz raportów pacjentów z zakażeniami szpitalnymi oraz czynnikami alarmowymi.
5. Przeprowadzanie dochodzeń epidemiologicznych wraz z zaleceniami inicjującymi działania zmierzające do likwidacji ogniska zakażenia.
6. Nadzorowanie izolacji pacjentów, którzy stwarzają ryzyko zagrożeń epidemiologicznych.
7. Prowadzenie rejestru chorób zakaźnych podlegających zgłaszaniu do Powiatowego/ Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie.
8. Prowadzenie rejestru ekspozycji zawodowych u pracowników Szpitala.

9. Prowadzenie kontroli wewnętrznej w USK Nr 1 w Lublinie.
10. Monitorowanie, ocenianie i analizowanie stanu sanitarno – epidemiologicznego Szpitala.
11. Uczestniczenie w spotkaniach z pielęgniarkami i lekarzami /działami organizacyjnymi USK Nr 1 w Lublinie/ zespołami doradczymi powołanymi w celu podnoszenia standardów dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń szpitalnych.
12. Organizowanie przepływu informacji w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń szpitalnych między członkami Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Klinik / Poradni i innych komórek organizacyjnych Szpitala.
13. Współpraca z Radcami Prawnymi oraz Działem Organizacyjno – Prawnym.
14. Organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu z zakresu higieny i epidemiologii szpitalnej (bieżąca i dla nowoprzyjętych).
15. Opiniowanie zakupów sprzętu medycznego i innego asortymentu w zakresie bezpieczeństwa epidemiologicznego.
16. Uczestniczenie w postępowaniach przetargowych - w zakresie higieny i epidemiologii szpitalnej.
17. Przedstawianie okresowych sprawozdań Dyrekcji Szpitala.
18. Uczestniczenie w szkoleniach, kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.
19. Współpraca z Powiatowym / Wojewódzkim Inspektorem Sanitarnym w Lublinie.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Epidemiologii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 99**

KIEROWNIK ZESPOŁU PORADNI SPECJALISTYCZNYCH i POZ

Do zadań Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ należy:
1. organizowanie i koordynowanie pracy podległych pracowników w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy,
2. dbałość o dostępność udzielanych świadczeń oraz sprawną, fachową i troskliwą opiekę nad pacjentami,
3. uwzględnianie w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych aktualnych przepisów prawa i regulacji wewnętrznych oraz aktualnych potrzeb rynku zdrowotnego,
4. dbałość o poziom usług medycznych zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz obowiązującymi regulacjami prawa,
5. nadzór nad przestrzeganiem praw pacjenta,
6. dbałość o poziom usług medycznych zgodny z oczekiwaniami usługobiorcy,
7. zarządzanie przyznanymi na funkcjonowanie środkami finansowymi w oparciu o zasadę racjonalnej gospodarki, opartej na rachunku ekonomicznym,
8. Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ w zakresie związanym z kierowaniem podległych jednostek organizacyjnych podlega służbowo Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Szczegółowe zadania Kierownika Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 100**

DZIAŁ OBSŁUGI PACJENTA OKULISTYKI

Do zadań Działu Obsługi Pacjenta Okulistyki w zakresach jednostek organizacyjnych zlokalizowanych przy ulicy Chmielnej 1 należy:

1. Koordynowanie oraz nadzór merytoryczny i organizacyjny w zakresie:
   1) rejestracji pacjenta okulistycznego, zarówno w kontakcie bezpośrednim, telefonicznym jak i poprzez pocztę elektroniczną;
   2) prowadzenia kancelarii wypisów;
   3) udzielania pacjentom informacji na temat świadczeń zdrowotnych realizowanych przez podmiot leczniczy w zakresie okulistyki;
   4) udzielania pacjentom informacji w zakresie harmonogramów pracy poradni (w tym list oczekujących) oraz wymaganych dokumentów uprawniających do świadczeń;
   5) działania na rzecz pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej – współpraca z pracownikiem piastującym Stanowisko ds. Socjalnych Pacjentów;
   6) współpracy z rodziną pacjenta;
   7) wsparcia pacjenta w adaptacji w procesie diagnostyczno-leczniczym;
   8) oceny bieżących potrzeb pacjenta Poradni i Oddziału;
   9) zapewnienia prawidłowych warunków organizacyjno-technicznych do realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Okulistyki;
   10) procesu edukacji zdrowotnej pacjentów.
2. Kodowanie i grupowanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Oddziałach i Poradniach Okulistycznych, wynikające z umów zawartych z Lubelskim Oddziałem NFZ – zakończone jest oświadczeniem rocznym składanym Dyrektorowi Naczelnemu nie później niż 2 tygodnie od zakończenia okresu rozliczeniowego danej umowy, przez każdą z osób kodujących z informacją o faktycznym 100 % zakodowaniu w systemie informatycznym Szpitala wykonanych świadczeń.
3. Sprawdzanie zgodności wykonywanych procedur wysokospecjalistycznych w oddziałach okulistycznych, tj.: Kliniki Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklistego, Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry i Kliniki Okulistyki Ogólnej z raportami Bloku Operacyjnego i właściwe ich rozliczenie.
4. Sprawdzanie dokumentacji medycznej i kodowanie programów lekowych.
5. Przyjmowanie skarg i zażaleń od pacjentów okulistycznych i przygotowywanie projektów odpowiedzi.
6. Dbałość o jakość obsługi pacjenta okulistycznego.
7. Współpraca z Pełnomocnikiem Praw Pacjenta i Zespołem Zarządzania Jakością.
8. Współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie kompetencji Działu.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Obsługi Pacjenta Okulistyki określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 101**

DZIAŁ OBSŁUGI PACJENTA PSYCHIATRII

Do zadań Działu Obsługi Pacjenta Psychiatrii w zakresach jednostek organizacyjnych zlokalizowanych przy ulicy Głuskiej 1 należy:

1. Koordynowanie oraz nadzór merytoryczny i organizacyjny w zakresie:
    1) rejestracji pacjenta psychiatrycznego, zarówno w kontakcie bezpośrednim, telefonicznym jak i poprzez pocztę elektroniczną;
    2) prowadzenia kancelarii wypisów;
    3) udzielania pacjentom informacji na temat świadczeń zdrowotnych realizowanych przez podmiot leczniczy w zakresie psychiatrii;
    4) udzielania pacjentom informacji w zakresie harmonogramów pracy poradni (w tym list oczekujących) oraz wymaganych dokumentów uprawniających do świadczeń;
    5) działania na rzecz pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej – współpraca z pracownikiem piastującym Stanowisko ds. Socjalnych Pacjentów;
    6) współpracy z rodziną pacjenta;
    7) wsparcia pacjenta w adaptacji w procesie diagnostyczno-leczniczym;
    8) oceny bieżących potrzeb pacjenta Poradni i Oddziałów;
    9) zapewnienia prawidłowych warunków organizacyjno-technicznych do realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Psychiatrii;
    10) procesu edukacji zdrowotnej pacjentów.
2. Kodowanie i grupowanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Oddziałach i Poradniach Psychiatrycznych, wynikające z umów zawartych z Lubelskim Oddziałem NFZ – zakończone jest oświadczeniem rocznym składanym Dyrektorowi Naczelnemu nie później niż 2 tygodnie od zakończenia okresu rozliczeniowego danej umowy, przez każdą z osób kodujących z informacją o faktycznym 100 % zakodowaniu w systemie informatycznym Szpitala wykonanych świadczeń.
3. Sprawdzanie zgodności wykonywanych procedur wysokospecjalistycznych na oddziałach psychiatrycznych tj.: I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji oraz II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej i właściwe ich rozliczenie.
4. Sprawdzanie dokumentacji medycznej i kodowanie programów lekowych.
5. Przyjmowanie skarg i zażaleń od pacjentów psychiatrycznych i przygotowywanie projektów odpowiedzi.
6. Dbałość o jakość obsługi pacjenta psychiatrycznego.
7. Współpraca z Pełnomocnikiem Praw Pacjenta i Zespołem Zarządzania Jakością.
8. Współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie kompetencji Działu.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Obsługi Pacjenta Psychiatrii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 102**

DZIAŁ OBSŁUGI PACJENTA ONKOLOGII

Do zadań Działu Obsługi Pacjenta Onkologii (Oddziału Chirurgii Onkologicznej, Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Chemioterapii Dziennej – Pododdziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Radioterapii – Pododdziału Onkologii Klinicznej oraz Poradni zlokalizowanych przy ulicy Radziwiłłowskiej 13) należy:

1. Koordynowanie oraz nadzór merytoryczny i organizacyjny w zakresie:
    1) rejestracji pacjenta onkologicznego, zarówno w kontakcie bezpośrednim, telefonicznym jak i poprzez pocztę elektroniczną;
    2) prowadzenia kancelarii wypisów;
    3) udzielania pacjentom informacji na temat świadczeń zdrowotnych realizowanych przez podmiot leczniczy w zakresie onkologii;
    4) udzielania pacjentom informacji w zakresie harmonogramów pracy poradni (w tym list oczekujących) oraz wymaganych dokumentów uprawniających do świadczeń;
    5) działania na rzecz pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej – współpraca z pracownikiem piastującym Stanowisko ds. Socjalnych Pacjentów;
    6) współpracy z rodziną pacjenta;
    7) wsparcia pacjenta w adaptacji w procesie diagnostyczno-leczniczym;
    8) oceny bieżących potrzeb pacjenta Poradni i Oddziału;
    9) zapewnienia prawidłowych warunków organizacyjno-technicznych do realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Onkologii;
    10) procesu edukacji zdrowotnej pacjentów.
2. Kodowanie i grupowanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Oddziałach i Poradniach Onkologicznych, wynikające z umów zawartych z Lubelskim Oddziałem NFZ – zakończone jest oświadczeniem rocznym składanym Dyrektorowi Naczelnemu nie później niż 2 tygodnie od zakończenia okresu rozliczeniowego danej umowy, przez każdą z osób kodujących z informacją o faktycznym 100 % zakodowaniu w systemie informatycznym Szpitala wykonanych świadczeń.
3. Sprawdzanie zgodności wykonywanych procedur wysokospecjalistycznych na oddziałach Kliniki Chirurgii Onkologicznej z raportami Bloku Operacyjnego i właściwe ich rozliczenie.
4. Sprawdzanie dokumentacji medycznej i kodowanie programów lekowych.
5. Przyjmowanie skarg i zażaleń od pacjentów onkologicznych i przygotowywanie projektów odpowiedzi.
6. Dbałość o jakość obsługi pacjenta onkologicznego.
7. Współpraca z Pełnomocnikiem Praw Pacjenta i Zespołem Zarządzania Jakością.
8. Współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie kompetencji Działu.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Obsługi Pacjenta Onkologii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 103**

DZIAŁ OBSŁUGI PACJENTA HEMATOLOGII

Do zadań Działu Obsługi Pacjenta Hematologii (Oddziału Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii oraz Poradni zlokalizowanych przy ulicy Staszica 11) należy:

1. Koordynowanie oraz nadzór merytoryczny i organizacyjny w zakresie:
    1) rejestracji pacjenta hematoonkologicznego, zarówno w kontakcie bezpośrednim, telefonicznym jak i poprzez pocztę elektroniczną;
    2) prowadzenia kancelarii wypisów;
    3) udzielania pacjentom informacji na temat świadczeń zdrowotnych realizowanych przez podmiot leczniczy w zakresie hematoonkologii;
    4) udzielania pacjentom informacji w zakresie harmonogramów pracy poradni (w tym list oczekujących) oraz wymaganych dokumentów uprawniających do świadczeń;
    5) działania na rzecz pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej – współpraca z pracownikiem piastującym Stanowisko ds. Socjalnych Pacjentów;
    6) współpracy z rodziną pacjenta;
    7) wsparcia pacjenta w adaptacji w procesie diagnostyczno-leczniczym;
    8) oceny bieżących potrzeb pacjenta Poradni i Oddziału;
    9) zapewnienia prawidłowych warunków organizacyjno-technicznych do realizacji świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Hematoonkologii;
    10) procesu edukacji zdrowotnej pacjentów.
2. Kodowanie i grupowanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w Oddziale i Poradniach Hematoonkologicznych wynikające z umów zawartych z Lubelskim Oddziałem NFZ – zakończone jest oświadczeniem rocznym składanym Dyrektorowi Naczelnemu nie później niż 2 tygodnie od zakończenia okresu rozliczeniowego danej umowy, przez każdą z osób kodujących z informacją o faktycznym 100 % zakodowaniu w systemie informatycznym Szpitala wykonanych świadczeń.
3. Sprawdzanie zgodności wykonywanych procedur wysokospecjalistycznych na oddziale Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku i właściwe ich rozliczenie.
4. Sprawdzanie dokumentacji medycznej i kodowanie programów lekowych.
5. Przyjmowanie skarg i zażaleń od pacjentów hematoonkologii i przygotowywanie projektów odpowiedzi.
6. Dbałość o jakość obsługi pacjenta Hematoonkologii.
7. Współpraca z Pełnomocnikiem Praw Pacjenta i Zespołem Zarządzania Jakością.
8. Współpraca z innymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie kompetencji Działu.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Obsługi Pacjenta Hematologii określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 104

KIEROWNIK ZESPOŁU PORADNI PSYCHIATRYCZNYCH

Do zadań Kierownika Zespołu Poradni Psychiatrycznych należy:
1. Organizowanie i nadzorowanie pracy Poradni psychiatrycznych.
2. Realizacja wszystkich zadań administracyjnych w odniesieniu do działalności Poradni psychiatrycznych.
3. Nadzór nad prawidłowym i zgodnym z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjentów Zespołu Poradni Psychiatrycznych.
4. Zarządzanie poradniami w oparciu o dane ekonomiczne i zasady rachunku ekonomicznego.
5. Analiza potrzeb pacjentów i dostosowywanie czasu pracy Poradni.
6. Dbałość o dostępność udzielanych świadczeń oraz sprawną i fachową opiekę nad pacjentami.
7. Dbałość o poziom usług medycznych w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz obowiązującymi regulacjami prawa.

Kierownik Zespołu Poradni Psychiatrycznych podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Szczegółowe zadania Kierownika Zespołu Poradni Psychiatrycznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 105

KIEROWNIK ZESPOŁU OPIEKI DZIENNEJ I PORADNI OKULISTYCZNYCH

Do zadań Kierownika Zespołu Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych należy:
1. Organizowanie i nadzorowanie pracy Poradni Okulistyki Ogólnej i Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego Poradni Okulistyki Ogólnej.
2. Realizacja wszystkich zadań administracyjnych w odniesieniu do działalności pracy Poradni Okulistyki Ogólnej i Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego Poradni Okulistyki Ogólnej.
3. Nadzór nad prawidłowym i zgodnym z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa prowadzeniem dokumentacji medycznej pacjentów Zespołu Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych.
4. Zarządzanie poradnią i gabinetem w oparciu o dane ekonomiczne i zasady rachunku ekonomicznego.
5. Analiza potrzeb pacjentów i dostosowywanie czasu pracy Poradni.
6. Dbałość o dostępność udzielanych świadczeń oraz sprawną i fachową opiekę nad pacjentami.
7. Dbałość o poziom usług medycznych w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz obowiązującymi regulacjami prawa.

Kierownik Zespołu Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych podlega bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Medycznych.

Szczegółowe zadania Kierownika Zespołu Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 106

Z-CA DYREKTORA DS. INFORMATYZACJI

W pionie Z- cy Dyrektora ds. Informatyzacji znajdują się:
1. Dział Informatyczny,
2. Dział Dokumentacji Chorych,
3. Dział Statystyki i Kodowania,
4. Dział Aparatury Medycznej,
5. Archiwum Centralne.

## § 107

DZIAŁ INFORMATYCZNY

Do zadań Działu Informatycznego należy:
1. Planowanie, w porozumieniu z właściwymi jednostkami organizacyjnymi, tworzenia nowych i rozbudowy istniejących systemów informatycznych.
2. Organizacja prac dotyczących tworzenia i rozbudowy systemów informatycznych.
3. Nadzór nad prawidłowością działania urządzeń sieciowych i sprzętu komputerowego.
4. Współpraca przy organizacji i zarządzaniu zasobami lokalnej sieci komputerowej.
5. Współpraca, wstępny instruktaż i pomoc w pracy użytkownikom oprogramowania ogólnoużytkowego i specjalistycznego.
6. Wykonywanie prac związanych z drobnymi naprawami sprzętu i adaptacjami oprogramowania.
7. Realizacja dostaw i usług związanych z komputeryzacją Szpitala, zakup sprzętu i oprogramowania zgodnie z *Regulaminem postępowania przy udzieleniu zamówień publicznych, których wartość jest mniejsza od kwoty 170.000*[39] *złotych netto dla dostaw, usług i robót budowlanych*.
8. Nadzór nad aktualizacją strony internetowej Szpitala przy współpracy z Sekcją Komunikacji i Promocji Działu Organizacyjno-Prawnego.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Informatycznego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 108[40]

„DZIAŁ DOKUMENTACJI CHORYCH

Do zadań Działu Dokumentacji Chorych należy:
1. Nadzorowanie i dbałość o prawidłowość i kompletność pozyskiwanych danych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Wykonywanie prac w następującym zakresie:

[39] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[40] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 38/2025 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 1 grudnia 2025 r.

a) współpraca z instytucjami zewnętrznymi - ośrodkami pomocy społecznej, prokuraturą, sądami, uniwersytetem medycznym, podmiotami leczniczymi, LOW NFZ,
b) weryfikacja otrzymywanej dokumentacji medycznej z oddziałów szpitalnych – karty statystyczne, historie chorób,
c) nadzór nad ruchem chorych pacjentów – kontrola przyjęć i wypisów oraz prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych,
d) pobieranie opłat za udzielone świadczenia od osób nieubezpieczonych,
e) zakup usług medycznych zewnętrznych oraz nadzór nad przebiegiem realizacji zawartych umów,
f) udostępnianie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
g) korespondencja w zakresie spraw bieżących wynikających z codziennej działalności szpitala, rozstrzyganie uwag, skarg i sporów zgłaszanych przez pacjentów,
h) prowadzenie rejestracji pacjentów do Poradni Specjalistycznych zlokalizowanych przy ul. Stanisława Staszica 11, ul. Stanisława Staszica 14a, ul. Stanisława Staszica 16, Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ przy ul. Mariana Langiewicza 6a, rejestracji pracowni diagnostycznych lub zabiegowych zlokalizowanych przy ul. Stanisława Staszica 11, Stanisława Staszica 14a, Stanisława Staszica 16 i al. Solidarności 8.
i) rejestracja w systemie komputerowym pacjentów poddawanych hospitalizacji, w ramach Izby Przyjęć Ogólnej przy al. Solidarności 8 i Izby Przyjęć – ul. Stanisława Staszica 11 i ul. Stanisława Staszica 16,
j) wystawianie kart DILO – organizacja opieki „pozamedycznej" pacjenta z chorobą nowotworową,
k) sprawozdawanie do Lubelskiego Oddziału NFZ codziennych raportów z prowadzonych w komórkach USK Nr 1 w Lublinie list oczekujących w zakresie pierwszego wolnego terminu oraz miesięcznego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjenta na przyjęcie.

Powyższe zadania nie obejmują wszystkich zadań pracowników Działu Dokumentacji Chorych, które szczegółowo zostały zawarte w indywidualnym zakresie obowiązków. Ponadto pracownicy Działu Dokumentacji Chorych realizują inne dodatkowe czynności zlecone bezpośrednio przez przełożonego (Dyrektor/ Z-ca Dyrektora), związane z bieżącą działalnością."

## § 109[41]

DZIAŁ STATYSTYKI I KODOWANIA

Do zadań Działu Statystyki i Kodowania należy:

1. sporządzanie zestawień dotyczących statystyki z zakresu lecznictwa szpitalnego, leczenia ambulatoryjnego,
2. prowadzenie bazy danych wypisanych pacjentów oddziału, niezbędnej do monitorowania kodowania świadczeń,

[41] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 38/2025 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 1 grudnia 2025 r.

3. kodowanie w systemie szpitalnym świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach oddziałów szpitalnych zlokalizowanych przy ul. Stanisława Staszica 11 i ul. Stanisława Staszica 16, przy al. Solidarności 8 oraz pracowni endoskopii zlokalizowanej przy al. Solidarności 8, wynikające z umów zawartych z Lubelskim Oddziałem NFZ – zakończone jest oświadczeniem rocznym składanym Dyrektorowi Naczelnemu nie później niż 2 tygodnie od zakończenia okresu rozliczeniowego danej umowy, przez każdą z osób kodujących z informacją o faktycznym 100 % zakodowaniu w systemie informatycznym Szpitala wykonanych świadczeń,
4. rozliczanie programów lekowych prowadzonych w ramach poszczególnych oddziałów szpitalnych w wymienionej powyżej lokalizacji,
5. współpraca z personelem medycznym oddziałów w zakresie rozliczania świadczeń zdrowotnych z LOW NFZ,
6. przekazywanie do rejestru nowotworów zlokalizowanego przy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli w Lublinie informacji o zachorowaniach na nowotwór złośliwy,
7. monitorowanie i bieżąca analiza powszechnie obowiązujących regulacji prawnych w zakresie rozliczeń świadczeń,
8. ewidencja danych medycznych w aplikacji SMPT.

Powyższe zadania nie obejmują wszystkich zadań pracowników Działu Statystyki i Kodowania, które szczegółowo zostały zawarte w indywidualnym zakresie obowiązków. Ponadto pracownicy Działu Statystyki i Kodowania realizują inne dodatkowe czynności zlecone bezpośrednio przez przełożonego (Dyrektor/ Z-ca Dyrektora), związane z bieżącą działalnością."

## § 110

## DZIAŁ APARATURY MEDYCZNEJ

Do zadań Działu Aparatury Medycznej należy:
1. Opracowanie planów inwestycyjno-finansowych w zakresie aparatury i sprzętu medycznego Szpitala.
2. Przeprowadzanie zakupów, modernizacji i inwestycji w zakresie aparatury i sprzętu medycznego poprzez organizowanie procesu wyboru, zakupu, montażu, nadzoru, rozliczeń, uzyskiwania zezwoleń na eksploatację i przekazywanie do użytkowania po zakończonych inwestycjach i modernizacjach.
3. Wnioskowanie związane z działalnością remontowo-modernizacyjną i inwestycyjną w zakresie aparatury i sprzętu medycznego, a także systemów wspomagających ich funkcjonowanie.
4. Prowadzenie czynności związanych z eksploatacją aparatury i sprzętu medycznego, w tym organizowanie przeglądów technicznych, kalibracji, legalizacji oraz ekspertyz, a także planowanie i wdrażanie działań naprawczych oraz eliminowanie zagrożeń uwidocznionych podczas tych przeglądów.
5. Prowadzenie, ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentacji związanej z zadaniami Działu, w szczególności: dokumentacji technicznej, protokołów serwisowych, paszportów, umów oraz kart gwarancyjnych.

6. Dział Aparatury Medycznej pracuje zgodnie z przepisami obowiązującego prawa, w tym zarządzeniami i poleceniami wewnętrznymi, stosując w szczególności przepisy:
   1) ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 r., poz.1620 z późn. zm.) oraz przepisy wykonawcze z nią związane,
   2) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 1320 z późn. zm.),
   3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r., poz. 450 z późn. zm.),
   4) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2759 z późn. zm.),
   5) innych przepisów prawa związanych z działalnością Działu.
7. Realizacja usług i dostaw oraz innych działań związanych z aparaturą medyczną zgodnie z *Regulaminem postępowania przy udzieleniu zamówień publicznych, których wartość jest mniejsza od kwoty 170.000*[42] *złotych netto dla dostaw, usług i robót budowlanych*.
8. Prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE/budżetu Państwa i innych w zakresie zadań Działu, w tym określonych oddzielnymi dokumentami w ramach powoływanych zespołów realizujących projekty.
9. Utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o dofinansowanie w zakresie zadań Działu.
10. Bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów w zakresie zadań Działu.
11. Opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów w zakresie zadań Działu.
12. Działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami w zakresie zadań Działu.
13. Uczestnictwo w pracach mających na celu pozyskanie przez Szpital opinii o celowości inwestycji w zakresie aparatury i sprzętu medycznego.
14. Monitoring i kontrola projektów w zakresie realizowanych zadań.
15. Bieżąca weryfikacja zgodności danych dotyczących aparatury i sprzętu medycznego, zamieszczonych w systemie AppMedica oraz Systemie Środków Trwałych, ze stanem faktycznym oraz wymogami dla aparatury medycznej oraz standardami NFZ.[43]
16. Ponoszenie odpowiedzialności za prowadzenie rejestru AppMedica.[44]
17. Bieżąca analiza wykorzystania sprzętu ujętego w rejestrze AppMedica oraz przedkładanie Dyrektorowi Naczelnemu comiesięcznych raportów z tych działań.[45]

Szczegółowe zadania pracowników Działu Aparatury Medycznej określają ramowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujące się w aktach osobowych.

## § 111

## ARCHIWUM CENTRALNE

Archiwum Centralne Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie jest komórką organizacyjną odpowiedzialną za kompleksowe zarządzanie dokumentacją medyczną i administracyjną, przeznaczoną do przechowywania.

[42] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[43] dodano na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.
[44] dodano na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.
[45] dodano na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

Do zadań Archiwum Centralnego należy:

1. W zakresie dokumentacji medycznej:
   1) Prowadzenie archiwum szpitalnego (część medyczna),
   2) Przyjmowanie dokumentacji medycznej z komórek organizacyjnych Szpitala na podstawie spisów zdawczo-odbiorczych,
   3) Przechowywanie, zabezpieczanie, katalogowanie i ewidencjonowanie dokumentacji medycznej,
   4) Zapewnienie bezpiecznego dostępu do dokumentacji osobom uprawnionym oraz jej udostępnianie w trybie przewidzianym przepisami,
   5) Wydawanie i przyjmowanie dokumentacji medycznej na potrzeby jednostek wewnętrznych
      i zewnętrznych,
   6) Prowadzenie rejestru udostępnionej dokumentacji medycznej,
   7) Organizacja i prowadzenie brakowania dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. W zakresie dokumentacji administracyjnej:
   1) Współpraca z komórkami organizacyjnymi i nadzór w zakresie udzielania wiążących wyjaśnień i pouczeń w sprawie klasyfikacji akt i przekazywania ich do archiwum zakładowego,
   2) Inicjowanie na wniosek kierowników komórek organizacyjnych dodawania i rozszerzania haseł klasyfikacyjnych do obowiązującego Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt,
   3) Przejmowanie z poszczególnych komórek organizacyjnych akt oraz sprawdzanie ich zgodności ze spisem zdawczo-odbiorczym,
   4) Sprawdzanie prawidłowości zakwalifikowania akt do odpowiedniej kategorii archiwalnej,
   5) Przechowywanie przejętych akt w należytym porządku i właściwe ich zabezpieczenie,
   6) Sporządzanie i prowadzenie ewidencji archiwum zakładowego,
   7) Udostępnianie akt i innej dokumentacji przechowywanej w archiwum do celów służbowych
      i naukowych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
   8) Sporządzanie i prowadzenie rejestru udostępnionej dokumentacji,
   9) Inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej (kat. B), uczestniczenie w Komisji Brakowania,
   10) Współpraca z Archiwum Państwowym w zakresie przekazywania dokumentacji kategorii A.
3. Realizacja zadań organizacyjno-technicznych, takich jak:
   1) Monitorowanie warunków przechowywania dokumentacji zgodnie z normami (temperatura, wilgotność),
   2) Organizacja przestrzeni magazynowej i nadzór nad zabezpieczeniami fizycznymi dokumentów,
   3) Współpraca z komórkami organizacyjnymi w zakresie porządkowania i klasyfikacji akt,
   4) Organizacja szkoleń i udzielanie konsultacji w zakresie archiwizacji,
   5) Przekazywanie brakowanych akt do składnicy surowców wtórnych lub do zniszczenia,
   6) Przekazywanie materiałów archiwalnych do Archiwum Państwowego,
   7) Dbanie o ład i porządek oraz estetyczny wygląd archiwum.

Szczegółowe zadania Archiwisty (Kierownika Archiwum Centralnego) określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 112

Z-CA DYREKTORA DS. FINANSÓW I ROZWOJU

W pionie Z- cy Dyrektora ds. Finansów i Rozwoju znajdują się:

1. Dział Zaopatrzenia:
   1) Sekcja Zabezpieczenia Potrzeb Materiałowych,
   2) Sekcja Magazynowa,
2. Dział Kontrolingu i Analiz,
3. Dział Usług Medycznych i Rozliczeń,
4. Dział Zamówień Publicznych,
5. Dział Projektów.

## § 113

DZIAŁ ZAOPATRZENIA

Do zadań Działu Zaopatrzenia należy:

1. Koordynacja i nadzór nad pracą podległych Sekcji:
   1) Sekcja Zabezpieczenia Potrzeb Materiałowych,
   2) Sekcja Magazynowa:
      a) Magazyn Papierniczy,
      b) Magazyn Gospodarczo-Czystościowy wraz z wyposażeniem gospodarczym,
      c) Magazyn Tekstylny wraz z wyposażeniem tekstylnym,
      d) Magazyn Techniczny wraz z wyposażeniem technicznym,
      e) Magazyn drobnego sprzętu medycznego niesterylnego wraz wyposażeniem medycznym.
2. Prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE i innych w zakresie zadań Działu.
3. Utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o dofinansowanie w zakresie zadań Działu.
4. Bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów w zakresie zadań Działu.
5. Opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów w zakresie zadań Działu.
6. Działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami w zakresie zadań Działu.
7. Monitoring i kontrola projektów w zakresie realizowanych zadań, w tym w szczególności:
   1) monitorowanie i kontrola zgodności realizacji przedsięwzięć współfinansowanych z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych z zawartymi umowami i obowiązującym prawem,
   2) przekazywanie zainteresowanym komórkom organizacyjnym zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia,

3) monitorowanie projektów w okresie ich trwałości,
4) przygotowywanie sprawozdań do instytucji finansujących,
5) współpraca z użytkownikami projektów,
6) gromadzenie danych o zrealizowanych projektach,
7) archiwizacja projektów zgodnie z wytycznymi UE,
8) przygotowywanie informacji dla współpracujących jednostek organizacyjnych Szpitala.

SEKCJA ZABEZPIECZENIA POTRZEB MATERIAŁOWYCH

Do zadań Sekcji Zabezpieczenia Potrzeb Materiałowych należy:

1. Dokonywanie zakupów sprzętu gospodarczego, środków czystości, artykułów papierniczych, tekstylnych wraz z wyposażeniem i sprzętu medycznego niesterylnego wraz wyposażeniem medycznym oraz innych zgodnie z *Regulaminem postępowania przy udzieleniu zamówień publicznych, których wartość jest mniejsza od kwoty 170.000*[46] *złotych netto dla dostaw, usług i robót budowlanych*.
2. Dokonywanie zestawień i wycen dla poszczególnych komórek organizacyjnych dla zakupów powyżej 170.000[47] zł., poprzez określenie wartości szacunkowej i sporządzenie wniosku o rozpoczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego przekazywanego do Działu Zamówień Publicznych, po uprzedniej akceptacji właściwego zastępcy Dyrektora i Głównego Księgowego.
3. Dokonywanie ponownego szacowania zamówień w przypadku nierozstrzygniętego postępowania przetargowego bądź któregoś z zadań.
4. Sporządzanie zamówień jednorazowych i zamówień do umów długoterminowych dla zakupów wyłączonych ze stosowania Ustawy Prawo Zamówień Publicznych.
5. Sporządzanie zamówień do umów długoterminowych zawartych poprzez udzielenie zamówienia publicznego powyżej 170.000[48] zł. oraz nadzór nad ich realizacją.
6. Prowadzenie rejestru wszystkich zamówień i umów z przyporządkowaniem do rzeczowego Magazynu.
7. Prowadzenie kontroli ilościowej umów długoterminowych.
8. Przestrzeganie terminowej realizacji umów / zamówień.
9. Opracowywanie dokumentów dostawy, tj. faktur pod względem zgodności towaru z zamówieniem/ umową, terminem realizacji, zgodności cen, terminu płatności dokonywania zakupów.
10. Obliczanie i wystawianie propozycji noty księgowej za nieterminową realizację.
11. Sporządzanie dokumentów przyjęcia środka trwałego OT.
12. Prowadzenie rejestru faktur i przekazywanie ich do Działu Księgowości.
13. Prowadzenie rejestru zamówień o wartości szacunkowej nieprzekraczającej równowartości 170.000[49] zł.

[46] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[47] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[48] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[49] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

14. Dokonywanie oceny kluczowych dostawców i sporządzanie w tym celu dokumentów QED-003 i QED-004.
15. Wykonywanie innych prac zleconych przez Kierownictwo Szpitala.
16. Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji ww. zadań.

SEKCJA MAGAZYNOWA

Do zadań Sekcji Magazynowej należy:

1. Sporządzanie planów oraz sprawozdań - okresowych i bieżących – dotyczących działalności magazynów szpitalnych.
2. Sporządzanie i weryfikacja planów zakupów zamówień publicznych dla potrzeb całego Szpitala z zakresu gospodarki materiałowej podległych magazynów na podstawie złożonych zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala i/lub zużycia towaru według rozchodów magazynowych.
3. Sporządzanie analiz, zestawień i zapotrzebowań materiałowych oraz wniosków niezbędnych do dokonania zakupu towaru dla zapewnienia prawidłowej pracy i ciągłości pracy komórek organizacyjnych Szpitala.
4. Czuwanie nad zabezpieczeniem prawidłowej ilości asortymentu w podległych magazynach, która pozwoli na właściwą pracę Szpitala.
5. Przedkładanie Dyrekcji: zestawień, zapotrzebowań, wniosków – w terminie uwzględniającym niezbędny czas do wydania decyzji oraz przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i/lub dokonania zakupu.
6. Analiza i zatwierdzanie dokumentów:
   1) przyjęcia towaru na stan magazynu (PZ), wydania towaru z magazynu na zewnątrz Szpitala (WZ) oraz parafowanie faktur magazynowych do których został sporządzony dokument PZ;
   2) zapotrzebowań składanych przez komórki organizacyjne szpitala oraz dokumentów rozchodu wewnętrznego (RW) w celu wydania towaru z magazynu;
7. Nadzorowanie pracy magazynów i gospodarki magazynowo – materiałowej mające na celu racjonalne i ekonomiczne gospodarowanie towarem z jednoczesnym zabezpieczeniem potrzeb tutejszych klinik.
8. Przeprowadzanie okresowej kontroli magazynowej z uwzględnieniem:
   1) stopnia przygotowania personelu magazynowego do swoich obowiązków,
   2) stanu pomieszczeń i urządzeń magazynowych, szczególnie pod kątem widzenia zabezpieczenia materiałów przed zniszczeniem i kradzieżą,
   3) sposobu przyjmowania, przechowywania i wydawania materiałów oraz wykrywanie wszelkiego rodzaju marnotrawstwa materiałów z powodu wadliwej konserwacji, kradzieży, itp.,
   4) zgodności faktycznych stanów zapasów materiałów ze stanami ewidencyjnymi kartoteki,
   5) stanu zapasów ogółem oraz zapasów nadmiernych i zbędnych.
9. Organizacja pracy podległego personelu oraz ruchu magazynowego.
10. Analiza gospodarki magazynowo – materiałowej zmierzająca do zminimalizowania wydatków finansowych i zapasów magazynowych.
11. Efektywne zarządzanie gospodarką podległych magazynów.

12. Przestrzeganie zasad gospodarki magazynowej.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Zaopatrzenia określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 114**

DZIAŁ KONTROLINGU I ANALIZ

Do zadań Działu Kontrolingu i Analiz należy:

1. Pozyskiwanie informacji na temat wykonywanych procedur medycznych oraz wykonywanych usług niemedycznych w ośrodkach Szpitala, prowadzenie komputerowej archiwizacji zebranych materiałów oraz analiza zebranych informacji.
2. Pozyskiwanie informacji na temat stopnia wykorzystania aparatury medycznej, wraz z prowadzeniem komputerowej archiwizacji zebranych materiałów.
3. Sporządzanie okresowych sprawozdań rzeczowo-finansowych określonych w przepisach wewnętrznych i zewnętrznych - na potrzeby kierownictwa Szpitala, komórek organizacyjnych Szpitala, Uniwersytetu Medycznego oraz innych organów zewnętrznych.
4. Opracowywanie planów poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala (oddziałów, poradni, zakładów).
5. Sporządzanie wstępnego projektu Planu finansowego dla Szpitala na dany rok kalendarzowy, przy współpracy z innymi komórkami Szpitala oraz dokonywanie zmian w Planie w ciągu roku.
6. Sporządzanie rachunku ekonomicznego przy opracowywaniu wniosków na zakupy inwestycyjne.
7. Współpraca przy opracowywaniu projektów inwestycyjnych w zakresie ich efektywności i opłacalności.
8. Wycena realizowanych świadczeń zdrowotnych, w tym kalkulacja kosztów procedur medycznych, wraz z opracowaniem danych dotyczących należności za świadczenia medyczne.
9. Współpraca z innymi komórkami Szpitala przy opracowaniu ofert do konkursu na realizacje świadczeń zdrowotnych.
10. Opracowywanie zasad kalkulacji i ewidencji kosztów prowadzonych zajęć dydaktycznych w obiektach USK Nr 1 w Lublinie ze studentami Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
11. Opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych, min. wykazu ośrodków kosztów, cenników, zasad rozliczania kosztów.
12. Koordynacja wszystkich sprawozdań do Ministerstwa Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w których zawarte są zestawienia kosztowe.[50]
13. Ponadto pracownicy Działu Kontrolingu i Analiz w zakresie swoich prac winni wykonywać inne prace zlecone przez Kierownictwo Szpitala oraz współdziałać z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych im zadań.

[50] dodano na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.

## § 115

DZIAŁ USŁUG MEDYCZNYCH I ROZLICZEŃ

Do zadań Działu Usług Medycznych i Rozliczeń należy koordynowanie, prowadzenie i nadzorowanie działań, których celem jest uzyskanie finansowania od podmiotów zewnętrznych za realizację świadczeń i usług zdrowotnych wykonanych przez poszczególne jednostki organizacyjne Szpitala poprzez:

1. Określenie możliwości realizacji świadczeń i usług medycznych zgodnie z wymogami określonymi przez poszczególnych kontrahentów oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Bieżące monitorowanie postępowań konkursowych dotyczących świadczeń i usług medycznych możliwych do zaoferowania innym podmiotom.
3. Przygotowanie materiałów ofertowych zgodnie z wymogami i uczestniczenie w postępowaniach konkursowych dotyczących sprzedaży usług medycznych.
4. Gromadzenie danych dotyczących realizacji poszczególnych umów.
5. Sporządzanie sprawozdań, opracowań i innych wymaganych raportów w tym również w formie elektronicznej.
6. Weryfikacja i generowanie sprawozdań w zakresie zawartych umów w tym również elektronicznych.
7. Bieżące informowanie odpowiednich komórek Szpitala o zmianach w zakresie realizacji poszczególnych umów.
8. Tworzenie narzędzi i wzorców statystycznych dotyczących rozliczeń (raporty, sprawozdania).
9. Nadzorowanie prawidłowego i terminowego sporządzania obowiązujących sprawozdań przez poszczególne jednostki Szpitala.
10. Opracowywanie raportów, zestawień i analiz statystycznych w zakresie dotyczącym realizacji świadczeń objętych poszczególnymi umowami.
11. Sporządzanie końcowych zestawień z rozliczonych usług i świadczeń zdrowotnych.
12. Informowanie zainteresowanych jednostek szpitala w zakresie ilości wykonanych i rozliczonych świadczeń.
13. Rozliczanie świadczeń i usług medycznych z poszczególnymi kontrahentami oraz NFZ zgodnie z obowiązującymi przepisami.
14. Wystawianie faktur VAT oraz faktur korygujących dotyczących sprzedaży usług medycznych w zakresie realizowanych umów z podmiotami zewnętrznymi.
15. Prowadzenie korespondencji w zakresie realizowanych umów.
16. Przekazywanie raportów i wymaganych sprawozdań do innych komórek Szpitala.
17. Współdziałanie z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji zadań Działu.

Szczegółowe zadania osób zajmujących poszczególne stanowiska w Dziale Usług Medycznych i Rozliczeń określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 116

DZIAŁ ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

Do zadań Działu Zamówień Publicznych należy:

1. Prowadzenie spraw i koordynacja działań dotyczących organizacji postępowań o udzielanie zamówienia publicznego na rzecz Szpitala, realizowanych na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych oraz jej aktów wykonawczych.
2. Realizacja postępowań w oparciu o zatwierdzony przez Dyrektora Szpitala wniosek o rozpoczęcie postępowania przetargowego powyżej 170.000[51] zł.
3. Udział w pracach Komisji Przetargowych i innych, do których pracownik został powołany.
4. Prowadzenie dokumentacji związanej z postępowaniem o zamówienia publiczne.
5. Właściwe zabezpieczenie i przechowywanie dokumentacji oraz ofert z już zakończonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z ustawą – Prawo zamówień publicznych oraz obowiązującymi w Szpitalu przepisami.
6. Przekazywanie do komórki merytorycznej Szpitala, rzeczowo odpowiedzialnej za zabezpieczenie potrzeb Szpitala oraz odpowiedzialnej za realizację w danym zakresie: umów zawartych w wyniku udzielania zamówienia publicznego – celem właściwej i terminowej ich realizacji oraz oceny zgodności jej realizacji.
7. Sporządzanie rocznych sprawozdań z zakresu udzielonych przez Szpital zamówień publicznych w danym roku kalendarzowym i przekazanie ich Urzędowi Zamówień Publicznych na zasadach określonych ustawą PZP.
8. Bieżące monitorowanie informacji udzielanych przez Urząd Zamówień Publicznych w zakresie stosowania ustawy – Prawo Zamówień Publicznych oraz stałe doskonalenie zawodowe.
9. Wykonywanie innych prac zleconych przez Kierownictwo Szpitala.
10. Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji ww. zadań. Szczegółowe zadania pracowników Działu Zamówień Publicznych określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 117

DZIAŁ PROJEKTÓW

Do zadań Działu Projektów należy:

1. Pozyskiwanie funduszy europejskich i innych środków zewnętrznych, w tym w szczególności:
   1) bieżący monitoring dostępnych środków z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych możliwych do pozyskania na finansowanie zadań inwestycyjnych, nie inwestycyjnych oraz profilaktycznych Szpitala,
   2) przekazywanie aktualnych informacji Dyrekcji Szpitala i zainteresowanym komórkom organizacyjnym Szpitala,
   3) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie możliwości pozyskiwania środków zewnętrznych,

[51] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

4) współpraca z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie opracowywania informacji merytorycznych do wniosków aplikacyjnych, w tym założeń projektowych, harmonogramów rzeczowo-finansowych, kosztów inwestycji, planów finansowych, itp.,
5) współpraca z podmiotami zewnętrznymi (m.in. organizacjami pozarządowymi, partnerami społecznymi itp.) w zakresie pozyskiwania i realizacji projektów partnerskich współfinansowanych ze środków zewnętrznych,
6) gromadzenie danych niezbędnych do właściwego opracowania dokumentacji aplikacyjnej,
7) monitoring i koordynacja działań zleconych zewnętrznym podmiotom w zakresie opracowywanych dokumentów aplikacyjnych,
8) przygotowanie, kompletowanie i kierowanie dokumentacji aplikacyjnej do odpowiednich instytucji dotujących,
9) kontakty z instytucjami zaangażowanymi we wdrażanie funduszy z UE oraz z innych źródeł zewnętrznych,

2. Opracowywanie planów i harmonogramów realizacji dla projektów i inicjatyw.
3. Dbanie o terminową realizację poszczególnych etapów prac wynikających z opracowanych harmonogramów.
4. Nadzór nad prawidłowością i terminowością wykonywania zadań na każdym etapie realizacji oraz przestrzeganie ustalonych procedur wewnętrznych.
5. Identyfikacja problemów powstałych w trakcie realizacji zadań oraz formułowanie propozycji ich rozwiązania.
6. Przygotowywanie zapotrzebowania na usługi, materiały i wyposażenia niezbędnego do wdrożenia projektów i inicjatyw.
7. Proponowanie działań wspomagających i usprawniających procesy.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Projektów określają ramowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujące się w aktach osobowych.

**§ 118**

PION Z-CY DYREKTORA ds. INFRASTRUKTURY I INWESTYCJI

W pionie Z-cy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji znajdują się:
1. Dział Inwestycji,
2. Dział Eksploatacji,
3. Dział Gospodarczy
   1) Sekcja Porządkowa,
   2) Sekcja Transportowa,
   3) Sekcja Usług Niemedycznych.

**§ 119**

DZIAŁ INWESTYCJI

1. Do zadań Działu Inwestycji należy:
   1) Przygotowanie inwestycji w zakresie budynków i obiektów Szpitala poprzez organizowanie projektowania, wykonawstwa, nadzoru, rozliczeń, uzyskiwania zezwoleń na eksploatację

i przekazywanie do eksploatacji po zakończonych remontach, modernizacjach, przebudowach, rozbudowach i budowach obecnych oraz nowych obiektów.
2) Realizacja usług w zakresie projektowania, wykonywania ekspertyz, audytów energetycznych, itp.
3) Prowadzenie, ewidencjonowanie, przechowywanie dokumentacji oraz gromadzenie danych niezbędnych do realizacji inwestycji (umowy, harmonogramy, protokoły, faktury itp.).
4) Prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE i innych w zakresie zadań Działu.
5) Utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o dofinansowanie w zakresie zadań Działu.
6) Bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów w zakresie zadań Działu.
7) Opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów w zakresie zadań Działu.
8) Działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami w zakresie zadań Działu.
9) Wdrożenie, monitorowanie i nadzór nad przebiegiem realizacji inwestycji.
10) Weryfikacja harmonogramów rzeczowo-finansowych inwestycji oraz weryfikacja ich realizacji.
11) Współudział w opracowaniu planu inwestycyjnego w zakresie inwestycji budowlanych dla Szpitala.

2. Dział współpracuje z innymi działami Szpitala w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji inwestycji.
3. Dział Inwestycji pracuje zgodnie z zarządzeniami, poleceniami wewnętrznymi Dyrektora oraz przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności:
   1) ustawy z dnia 7 lipca 1994r. Prawo budowlane (t.j. Dz.U. z 2025, poz.418 z późn. zm.) i przepisów wykonawczych z nią powiązanych,
   2) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2024r., poz. 1320 z późn. zm.),
   3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022, poz. 402 z późn. zm.),
   4) Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. z 2023r., poz. 822 z późn. zm.),
   5) inne przepisy prawa związane z działalnością Działu wymienioną w punktach 1) – 6).
4. Kierownik Działu nadzoruje i realizuje zadania poprzez niżej wymienionych specjalistów/starszych inspektorów/inspektorów zatrudnionych w Dziale:
   1) Specjalista/Starszy inspektor/Inspektor branży budowlanej / Inspektor nadzoru branży budowlanej,
   2) Specjalista/Starszy inspektor/Inspektor branży sanitarnej / Inspektor nadzoru branży sanitarnej,

3) Specjalista/Starszy inspektor/Inspektor branży elektrycznej i teletechnicznej / Inspektor nadzoru branży elektrycznej i teletechnicznej,
4) Specjalista/Starszy inspektor/Inspektor ds. administracji i dokumentacji / Inspektor nadzoru ds. administracji i dokumentacji.

5. Do zadań w/w Specjalistów/Starszych inspektorów/Inspektorów i Inspektorów nadzoru należy:
   1) przygotowanie realizacji inwestycji,
   2) prowadzenie, ewidencjonowanie, przechowywanie dokumentacji oraz gromadzenie danych niezbędnych do realizacji inwestycji (umowy, harmonogramy, protokoły, faktury itp.),
   3) wdrożenie, monitorowanie i nadzór nad przebiegiem realizacji inwestycji,
   4) weryfikacja harmonogramu rzeczowo-finansowego realizacji inwestycji,
   5) przygotowanie raportów z realizacji inwestycji,
   6) współudział w opracowaniu planu inwestycyjnego w zakresie inwestycji budowlanych dla Szpitala,
   7) współpraca bezpośrednia z Głównym Księgowym Szpitala oraz innymi działami Szpitala w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji inwestycji.
6. Do zadań ww. inspektorów nadzoru należy:
   1) planowanie zadań inwestycyjnych,
   2) przygotowywanie założeń projektowych do dokumentacji technicznej dotyczącej zadań inwestycyjnych,
   3) przygotowywanie i pozyskiwanie dla celów projektowych właściwych decyzji i warunków zabudowy, niezbędnych dla realizacji zadań inwestycyjnych,
   4) przygotowywanie niezbędnych materiałów do postępowań przetargowych, których uczestnikiem jest Dział,
   5) ocena i odbiór dokumentacji technicznej przygotowywanej przez podmioty zewnętrzne,
   6) nadzorowanie budowy w takich odstępach czasu, aby zapewnić pełną skuteczność tego nadzoru oraz systematyczne zapoznawanie się z wpisami do dziennika budowy i udzielanie odpowiedzi lub wyjaśnień,
   7) współpraca z właściwymi komórkami inwestora w zakresie opiniowania programów organizacyjno-użytkowych, założeń techniczno-ekonomicznych, projektów budowlanych oraz dokumentacji przetargowej dla konkretnych zadań, (z uwzględnieniem istotnych warunków zamówienia), na których inspektor nadzoru sprawować ma nadzór inwestorski,
   8) współdziałanie na budowie z nadzorem technicznym wykonawcy, a w razie ustanowienia nadzoru autorskiego dla danej budowy – także z przedstawicielem tego nadzoru,
   9) powiadomienie bezpośredniego przełożonego i przygotowanie stosownego wystąpienia inwestora do właściwego organu nadzoru budowlanego w przypadku stwierdzenia naruszenia przez wykonawcę prawa budowlanego, warunków określonych w pozwoleniu na budowę lub dopuszczenie do rażących nieprawidłowości bądź uchybień technicznych powodujących zagrożenie dla obiektu budowlanego, jeżeli nie zostaną usunięte w wyznaczonym terminie,
   10) uczestniczenie w pracach komisji przeprowadzającej próby techniczne poszczególnych urządzeń, instalacji oraz w komisji dokonującej rozruchu całego obiektu,

11) sprawdzanie sporządzonych przez wykonawcę robót, protokołów odbioru wykonanych robót i wystawionych na ich podstawie faktur, uwzględniając postanowienia umowne dotyczące częstotliwości fakturowania,
12) sprawdzanie i potwierdzanie zapisów dokonywanych przez kierownika budowy lub robót w książce obmiarów, w przypadku ustalenia w umowie z wykonawcą wynagrodzenia w innej formie niż ryczałt,
13) rozliczenie robót wykonywanych przy użyciu materiałów powierzonych przez inwestora, pod względem materiałowym przed końcowym odbiorem robót oraz dopilnowanie zwrotu przez wykonawcę do magazynu inwestora materiałów niewykorzystanych na budowie,
14) nadzór nad przygotowaniem robót i obiektów do odbioru końcowego i rozliczenia, zgromadzenie i przygotowanie stosownie do charakteru i zakresu robót,
15) sprawdzenie po zgłoszeniu przez wykonawcę gotowości do odbioru,
16) powiadomienie o zakończeniu budowy obiektu budowlanego, na wykonanie którego ustawa przewiduje obowiązek uzyskania pozwolenia na budowę, na co najmniej 21 dni przed zamierzonym przystąpieniem do jego użytkowania (art. 54 Prawa budowlanego) właściwego organu,
17) udział w pracach komisji odbiorowej,
18) zapewnienie sprawnego przyjęcia i przekazania realizowanej inwestycji w użytkowanie,
19) odnotowanie w dzienniku budowy wyniku końcowej oceny jakości robót oraz numeru i daty sporządzenia protokołu odbioru i przyjęcia inwestycji do eksploatacji (użytkowania),
20) po przyjęciu inwestycji do użytkowania skompletowanie dokumentacji powykonawczej,
21) prowadzenie rejestru zleceń, umów i postępowań o zamówienia publiczne,
22) prowadzenie dziennika podawczego (rejestr pism wychodzących i przychodzących do Działu) z przechowywaniem, segregacją i archiwizacją dokumentów,
23) terminowe przekazywanie wszelkich faktur opisanych i zatwierdzonych przez odpowiednich pracowników,
24) udział w komisjach odbioru końcowego robót, usług lub dostaw, przeglądów technicznych i oceny stanu technicznego budynków, obiektów lub ich elementów oraz innych organizowanych przez dział,
25) udział w komisjach przetargowych dotyczących realizacji zadań Działu,
26) przygotowywanie i pozyskiwanie, dla celów projektowych, właściwych decyzji i warunków zabudowy, niezbędnych dla realizacji zadań inwestycyjnych,
27) uzgadnianie z właściwymi komórkami Szpitala oraz w razie potrzeby z komórkami Uniwersytetu Medycznego spraw dotyczących planowania i rozliczania zadań inwestycyjnych prowadzonych przez Dział,
28) przygotowywanie i przekazywanie właściwym komórkom wniosków, harmonogramów i sprawozdań dotyczących zadań inwestycyjnych prowadzonych przez Dział,
29) prowadzenie obsługi administracyjnej i zaopatrzenia technicznego w zakresie działalności inwestycyjnej Działu,
30) zastępowanie Specjalistów/Starszych Inspektorów/Inspektorów branżowych w zakresie branży własnej w przypadku uzasadnionej potrzeby, np. ich nieobecności.

7. Dodatkowo do zakresu obowiązków Specjalisty/Starszego inspektora/Inspektora branży elektrycznej i teletechnicznej/Inspektora nadzoru branży elektrycznej i teletechnicznej należy:
   1) prowadzenie książek obiektu budowlanego zgodnie z art. 64 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane i przepisami szczegółowymi,
   2) prowadzenie dokumentacji związanej z okresowymi kontrolami elementów budynków, budowli i instalacji zgodnie z art. 62 cytowanej wyżej ustawy z odpowiedzialnością za terminowość ich przeprowadzania,
   3) posiadanie, gromadzenie, przechowywanie, ewidencjonowanie i uaktualnianie dokumentacji technicznej wszystkich obiektów, budynków i budowli szpitalnych w tym projektów powykonawczych lub inwentaryzacyjnych,
   4) prowadzenie całości spraw wynikających z uprawnień Szpitala jako Zamawiającego w okresie rękojmi za wady i w okresie gwarancji udzielanych przez wykonawców, usługodawców lub dostawców na podstawie umów i zleceń rejestrowanych w Dziale Techniczno - Eksploatacyjnym (TT); dotyczy to przede wszystkim terminowego prowadzenia przeglądów gwarancyjnych, egzekwowania uprawnień Szpitala w zakresie usuwania wad i usterek w okresie rękojmi i gwarancji w tym również wnioskowanie o pokrycie kosztów usunięcia wad i usterek z zabezpieczenia należytego wykonania umowy,
   5) udział w komisjach odbioru końcowego robót, usług lub dostaw, komisjach przetargowych, przeglądów technicznych i oceny stanu technicznego budynków, obiektów lub ich elementów oraz innych organizowanych przez DT,
   6) prowadzenie całości spraw związanych z eksploatacją pracujących w Zakładzie urządzeń podlegających kontroli Urzędu Dozoru Technicznego, w tym również prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji w tym zakresie.
7. Szczegółowe zadania pracowników Działu Inwestycji określają ramowe zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujące się w aktach osobowych.
8. Wszyscy zatrudnieni w Dziale Inwestycji pracownicy zobowiązani są do wykonywania innych niż wymienione powyżej, prac zleconych przez Kierownika Działu lub Dyrekcję USK 1 oraz do współpracy i współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi USK 1 w zakresie realizacji zleconych zadań.

**§ 120**

DZIAŁ EKSPLOATACJI

1. Do zadań Działu Eksploatacji należy:
   1) Opracowanie planów inwestycyjno-remontowych obiektów Szpitala.
   2) Przeprowadzanie remontów, modernizacji i inwestycji w zakresie budynków i obiektów Szpitala poprzez organizowanie wykonawstwa, nadzoru, rozliczeń obiektów Szpitala oddanych do eksploatacji.
   3) Wnioskowanie związane z działalnością remontowo-modernizacyjną i inwestycyjną w zakresie budynków i obiektów szpitalnych oraz działających w nich instalacji.
   4) Prowadzenie czynności związanych z eksploatacją obiektów i budynków szpitalnych

w zakresie przeglądów technicznych poprzez ich zlecanie oraz zlecanie prób pomiarów i ekspertyz instalacji gazowych i wentylacyjnych, elektrycznych, urządzeń elektroenergetycznych, zasilanych gazem, z wnioskowaniem i planowaniem, co do likwidacji zagrożeń uwidocznionych podczas w/w przeglądów, pomiarów i ekspertyz.

5) Prowadzenie, ewidencjonowanie i przechowywanie dokumentacji związanej z działaniami wymienionymi w pkt. 1) – 4) w szczególności: dokumentacji technicznej, protokołów.
6) Dział Eksploatacji pracuje zgodnie z przepisami obowiązującego prawa w tym zarządzeniami, poleceniami wewnętrznymi, w szczególności stosując przepisy:
    a) ustawy z dnia 7 lipca 1994r. Prawo budowlane (Dz.U. z 2025 r., poz. 418 z późn. zm.) i przepisy wykonawcze z nią związane,
    b) ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz.U. z 2024 r., poz. 1320 z późn. zm.),
    c) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r., poz.402 z późn. zm.),
    d) rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 7 czerwca 2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów (Dz.U. z 2023, poz. 822 z późn. zm.),
    e) inne przepisy prawa związane z działalnością działu wymienioną w punktach 1) – 5).
7) Bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów w zakresie zadań działu.
8) Opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów w zakresie zadań działu.
9) Działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami w zakresie zadań działu.

2. Kierownik Działu Eksploatacji nadzoruje i realizuje zadania poprzez niżej wymienionych specjalistów/starszych inspektorów/inspektorów zatrudnionych w dziale:
    1) Specjalista/Starszy inspektor/Inspektor branży elektrycznej,
    2) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor branży budowlanej,
    3) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor branży sanitarnej oraz Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor ds. instalacji sanitarnych i gazów medycznych,
    4) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor/Referent ds. organizacyjnych,
    5) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor ds. administracyjnych i dokumentacji.

1) Specjalista/Starszy inspektor/Inspektor branży elektrycznej koordynuje i odpowiada za:
    a) organizację i nadzorowanie pracy zgodnie z przepisami jej prowadzenia oraz rozliczenie czasu pracy pracowników działu zatrudnionych na stanowiskach: elektryk, konserwator elektryk, monter urządzeń elektrycznych,
    b) rozliczanie faktur pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym za energię elektryczną, usługi, usługi telekomunikacyjne w zakresie telefonii analogowej oraz dostawy materiałów,
    c) koordynowanie prac konserwacyjnych w zakresie instalacji elektrycznych, urządzeń elektrycznych oraz budowlanym i mechanicznym,

d) nadzór merytoryczny nad umową związaną z usługami telekomunikacyjnymi w zakresie telefonii analogowej,
e) nadzór nad pracami telekomunikacyjnymi, centralek, programowanie aparatów telefonicznych i aparatów fax, przenoszenie numerów telefonów - w zakresie telefonii analogowej,
f) nadzór nad konserwacją systemów oddymiających zainstalowanych w obiektach szpitalnych, naprawa wózków akumulatorowych, naprawa sprzętu AGD,
g) nadzór nad eksploatacją dźwigów oraz poprawnością funkcjonowania systemów telewizji dozorowej zainstalowanej w USK Nr 1,
h) dozór instalacji teletechnicznych i innych słaboprądowych, urządzeń elektroenergetycznych, dźwigów szpitalnych,
i) okresowe pomiary i badania instalacji elektrycznych i urządzeń elektroenergetycznych oraz prowadzenie dokumentacji w tym zakresie,
j) rejestr zleceń, naprawy, prace konserwacyjne i remonty bieżące sprzętu teletechnicznego,
k) zaopatrzenie w materiały branży elektrycznej zabezpieczające bieżącą eksploatację instalacji elektrycznych,
l) prowadzenie kompleksowej dokumentacji związanej z dostawami i usługami obejmującej sporządzanie umów, przeprowadzenie procedury rozeznania rynku oraz wystawianie zleceń,
m) prowadzenie nadzoru merytorycznego nad pracami zewnętrznych podmiotów gospodarczych,
n) nadzór nad realizacją dostaw usług telekomunikacyjnych w zakresie telefonii analogowej zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 170.000[52] zł.

2) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor branży budowlanej, koordynuje i odpowiada za:
a) organizację i nadzorowanie pracy zgodnie z przepisami jej prowadzenia oraz rozliczenie czasu pracy pracowników działu zatrudnionych na stanowiskach: ślusarz, mistrz, malarz, stolarz, murarz,
b) koordynowanie prac konserwacyjnych w zakresie budowlanym i mechanicznym,
c) zaopatrzenie w materiały branży budowlanej niezbędne do napraw i konserwacji we wszystkich obiektach Szpitala,
d) konserwacje i drobne naprawy oraz remonty i modernizacje realizowane siłami własnymi w branży budowlanej, w tym również w robotach stolarskich,
e) rozliczanie faktur za usługi budowlane i mechaniczne pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym,
f) prowadzenie kompleksowej dokumentacji związanej z dostawami i usługami obejmującej sporządzanie umów, przeprowadzenie procedury rozeznania rynku oraz wystawianie zleceń,
g) prowadzenie nadzoru merytorycznego nad pracami zewnętrznych podmiotów gospodarczych,
h) koordynowanie i nadzór nad pracami związanymi z wykonaniem planów zamówień publicznych i harmonogramów przeglądów branży budowlanej i mechanicznej,
i) rozliczanie pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym faktur za usługi oraz dostawy materiałów,
j) wystawienie zleceń na wykonywanie napraw, konserwacji i usług do firm zewnętrznych oraz ich rozliczanie.

[52] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

3) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor branży sanitarnej oraz Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor ds. instalacji sanitarnych i gazów medycznych koordynują i odpowiadają za:
   a) organizację i nadzorowanie pracy zgodnie z przepisami i jej prowadzenie oraz rozliczenie czasu pracy pracowników działu zatrudnionych na stanowiskach konserwatorów: gazów medycznych i instalacji sanitarnych, monter urządzeń i instalacji sanitarnych,
   b) zaopatrzenie Szpitala w podstawowe media techniczne takie jak woda, energia cieplna, para technologiczna, gaz ziemny, odprowadzanie ścieków, wentylacja mechaniczna i grawitacyjna, z klimatyzacja,
   c) zapewnienie dyżurów całodobowych nad instalacjami sanitarnymi w tym instalacjami związanymi z gromadzeniem, wytwarzaniem i dystrybucją gazów medycznych,
   d) pracę urządzeń wentylacyjnych, klimatyzacyjnych, wymiennikowni ciepła, wytwornic pary, hydroforni, szpitalnego ujęcia wody, stacji redukcyjnych gazu ziemnego i kuchni szpitalnej,
   e) konserwację i drobne remonty w/w instalacji i urządzeń,
   f) zaopatrzenie w materiały branży sanitarnej niezbędne do napraw i konserwacji we wszystkich obiektach szpitala,
   g) prawidłową realizację zawartych umów z firmami zewnętrznymi,
   h) nadzór nad realizacją dostaw artykułów technicznych oraz usług przeglądowo – konserwatorskich urządzeń zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych do równowartości 170.000[53] zł oraz nadzór nad realizacją dostaw energii cieplnej, gazu ziemnego, wody, gazów medycznych zgodnie z Regulaminem udzielania zamówień publicznych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.
4) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor / Referent ds. organizacyjnych odpowiada za:
   a) prowadzenie całości spraw związanych z przyjmowaniem, ewidencjonowaniem oraz monitorowaniem ich realizacji zgłoszeń telefonicznych, elektronicznych, ustnych lub na piśmie o występujących awariach, usterkach lub planowanych pracach związanych z eksploatacją budynków, sieci, instalacji urządzeń technicznych, urządzeniach elektroenergetycznych oraz przekazywanie ich właściwym branżowo pracownikom lub osobom kierującym poszczególnymi brygadami wraz z prowadzeniem dokumentacji w tym zakresie;
   b) prowadzenie rejestru (zarówno w formie papierowej jak i elektronicznej) pism wewnętrznych i zewnętrznych wychodzących z Działu wraz z ich przechowywaniem, segregacją i archiwizacją,
   c) prowadzenie rejestru zleceń, umów i postępowań o zamówienia publiczne,
   d) prowadzenie dziennika podawczego (rejestr pism wchodzących i wychodzących do działu TT) z przechowywaniem, segregacją i archiwizacją dokumentów,
   e) terminowe przekazywanie do działu EF wszelkich faktur opisanych i zatwierdzonych przez odpowiednich pracowników działu technicznego oraz ich ewidencja we właściwej księdze,
   f) dystrybuowanie całości korespondencji wpływającej do Działu oraz prowadzenie ewidencji i dokumentacji w tym zakresie,
   g) bieżące rozliczanie wykonawców za zużyte media techniczne, zgodnie z umowami zawartymi przez Szpital, w tym terminowe wystawianie faktur wraz z prowadzeniem ich ewidencji,
   h) prowadzenie całości spraw związanych z kasacją zbędnych sprzętów i urządzeń, zgodnie

[53] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

z zasadami i trybem postępowania ze zbędnymi urządzeniami technicznymi w USK 1, przyjmowanie, kompletowanie oraz ewidencja dokumentacji wpływającej do Działu TT w tym zakresie oraz przekazywanie kompletnej dokumentacji do Sekcji Inwentaryzacji Działu EF,

i) wprowadzanie danych w zakresie faktur, zleceń, umów, zużyć mediów oraz innych danych dotyczących obiektów i instalacji funkcjonujących w Zakładzie do systemów elektronicznych i oprogramowania funkcjonującego w Dziale.

5) Specjalista/Starszy Inspektor/Inspektor ds. administracyjnych i dokumentacji odpowiada za:
   a) realizacja całości działań związanych z obsługa kadrową wszystkich pracowników Działu, w tym przygotowywanie grafików czasu pracy, koordynowanie oraz rozliczanie czasu pracy pracowników, urlopów, zwolnień oraz organizowanie ewentualnych zastępstw w porozumieniu z właściwym branżowo pracownikiem, prowadzenie powyższej ewidencji kadrowej w systemie informatycznym CGM, bieżące jej uzgadnianie z Działem Kadr i Płac Zakładu oraz prowadzenie dokumentacji w tym zakresie,
   b) realizacja całości działań związanych z wyposażeniem pracowników Działu w środki ochrony osobistej wynikające z przepisów BHP oraz zarządzeń wewnętrznych obowiązujących w Zakładzie, prowadzenie całości działań związanych z oceną ryzyka zawodowego, bieżące jej ewidencjonowanie, dokumentowanie oraz uzgadnianie z Działem Kadr i Płac oraz Działem BHP,
   c) realizacja całości działań związanych ze szkoleniami wewnętrznymi i zewnętrznymi pracowników Działu wraz z prowadzeniem ewidencji oraz ewidencja i kontrola uprawnień poszczególnych osób zatrudnionych w Dziale, prowadzenie dokumentacji w tym zakresie,
   d) prowadzenie całości działań związanych z audytami wewnętrznymi i zewnętrznymi kontrolami w porozumieniu z właściwym branżowo pracownikiem i kierownikiem Działu, sporządzanie właściwej dokumentacji w tym zakresie,
   e) realizacja całości zadań związanych z kontrolą jakości, tworzeniem, aktualizowaniem, archiwizowaniem procedur Działu, ich uzgadnianiem z właściwymi branżowo pracownikami Działu oraz innymi komórkami organizacyjnymi Zakładu, w tym również gromadzenie i archiwizowanie całej dokumentacji w tym zakresie,
   f) realizacja całości działań związanych z kwalifikacją i oceną kontrahentów Zakładu w zakresie Działu, w tym sporządzanie i rozdysponowywanie list kwalifikowanych, kluczowych podmiotów oraz gromadzenie i archiwizowanie całej dokumentacji w tym zakresie,
   g) nadzór nad funkcjonowaniem systemów informatycznych funkcjonujących w Dziale w tym również tabel i analiz dotyczących realizacji budżetu Działu.

3. Wszyscy zatrudnieni w Dziale TT pracownicy zobowiązani są do wykonywania innych niż wymienione powyżej, prac zleconych przez Kierownika Działu lub Dyrekcję USK 1 oraz do współpracy i współdziałania z innymi komórkami organizacyjnymi USK 1 w zakresie realizacji zleconych zadań.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Eksploatacji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 121**

## DZIAŁ GOSPODARCZY

1. Do zadań Działu Gospodarczego należy:
   1) Koordynowanie, kontrolowanie, organizowanie i planowanie prac jednostek podległych zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, tj.:
      a) Sekcja Porządkowa,
      b) Sekcja Transportowa,
      c) Sekcja Usług Niemedycznych.
   2) Wykonywanie obowiązków, przestrzeganie zarządzeń wewnętrznych Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie oraz pełnienie nadzoru nad ich rzetelną i efektywną realizacją w zakresie kompetencji Działu.
   3) W zakresie szczegółowych obowiązków jest m. in.:
      a) prowadzenie ewidencji korespondencji Działu,
      b) nadzór i kontrola stanu sanitarno-higienicznego Szpitala i jego bezpośredniego otoczenia,
      c) gospodarka odpadami szpitalnymi,
      d) racjonalna gospodarka środkami transportu szpitalnego,
      e) kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja umów dzierżaw, najmu, nabycia, zbycia powierzchni i nieruchomości szpitalnych, w tym również umów dotyczących, terenów, magazynów, obiektów na potrzeby USK Nr 1 w Lublinie, umów dotyczących telewizji szpitalnej, aparatów wendingowych, itp.
      f) nadzór i kontrola zabezpieczenia majątku szpitala i jego bezpośredniego otoczenia oraz p. ppoż.,
      g) kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja wykonania usług plastycznych, usług reklamowych, usług tapicerskich, usług ochroniarskich, usług pralniczych, usług odbioru zwłok osób zmarłych w Szpitalu oraz innych usług gospodarczych świadczonych na rzecz Szpitala przez podmioty zewnętrzne.
   4) Sporządzanie planów oraz sprawozdań okresowych i bieżących dotyczących Działu.
   5) Sporządzanie i weryfikacja planów zakupów i zamówień publicznych dla potrzeb Szpitala na podstawie złożonych zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
   6) Sporządzanie analiz, zestawień i zapotrzebowań materiałowych oraz wniosków niezbędnych do dokonania zakupu towaru, w zakresie kompetencji Działu, dla zapewnienia prawidłowej pracy i ciągłości pracy komórek organizacyjnych Szpitala.
   7) Przedkładanie Dyrekcji wniosków w terminie uwzględniającym niezbędny czas do wydania decyzji oraz przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i/lub dokonania zakupu.
   8) Przygotowywanie informacji dla współpracujących jednostek organizacyjnych Szpitala.
   9) Nadzór nad terminowym i prawidłowym rozliczaniem rachunków w zakresie usług gospodarczych, wywozu nieczystości i odpadów medycznych i innych będących we właściwości Działu.
   10) Zawieranie umów na usługi gospodarcze objęte właściwością Działu i ich rozliczanie.

11) Nadzór nad terminową realizacją spraw Działu.
12) Realizacja usług będących w kompetencji Działu zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Szpitala.
13) Gospodarka odpadami komunalnymi, odpadami medycznymi oraz pozostałymi odpadami wytworzonymi w Szpitalu.
14) Udział w kontrolach prowadzonych przez instytucje zewnętrzne (m. in. Sanepid, PIP).
15) Wystawianie faktur sprzedażowych w ramach zagadnień realizowanych w Dziale Gospodarczym.
16) Prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE i innych w zakresie zadań Działu.
17) Utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o dofinansowanie w zakresie zadań Działu.
18) Bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów w zakresie zadań Działu.
19) Opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów w zakresie zadań Działu.
20) Działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami.
21) Monitoring i kontrola projektów w zakresie realizowanych zadań, w tym w szczególności:
    a) monitorowanie i kontrola zgodności realizacji przedsięwzięć współfinansowanych z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych z zawartymi umowami i obowiązującym prawem,
    b) przekazywanie zainteresowanym komórkom organizacyjnym zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia,
    c) monitorowanie projektów w okresie ich trwałości,
    d) przygotowywanie sprawozdań do instytucji finansujących,
    e) współpraca z użytkownikami projektów,
    f) gromadzenie danych o zrealizowanych projektach,
    g) archiwizacja projektów zgodnie z wytycznymi UE,
    h) przygotowywanie informacji dla współpracujących jednostek organizacyjnych Szpitala.
22) Wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrekcję Szpitala.
23) Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji ww. zadań.
24) Współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi.
    Dział Gospodarczy współpracuje ściśle z następującymi działami:
    a) Dział Kadr i Płac – w zakresie obsługi pracowników gospodarczych;
    b) Dział Księgowości – w zakresie rozliczeń materiałowych i usług;
    c) Dział Eksploatacji / Dział Inwestycji – w zakresie realizacji projektów remontowych i inwestycyjnych;
    d) oddziały szpitalne i inne jednostki organizacyjne – w zakresie zaopatrzenia i obsługi technicznej, gospodarczej, sanitarnej i logistycznej.

SEKCJA PORZĄDKOWA

1. Do zadań Sekcji Porządkowej należy:

1) Prowadzenie ewidencji korespondencji Sekcji Porządkowej.
2) Nadzór i kontrola stanu sanitarno-higienicznego Szpitala (powierzchnie wewnętrzne).
3) Nadzór nad terminowym i prawidłowym rozliczaniem rachunków w zakresie usług porządkowych związanych z utrzymaniem czystości.
4) Zawieranie umów na usługi porządkowe i ich rozliczanie.
5) Realizacja usług porządkowych zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Szpitala.
6) Udział w kontrolach prowadzonych przez instytucje zewnętrzne (m. in. Sanepid, PIP).
7) Utrzymanie porządku i ciągłości działania infrastruktury wspomagającej pracę Szpitala.
8) Terminowe wykonywanie zadań zgodnie z przepisami BHP, Ppoż. oraz regulacjami sanitarnymi.
9) Racjonalne gospodarowanie środkami rzeczowymi.

SEKCJA TRANSPORTOWA

1. Do zadań Sekcji Transportowej należy:
   1) Racjonalna gospodarka środkami transportu szpitalnego i nadzór nad prawidłowym wykorzystywaniem transportu szpitalnego.
   2) Prowadzenie rejestru zgłoszeń wyjazdów karetek szpitalnych oraz sprawozdawczości z zakresu zrealizowanego transportu sanitarnego szpitalnego i obcego.
   3) Prowadzenie rejestru zleceń dla konwojentów oraz kierowców samochodów szpitalnych.
   4) Realizacja usług transportowych zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Szpitala.
   5) Zawieranie umów na usługi w zakresie m. in.:
      a) napraw, przeglądów technicznych oraz mycia samochodów będących w posiadaniu Szpitala,
      b) dostaw paliwa,
      c) wynajmu pojazdów,
      d) odbioru zwłok osób zmarłych w Szpitalu.
   6) Transport zaopatrzenia farmaceutycznego, medycznego, gospodarczego oraz bielizny szpitalnej (brudnej i czystej) do poszczególnych jednostek organizacyjnych Szpitala.
   7) Transport hospitalizowanych pacjentów Szpitala na badania i konsultacje lekarskie, transport do miejsca zamieszkania, a także z miejsc zamieszkania do Szpitala.
   8) Transport posiłków do poszczególnych klinik szpitalnych.
   9) Wewnętrzny transport mebli oraz realizacja przeprowadzek poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
   10) Transport sprzętu medycznego i gospodarczego „do i z" naprawy.
   11) Składanie wniosków w zakresie ubezpieczenia pojazdów szpitalnych.
   12) Udział w kontrolach prowadzonych przez instytucje zewnętrzne (m. in. Sanepid, PIP).

SEKCJA USŁUG NIEMEDYCZNYCH

1. Do zadań Sekcji Usług Niemedycznych należy:
   1) Przestrzeganie zarządzeń wewnętrznych Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie oraz rzetelna i efektywna realizacja zadań w zakresie kompetencji Działu.
   2) Sporządzanie planów oraz sprawozdań okresowych i bieżących dotyczących Działu.

3) Sporządzanie i weryfikacja planów zakupów i zamówień publicznych dla potrzeb Szpitala na podstawie złożonych zapotrzebowań poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.
4) Sporządzanie analiz, zestawień i zapotrzebowań materiałowych oraz wniosków niezbędnych do dokonania zakupu towaru, w zakresie kompetencji Działu, dla zapewnienia prawidłowej pracy i ciągłości pracy komórek organizacyjnych Szpitala.
5) Przedkładanie Dyrekcji wniosków, w terminie uwzględniającym niezbędny czas do wydania decyzji oraz przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego i/lub dokonania zakupu.
6) Nadzór i kontrola zabezpieczenia majątku Szpitala i jego bezpośredniego otoczenia oraz ppoż.
7) Zawieranie umów na usługi gospodarcze objęte właściwością Działu i ich rozliczanie, realizacja usług gospodarczych zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Szpitala.
8) Kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja usług prania.
9) Kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja usług ochroniarskich.
10) Kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja wykonania tablic informacyjnych, banerów, oznakowania informacji wizualnej, innych usług plastycznych, usług tapicerskich.
11) Obsługa i koordynacja pracy portierni szpitalnych.
12) Obsługa i koordynacja pracy magazynu bielizny szpitalnej.
13) Zapewnienie trwałości i estetyki oznakowania informacji wizualnej, tablic informacyjnych, banerów, itp.
14) Kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja spraw związanych z ekspozycją informacji wizualnej (banery, rollupy, ścianki reklamowe, itp.) oraz flag, dbanie o zapewnienie dostępności, czystości i ekspozycji, stosownie do świąt narodowych oraz innych okoliczności, uroczystości, przy których ekspozycja taka jest wskazana lub uzasadniona.
15) Kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja umów dzierżaw, najmu, nabycia, zbycia powierzchni i nieruchomości szpitalnych, w tym również umów dotyczących, terenów, magazynów, obiektów na potrzeby USK Nr 1 w Lublinie, umów dotyczących telewizji szpitalnej, aparatów wendingowych, itp.
16) Kompleksowy nadzór, organizacja i koordynacja miejsc parkingowych, postojowych, administrowanie parkingami i dostępnością terenu Szpitala.
17) Kompleksowa organizacja, nadzór i koordynacja lokalizacji i przemieszczania komórek organizacyjnych Szpitala, bieżące i prawidłowe dokumentowanie wszelkich zmian w tym obszarze, prowadzenie i bieżące aktualizowanie ewidencji pomieszczeń zajmowanych przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala, w szczególności w celu kalkulacji kluczy podziału kosztów.
18) Realizacja zadań związanych z darowiznami środków trwałych (innych niż sprzęt medyczny i aparatura) dla Szpitala.
19) Udział w pracach kasacyjnych majątku Szpitala.
20) Nadzór nad terminowymi opłatami podatku od nieruchomości.
21) Współpraca z Działem Organizacyjno-Prawnym w zakresie ubezpieczenia mienia i ubezpieczeń komunikacyjnych pojazdów Szpitala.

22) Nadzór nad terminowym i prawidłowym rozliczaniem rachunków w zakresie usług gospodarczych w ramach kompetencji Działu (m. in. plastycznych, tapicerskich, telefonii komórkowej, pralniczych, usług DDD, ochroniarskich, wycinki drzew, napraw i konserwacji żaluzji oraz przeglądów ppoż.).
23) Udział w kontrolach prowadzonych przez instytucje zewnętrzne (m. in. Sanepid, PIP).
24) Wystawianie faktur sprzedażowych, w ramach kompetencji Działu.
25) Prowadzenie ewidencji wszelkiej korespondencji Działu.
26) Prowadzenie spraw związanych z realizacją projektów współfinansowanych ze środków UE i innych w zakresie zadań Działu.
27) Utrzymywanie bieżących kontaktów z instytucjami, z którymi Szpital podpisał umowy o dofinansowanie w zakresie zadań Działu.
28) Bieżąca kontrola wydatków w ramach realizowanych projektów w zakresie zadań Działu.
29) Opracowywanie, przy współpracy z komórkami merytorycznymi, sprawozdań i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektów w zakresie zadań Działu.
30) Działania informacyjno-promocyjne i wizerunkowe związane z realizowanymi projektami.
31) Monitoring i kontrola projektów w zakresie realizowanych zadań, w tym w szczególności:
    a) monitorowanie i kontrola zgodności realizacji przedsięwzięć współfinansowanych z funduszy strukturalnych UE oraz innych środków zewnętrznych z zawartymi umowami i obowiązującym prawem,
    b) przekazywanie zainteresowanym komórkom organizacyjnym zaleceń pokontrolnych i monitoring ich wdrożenia,
    c) monitorowanie projektów w okresie ich trwałości,
    d) przygotowywanie sprawozdań do instytucji finansujących,
    e) współpraca z użytkownikami projektów,
    f) gromadzenie danych o zrealizowanych projektach,
    g) archiwizacja projektów zgodnie z wytycznymi UE,
    h) przygotowywanie informacji dla współpracujących jednostek organizacyjnych Szpitala.
32) Wykonywanie innych prac zleconych przez Dyrekcję Szpitala.
33) Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji ww. zadań.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Gospodarczego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujących się w aktach osobowych.

**§ 122**

PION GŁÓWNEGO KSIĘGOWEGO

W pionie Głównego Księgowego znajduje się Dział Księgowości wraz z sekcjami:

1. Sekcją Księgowości i Rozliczeń Materiałowych;
2. Sekcją Inwentaryzacji.

## § 123

DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI

SEKCJA KSIĘGOWOŚCI I ROZLICZEŃ MATERIAŁOWYCH

Do zadań Sekcji Księgowości i Rozliczeń Materiałowych w szczególności należy:

1. Prowadzenie księgowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Przyjmowanie oraz archiwizowanie dokumentacji księgowej w sposób zapewniający właściwe ewidencjonowanie operacji gospodarczych, ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala oraz zachowanie tajemnicy służbowej.
3. Przygotowywanie dokumentów finansowych oraz bankowych do zatwierdzenia, w tym ustalanie wartości w walutach obcych. Kontrola pod względem formalnym i rachunkowym.
4. Dekretacja i wprowadzanie do systemu informatycznego dokumentów księgowych.
5. Nadzór i kontrola księgowości analitycznej, uzgadnianie zapisów analitycznych z kontami syntetycznymi.
6. Prowadzenie rejestrów kasowych (bieżących, Pracowniczej Kasy Zapomogowo-Pożyczkowej, Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych), uzgadnianie sald.
7. Przyjmowanie wpłat i dokonywanie wypłat. Pobieranie gotówki z banku oraz organizowanie i zapewnienie bezpieczeństwa podczas transportu gotówki.
8. Obsługa bankowa, analiza stanu środków na rachunkach, sporządzanie przelewów, prowadzenie rejestrów bankowych, uzgadnianie sald.
9. Rozliczanie delegacji i innych wydatków dotyczących podróży służbowych.
10. Rozliczanie pracowników z pobranych zaliczek.
11. Przyjmowanie, wydawanie i ewidencja depozytów.
12. Przyjmowanie, odsyłanie, ewidencja gwarancji bankowych i zabezpieczeń należytego wykonania umowy.
13. Rejestr krajowych i zagranicznych rozrachunków z tytułu dostaw i usług, uzgadnianie sald.
14. Zapewnienie terminowego rozliczenia podatków, opłat i innych obciążeń z budżetu państwa. Ewidencja tych rozliczeń.
15. Zapewnienie terminowego ściągania należności i dochodzenia roszczeń.
16. Prowadzenie korespondencji dotyczącej rozliczeń.
17. Uczestniczenie w rozliczaniu inwentaryzacji zapasów magazynowych. Uzgadnianie i sporządzanie różnic inwentaryzacyjnych, wyjaśnianie tych różnic.
18. Uczestnictwo w pracach Komisji Przetargowych, a w szczególności określanie warunków ekonomicznych do SIWZ, kontrola rachunkowa ofert, kontrola i ewidencja wadiów, kontrola dokumentów finansowych, itp.
19. Opracowywanie wewnętrznych procedur i zarządzeń dotyczących zagadnień finansowych i księgowych.
20. Współdziałanie z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych zadań.
21. Współpraca z instytucjami zewnętrznymi (tj. Uniwersytet Medyczny, Ministerstwo Zdrowia, banki, ZUS, US, PFRON i inne).

22. Przygotowywanie materiałów do sprawozdań i kontroli na potrzeby jednostek wewnętrznych i zewnętrznych.
23. Sporządzanie okresowej i rocznej sprawozdawczości finansowej, w terminach określonych przepisami.

SEKCJA INWENTARYZACJI

Do zadań Sekcji Inwentaryzacji w szczególności należy:

1. Prowadzenie ewidencji analitycznej środków trwałych, wyposażenia i wartości niematerialnych i prawnych będących własnością Szpitala, a także obcych środków trwałych użytkowanych w formie dzierżawy, użyczenia, leasingu, itp.
2. Naliczanie amortyzacji od środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych. Comiesięczne przekazywanie tych informacji do Sekcji Księgowości.
3. Uzgadnianie z Sekcją Księgowości wartościowego stanu środków trwałych, wyposażenia i wartości niematerialnych i prawnych.
4. Przyjmowanie oraz archiwizowanie dokumentacji księgowej w sposób zapewniający właściwe ewidencjonowanie operacji gospodarczych, ochronę mienia będącego w posiadaniu Szpitala oraz zachowanie tajemnicy służbowej.
5. Współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie prawidłowej ewidencji środków trwałych oraz wyposażenia.
6. Sporządzanie harmonogramu inwentaryzacji rocznej, nadzór nad realizacją tego harmonogramu.
7. Ewidencja arkuszy spisów z natury.
8. Uczestniczenie w spisach z natury majątku trwałego i obrotowego Szpitala. Rozliczanie inwentaryzacji, uzgadnianie i sporządzanie różnic inwentaryzacyjnych, wyjaśnianie tych różnic.
9. Kompletowanie dokumentów do likwidacji środków trwałych i wyposażenia. Uczestniczenie w pracach Komisji Kasacyjnych.
10. Przygotowywanie materiałów do sprawozdań i kontroli na potrzeby jednostek wewnętrznych i zewnętrznych.
11. Sporządzanie okresowej i rocznej sprawozdawczości finansowej w terminach określonych przepisami.
12. Bieżąca weryfikacja zgodności danych dotyczących aparatury i sprzętu medycznego, zamieszczonych w systemie AppMedica oraz Systemie Środków Trwałych, ze stanem faktycznym.[54]

Szczegółowe zadania pracowników Sekcji Księgowości i Rozliczeń Materiałowych oraz Sekcji Inwentaryzacji określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

Ponadto pracownicy Sekcji Księgowości i Rozliczeń Materiałowych oraz Sekcji Inwentaryzacji w zakresie swoich prac winni wykonywać inne prace zlecone przez Kierownictwo Szpitala oraz współdziałać z komórkami organizacyjnymi Szpitala w zakresie realizacji powierzonych im zadań.

[54] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 15/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 8 czerwca 2026 r.

## § 124

NACZELNA PIELĘGNIARKA

Naczelna Pielęgniarka podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
Do podstawowych zadań Naczelnej Pielęgniarki należy:

1. zapewnienie sprawności w procesie organizowania i funkcjonowania opieki pielęgniarskiej i położniczej w Szpitalu;
2. nadzór, kontrola i koordynowanie pracy pielęgniarek i położnych oraz innego średniego i niższego personelu;
3. koordynowanie wykonywania zadań przez Pielęgniarki Oddziałowe i Pielęgniarkę Społeczną;
4. koordynowanie zadań związanych z promocją zdrowia oraz programami profilaktycznymi realizowanymi w Szpitalu;
5. rozpatrywanie skarg na działalność personelu medycznego i współpraca w tym zakresie z Rzecznikiem Praw Pacjenta;
6. współpraca z administracją Szpitala w zakresie realizacji zadań zleconych firmom zewnętrznym, w szczególności dotyczących utrzymania czystości i prania
7. udział w działaniach na rzecz zwalczania zakażeń wewnątrzszpitalnych;
8. planowanie zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu w powierzonym obszarze zadań;
9. realizacja polityki zarządzania jakością poprzez koordynowanie i podejmowanie działań mających na celu podnoszenie jakości usług świadczonych przez Szpital;
10. analiza potrzeb w zakresie zatrudnienia personelu pielęgniarskiego i dostosowanie liczby zatrudnionych do realizowanych zadań.
11. nadzór nad Działem Żywienia;
12. wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora;

Szczegółowe zadania Naczelnej Pielęgniarki określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 125

W pionie Naczelnej Pielęgniarki są**:**

1. Z-ca Naczelnej Pielęgniarki
2. Pielęgniarki Oddziałowe w Klinikach i Pielęgniarki w Poradniach
3. Pielęgniarka Społeczna
4. Stanowisko ds. Socjalnych Pacjentów
5. Dział Żywienia.

## § 126

### Z-CA NACZELNEJ PIELĘGNIARKI

Do zadań Z-cy Naczelnej Pielęgniarki należy:

1. Zapewnienie realizacji kompleksowych świadczeń przez pielęgniarki i położne w opiece nad pacjentem.
2. Systematyczne monitorowanie, analizowanie i ocenianie jakości opieki pielęgniarskiej i położniczej, stosowania metod pracy, wyposażenia i obsługi pielęgniarskich stanowisk pracy.
3. Zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej i położniczej poprzez elastyczną rotację kadr odpowiednio do faktycznego zapotrzebowania na opiekę.
4. Opracowanie i wdrażanie standardów pielęgnowania.
5. Systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską.
6. Organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgniarskiego.
7. Wdrażanie programów Promocji Zdrowia.
8. Poszukiwanie i proponowanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych.
9. Nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej nowych pracowników.
10. Ustalanie planu szkoleń personelu pielęgniarskiego w porozumieniu z pielęgniarkami oddziałowymi.
11. Planowanie rozwoju zawodowego podległego personelu.
12. Uczestniczenie w odprawie kierowniczej kadry pielęgniarskiej i innych spotkaniach powołanych w celu sprawniejszej realizacji wytyczonych zadań.
13. Rozpatrywanie skarg i wniosków składanych przez podległy personel, współpracowników i pacjentów.
14. Współpraca z bezpośrednim przełożonym, z kierownictwem szpitala, kierownictwem kliniki oraz kierownikami innych działów i służbami pomocniczymi.

Szczegółowe zadania Z-cy Naczelnej Pielęgniarki określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 127

### PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWE/ KIEROWNICY PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO/ POŁOŻNICZEGO

Do zadań Pielęgniarki Oddziałowej/Kierownika Personelu Pielęgniarskiego lub Położniczego należy:

1. Zapewnienie kompleksowego, całodobowego świadczenia pielęgniarskiego nad pacjentem.
2. Stwarzanie warunków organizacyjno – technicznych do wykonywania zadań w Klinice.
3. Organizowanie pracy personelu średniego i pomocniczego poprzez właściwe planowanie i rozmieszczanie personelu (grafiki, urlopy, rotacje w obrębie kliniki).
4. Rozliczanie czasu pracy podległego personelu.
5. Systematyczne szacowanie rzeczywistego zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską.

6. Organizowanie pracy pielęgniarek poprzez planowanie i dobór prawidłowych metod postępowania pielęgniarskiego.
7. Monitorowanie, ocenianie i analizowanie jakości procesu pielęgnowania.
8. Poszukiwanie nowych rozwiązań na rzecz poprawy jakości usług medycznych.
9. Stwarzanie warunków do prawidłowej adaptacji pacjentów w Klinice.
10. Uczestniczenie w procesie pielęgnowania (udział w ustalaniu problemów pielęgnacyjnych poszczególnych pacjentów i realizacji opieki pielęgniarskiej).
11. Zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania zabiegów diagnostycznych, leczniczo-rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych.
12. Prowadzenie bieżącej kontroli wykonywanych zadań oraz dokumentowania udzielanych świadczeń i ocenianie wyników postępowania pielęgnacyjnego.
13. Czuwanie nad prawidłowym przebiegiem procedur medycznych i higienicznych przez podległy personel w oddziale.
14. Nadzorowanie stanu sanitarno-epidemiologicznego w Klinice oraz przestrzegania przez podległy personel obowiązujących procedur i przepisów.
15. Przeprowadzanie okresowej kontroli na dyżurach popołudniowych, nocnych oraz w dni wolne od pracy w zakresie zadań wykonywanych przez podległy jej personel
16. Przeprowadzanie okresowej oceny podległego personelu.
17. Prowadzenie stanowiskowego szkolenie z zakresu BHP.
18. Prowadzenie adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników zgodnie z przyjętym programem.
19. Prowadzenie zebrań i szkoleń wewnątrzoddziałowych w klinice.
20. Organizowanie i wpływanie na prawidłową realizację zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia wśród pacjentów i ich rodzin.
21. Analizowanie poziomu satysfakcji pacjentów i ich rodzin z jakości udzielanych świadczeń.
22. Nadzorowanie utrzymania w sprawności technicznej narzędzi, sprzętu i aparatury niezbędnej do wykonywania zabiegów diagnostycznych i pielęgnacyjno- leczniczych oraz pierwszej pomocy.
23. Nadzorowanie właściwego zabezpieczenia, przechowywania i przygotowywania leków i środków dezynfekcyjnych zgodnie z obowiązującymi procedurami i standardami w USK Nr 1.
24. Współpraca z bezpośrednim przełożonym, z kierownictwem szpitala, kierownictwem kliniki oraz kierownikami innych działów i służbami pomocniczymi.

Szczegółowe zadania Pielęgniarek Oddziałowych w Klinikach/Kierowników Personelu Pielęgniarskiego/ Położniczego określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 128**

PIELĘGNIARKA SPOŁECZNA

Do zadań Pielęgniarki Społecznej należy:

1. Pomoc pacjentom w trudnych sytuacjach życiowych w zapewnieniu właściwej opieki poszpitalnej.

2. Współpraca z ośrodkami pomocy społecznej (MOPS, GOPS, domy pomocy społecznej, schroniska dla bezdomnych, noclegownie itp.) oraz innymi instytucjami.
3. Współpraca z pracownikami socjalnymi Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.
4. Współpraca z ośrodkiem Adopcyjno- Opiekuńczym.
5. Umożliwienie odbycia połogu samotnym matkom po wypisie ze szpitala w Domu Samotnej Matki.
6. Współpraca z Sądem Rejonowym- Wydziałem Rodzinnym i Nieletnich.
7. Współpraca z Domem Dziecka, Pogotowiem Opiekuńczym.
8. Pomoc pacjentowi/ rodzinie w zapewnieniu usług opiekuńczych oraz umieszczeniu potrzebujących w zakładach opiekuńczo- leczniczych.
9. Pomoc w uzyskaniu przez pacjenta zasiłku stałego/ okresowego.
10. Załatwianie formalności związanych z ubezpieczeniem pacjenta samotnego, bezdomnego, bezrobotnego.
11. Ułatwienie pacjentom kontaktu z rodziną.
12. Przekazywanie pacjenta pod opiekę placówek podstawowej opieki zdrowotnej w celu zapewnienia dalszej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej.
13. Sporządzanie sprawozdania z prowadzonej działalności w zakresie spraw społecznych pacjentów.
14. Współpraca z bezpośrednim przełożonym, Pielęgniarkami Oddziałowymi Klinik oraz kierownikami innych działów i służbami pomocniczymi.

Szczegółowe zadania Pielęgniarki Społecznej określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

**§ 129**

STANOWISKO DS. SOCJALNYCH PACJENTÓW

Do zadań osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. Socjalnych Pacjentów należy:

1. Przeprowadzanie wywiadów z pacjentami oraz ich rodzinami w celu rozpoznania ich warunków socjalno - bytowych oraz sytuacji po zakończeniu hospitalizacji.
2. Zbieranie informacji od służb socjalnych na temat funkcjonowania pacjenta i jego rodziny w środowisku.
3. Utrzymywanie stałego kontaktu z rodziną pacjenta podczas jego hospitalizacji.
4. Współpraca z lekarzami, pielęgniarkami i innymi członkami zespołów terapeutycznych.
5. Udzielanie informacji dotyczących procedur kierowania do Zakładów Opiekuńczo-Leczniczych, Domów Pomocy Społecznej i Środowiskowych Domów Samopomocy.
6. Wyszukiwanie zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych, placówek rehabilitacyjnych posiadających wolne miejsca lub najkrótszy okres oczekiwania na świadczenia.
7. Kompletowanie dokumentów dotyczących umieszczenia pacjenta w wyżej wymienionych placówkach.
8. Udzielanie pomocy bezdomnym (umieszczanie w schroniskach, noclegowniach i ośrodkach wsparcia).

9. Podejmowanie działań zmierzających do ustalenia tożsamości pacjentów NN (kontakt z policją, ośrodkami pomocy społecznej, strażą miejską).
10. Informowanie o możliwości pozyskania świadczeń pieniężnych z innych instytucji.
11. Występowanie do powiatowych zespołów ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności z wnioskiem o ustalenie stopnia niepełnosprawności lub o przyśpieszenie w rozpatrzeniu wniosku.
12. Występowanie do ośrodków pomocy społecznej o przyznanie zasiłków stałych, okresowych i celowych oraz usług opiekuńczych.
13. Pomoc w uzyskaniu ubezpieczenia zdrowotnego pacjentom nieubezpieczonym.
14. Informowanie o możliwościach korzystania przez pacjenta z dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego, środków pomocniczych, likwidacji barier architektonicznych.
15. Udzielanie informacji kobietom chcącym pozostawić dzieci w Szpitalu o możliwości korzystania z ośrodków wsparcia w miejscu zamieszkania.
16. Współpraca z ośrodkami adopcyjnymi w przypadku pozostawienia przez matkę noworodka w Szpitalu.
17. Realizacja zadań związanych z pochówkiem martwo urodzonych dzieci (współpraca z MOPS).

Szczegółowe zadania osoby zatrudnionej na Stanowisku ds. Socjalnych Pacjenta określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 130

## DZIAŁ ŻYWIENIA

Do zadań Działu Żywienia należy:
1. Wykonywanie czynności związanych z żywieniem chorych na zasadach racjonalnej, nowoczesnej dietetyki i higieny żywienia oraz koordynowanie pracy poszczególnych komórek Szpitala współdziałających w żywieniu chorych.
2. Opracowywanie planów zaopatrzenia szpitala w artykuły żywnościowe niezbędne do przygotowywania posiłków dla chorych hospitalizowanych w Szpitalu.
3. Opracowywanie jadłospisów dekadowych dla chorych zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia. Kontrola wartości odżywczej.
4. Sporządzanie zamówień na zakup żywności zgodnie z zaakceptowanymi przez Dyrektora potrzebami i umowami.
5. Przyjmowanie i wydawanie przez Magazyn Żywnościowy artykułów spożywczych zgodnie z procedurą „Procedura dokonywania zakupów i gospodarki magazynowej w Magazynie Żywnościowym w USK Nr 1".
6. Kontrola jakości przyjmowanych artykułów żywnościowych.
7. Nadzorowanie ekspedycji posiłków do poszczególnych klinik i oddziałów zgodnie z procedurą; „Procedura dotycząca ekspedycji posiłków z Kuchni Szpitalnej do oddziałów w USK Nr 1".
8. Udzielanie porad żywieniowych przez dietetyczki pacjentom hospitalizowanym w Szpitalu na zlecenie lekarza prowadzącego.

9. Prowadzenie rejestru faktur zakupionych towarów oraz ewidencja realizacji umów zawartych z wykonawcami.
10. Przestrzeganie Regulaminów i Zarządzeń Wewnętrznych oraz wykonywanie wszystkich poleceń Dyrektora i jego zastępców nie ujętych w zakresie obowiązków pracownika a związanych z jego pracą.
11. Realizacja zakupów artykułów żywnościowych zgodnie z Regulaminem postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych polskich równowartości kwoty 170.000[55] zł.
12. Prowadzenie działalności gastronomicznej, w ramach której również wydawane są odpłatne posiłki, wyroby garmażeryjne, artykuły spożywcze - pracownikom oraz innym konsumentom.

Szczegółowe zadania pracowników Działu Żywienia określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

## § 131

PEŁNOMOCNIK DS. PACJENTA ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI

1. Do zadań Pełnomocnika ds. Pacjenta ze szczególnymi potrzebami należy:
1) Koordynacja działań w zakresie dostępności.
2) Nadzór nad realizacją działań wynikających z ustawy z dnia 19 lipca 2019 *o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami* (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1411 z późn. zm.).
3) Współpraca z jednostkami Szpitala w celu wdrażania i monitorowania dostępności.
4) Przygotowanie corocznych raportów stanie dostępności (zgodnie z wymaganiami ustawowymi).
5) Kontakty z organizacjami pozarządowymi, instytucjami.
6) Organizacja szkoleń z zakresu obsługi pacjenta ze szczególnymi potrzebami.
7) Inicjowanie działań mających na celu poprawę jakości pobytu w Szpitalu.
8) Kontrola zgodności działań prowadzonych przez USK1 ze standardami dostępności i inkluzywności.
2. Pełnomocnik ds. Pacjenta ze szczególnymi potrzebami w szczególności odpowiada za dostępność w zakresie:
1) Architektonicznym: fizyczna dostępność budynków i przestrzeni.
2) Cyfrowym: dostępność strony internetowej i dokumentów.
3) Informacyjno-komunikacyjnym: dostępność informacji, obsługi pacjenta, tłumaczy PJM.

Szczegółowe zadania Pełnomocnika ds. Pacjenta ze szczególnymi potrzebami określa ramowy zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności znajdujący się w aktach osobowych.

[55] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

**Załącznik Nr 1**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# KARTA PRAW PACJENTA

## I. Prawa człowieka a funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej

1. Każdy ma prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej.
2. Każdy ma prawo do samo decydowania.
3. Każdy ma prawo do poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poczucia bezpieczeństwa swojej osoby.
4. Każdy ma prawo do poszanowania swojej prywatności.
5. Każdy ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz do poszanowania swoich przekonań religijnych i filozoficznych.
6. Każdy ma prawo do bezpiecznych świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

## II. Prawo do informacji

1. Pacjent ma prawo do informacji o prawach pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, udostępnianej w formie pisemnej w miejscu ogólnodostępnym.
2. Pacjent ma prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w tym o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez ten podmiot.
3. Pacjent ma prawo do przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Po uzyskaniu informacji, pacjent ma prawo przedstawić lekarzowi swoje zdanie w tym zakresie.
4. Lekarz może udzielać informacji, o której mowa w pkt. 3 innym osobom za zgodą pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
5. Pacjent ma prawo, dostępu do dokumentacji medycznej, dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie.
6. Pacjent ma prawo zażądać skorygowania, uzupełnienia, usunięcia, wyjaśnienia i/lub uaktualnienia dotyczących go osobistych i medycznych danych, które są niedokładne, niekompletne, dwuznaczne lub nieaktualne albo nieodpowiednie dla potrzeb rozpoznania, leczenia lub opieki. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz udzielił mu informacji w pełnym zakresie.
7. Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, z wyjątkiem sytuacji określonych w odpowiednich przepisach prawa.
8. Tajemnica, o której mowa w pkt. 7 obowiązuje również po śmierci pacjenta.
9. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informacje o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeśli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Jeżeli życzeniem pacjenta jest zapoznanie się z pełną informacją o złym rokowaniu – ma do tego prawo.
10. Informacja powinna być przekazana w sposób odpowiadający zdolności rozumienia pacjenta, przy jak najmniejszym użyciu niezrozumiałej technicznie terminologii. Jeżeli pacjent nie mówi po polsku, należy umożliwić tłumaczenie.

11. Pacjent ma prawo żądać, aby lekarz nie udzielał mu informacji, o której mowa w pkt. 3.
12. Pacjent ma prawo wskazać, kto, jeżeli w ogóle ktokolwiek, ma być informowany w jego imieniu.
13. Pacjent ma prawo w każdej chwili do cofnięcia udzielonego innej osobie upoważnienia do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia i o udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz wglądu do dokumentacji medycznej.
14. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie.
15. Pacjent ma prawo żądać, aby udzielająca mu świadczeń zdrowotnych pielęgniarka (położna) zasięgnęła opinii innej pielęgniarki (położnej).
16. Pacjent ma prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych.
17. W momencie przyjmowania do zakładu opieki zdrowotnej pacjent powinien poznać z imienia osoby, które będą odpowiedzialne za opiekę nad nim, uzyskać informacje o ich statusie zawodowym, a także zapoznać się z przepisami i zwyczajami, które będą kształtować jego pobyt i leczenie.
18. Pacjent ma prawo do bezpłatnego otrzymania orzeczeń i zaświadczeń lekarskich, jeśli są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy oraz innymi sytuacjami przewidzianymi w odpowiedniej ustawie.
19. Pacjent będący osobą ze szczególnymi potrzebami (niewidomy, niedowidzący, głuchoniemy, obcojęzyczny) ma prawo do otrzymania informacji w zrozumiały dla niego sposób z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się.

**III. Prawo do wyrażania zgody na zabiegi i leczenie**

1. Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w części II pkt. 3.
2. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Zgoda może być wyrażona ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.
3. W przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta zgoda, o której mowa w pkt. 2 musi być wyrażona w formie pisemnej. Przed wyrażeniem zgody pacjent ma prawo do uzyskania informacji, o której mowa w części II pkt. 3.
4. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.
5. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża na piśmie zgodę na udział w eksperymencie medycznym do celów naukowych, po uprzednim uzyskaniu informacji o celach, sposobach i warunkach przeprowadzania przedmiotowego eksperymentu, spodziewanych korzyściach leczniczych lub poznawczych, ryzyku oraz o możliwości odstąpienia od udziału w eksperymencie w każdym jego stadium. W przypadku niemożności wyrażenia pisemnej zgody, za równoważne uważa się wyrażenie zgody ustnie złożone w obecności dwóch świadków. Zgoda tak złożona powinna być odnotowana w dokumentacji lekarskiej.
6. Pacjent ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do pobrania z jego zwłok tkanek, narządów i komórek. W przypadku możliwości zastosowania alternatywnych sposobów leczenia lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi przystępnej informacji o możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, zaś pacjent ma prawo decydowania o wyborze jednego z nich.

## IV. Prawo do intymności i poszanowania godności

1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej, w szczególności w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do tego, aby przy udzielaniu świadczeń był obecny tylko niezbędny personel medyczny, chyba że obecność innych osób odbywających kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe jest uzasadniona realizacją celów naukowych lub dydaktycznych oraz, aby poszanowano jego prywatność poprzez umożliwienie udzielania świadczenia w osobnym pomieszczeniu lub miejscu osłoniętym.
2. Pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień.
3. Pacjent ma prawo, aby przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych była obecna osoba bliska, wskazana przez pacjenta. W przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta, personel medyczny udzielający świadczenia może odmówić obecności osoby wskazanej przez pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Odmowę należy odnotować w dokumentacji medycznej.

## V. Prawo do opieki i leczenia

1. Pacjent ma prawo, aby lekarz lub inna osoba wykonująca zawód medyczny udzieliły świadczenia zdrowotnego bez zbędnej zwłoki.
2. Pacjent będący w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia ma prawo żądać natychmiastowego udzielenia mu świadczenia zdrowotnego bez wymaganego skierowania.
3. Pacjent wymagający zdaniem lekarza niezwłocznego przyjęcia do szpitala, zwłaszcza w ramach ostrego dyżuru, ma prawo żądać, aby szpital odmawiający przyjęcia ze względu na brak miejsc, rodzaj udzielanych świadczeń lub ze względów epidemiologicznych, zapewnił w razie potrzeby przewóz do innego szpitala mającego możliwość udzielenia właściwego świadczenia.
4. Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do zaopatrzenia w leki i materiały medyczne oraz do pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia. Pacjent ma ponadto prawo do otrzymywania osobistej bielizny szpitalnej i środków higieny osobistej.
5. Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.
6. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, korespondencyjnego i telefonicznego z innymi osobami także z ogólnie dostępnego telefonu, a w wyjątkowym przypadku również z telefonu służbowego.
7. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w pkt. 6.
8. Prawa pacjenta mogą być ograniczone w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w pkt. 6, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu.
9. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, pacjent ma prawo do kontaktu z duchownym swego wyznania.
10. Jeżeli istnieje obawa rychłej śmierci pacjenta ma on prawo zażądać, aby personel szpitala umożliwił mu wyrażenie ostatniej woli ustnie przy jednoczesnej obecności co najmniej trzech świadków.
11. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych.
12. Pacjent ma prawo do ciągłości opieki włączając w to współpracę pomiędzy wszystkimi dostawcami usług zdrowotnych i / lub podmiotami leczniczymi, które mogą uczestniczyć w rozpoznaniu, leczeniu i opiece.
13. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych, pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

14. Pacjent ma prawo wybrać i zmienić swojego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej.
15. Pacjent ma prawo do wypisania ze szpitala, gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu, bądź na własne żądanie – w takiej sytuacji pacjent ma prawo do informacji o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Przy czym przy wypisie pacjent ma prawo do otrzymania oryginału oraz jednej kopii Karty Informacyjnej z Leczenia Szpitalnego z podaniem rozpoznania w języku polskim.
16. Pacjent w podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do przechowywania wartościowych rzeczy w depozycie.

**VI. Prawo pacjenta nieletniego**

Pacjentowi nieletniemu przysługują takie same prawa, jak pacjentowi dorosłemu, z tym że:

1. Prawo pacjenta do wyrażania zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, a także w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, przysługuje przedstawicielowi ustawowemu małoletniego, a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego, prawo to w odniesieniu do badania może wykonać opiekun faktyczny. Jeśli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
2. Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, do świadczeń zdrowotnych określonych w pkt. 1 wymagana jest również jego pisemna zgoda.
3. Pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu, co do udzielenia świadczeń zdrowotnych opisanych w pkt. 1, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego. W takim przypadku, do udzielenia świadczenia zdrowotnego wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.
4. Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego nie zgadza się na wykonanie zabiegu operacyjnego albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, a czynności te są niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać te czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.
5. Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w pkt. 4 bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta lub właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy.
6. Udział małoletniego w eksperymencie medycznym jest dopuszczalny tylko za pisemną zgodą jego przedstawiciela ustawowego, a jeśli małoletni ukończył 16 lat lub nie ukończył 16 lat i jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie swego uczestnictwa w eksperymencie, konieczna jest także jego pisemna zgoda.
7. Udział małoletniego w eksperymencie badawczym jest dopuszczalny, jeżeli spodziewane korzyści mają bezpośrednie znaczenie dla zdrowia małoletniego, ryzyko jest niewielkie i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów i nie ma możliwości przeprowadzenia takiego eksperymentu o porównywalnej efektywności z udziałem osoby posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych.

## VII. Prawo do skargi

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, jeżeli uzna, że jego prawa zostały naruszone, może zwrócić się z interwencją do Lekarza Kierującego lub kierownika, a następnie do powołanego w Szpitalu Pełnomocnika Praw Pacjenta.
2. W razie niezadowalającego załatwienia sprawy, określonej w pkt. 1, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może zwrócić się o jej rozpatrzenie do dyrektora szpitala.
3. Jeżeli naruszenie prawa dotyczyło fachowej czynności medycznej, pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy może zwrócić się do Okręgowej Izby Lekarskiej, bądź do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.
4. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta sprawę o zasądzenie odpowiedniej kwoty tytułem zadośćuczynienia można skierować do sądu powszechnego.

## VIII. Prawo do wniesienia sprzeciwu

1. Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mogą wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli opinia albo orzeczenie ma wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.
2. Sprzeciw wnosi się do Komisji Lekarskiej, działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta.
3. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, o których mowa w pkt. 1.

## IX. Prawo do składania wniosków do Rzecznika Praw Pacjenta

1. Każdy, kto poweźmie wiadomość, co najmniej uprawdopodabniającą naruszenie praw pacjenta może złożyć wniosek do Rzecznika Praw Pacjenta o wszczęcie postępowania wyjaśniającego. Wniosek musi zawierać:
   - oznaczenie wnioskodawcy
   - oznaczenie pacjenta, którego sprawa dotyczy
   - zwięzły opis stanu faktycznego.

2 . Każdy ma prawo do złożenia wniosku do Rzecznika Praw Pacjenta o wydanie decyzji w sprawie praktyki naruszającej zbiorowe prawa pacjentów.

## X. Prawa Dziecka w Szpitalu

1. Dzieci powinny być przyjmowane do szpitala tylko wtedy, kiedy leczenie nie może być prowadzone w domu, pod opieką poradni lub na oddziale dziennym.
2. Powinny mieć prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nimi w szpitalu rodzice lub opiekunowie. Nie powinno być żadnych ograniczeń dla osób odwiedzających - bez względu na wiek dziecka.
3. Rodzicom należy stwarzać warunki pobytu w szpitalu razem z dzieckiem, należy ich zachęcać i pomagać im w pozostawaniu przy dziecku. Pobyt rodziców nie powinien narażać ich na dodatkowe koszty lub utratę zarobków. Aby mogli oni uczestniczyć w opiece nad dzieckiem, powinni być na bieżąco informowani o sposobie postępowania i zachęcani do aktywnej współpracy.

4. Dzieci i rodzice powinni mieć prawo do uzyskiwania informacji, a w przypadku dzieci, w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Należy starać się o łagodzenie i unikanie zbędnych stresów fizycznych i emocjonalnych u dziecka w związku z jego pobytem w szpitalu.
5. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia. Każde dziecko powinno być chronione przed zbędnymi zabiegami diagnostycznymi i leczniczymi
6. Dzieci powinny przebywać razem z innymi dziećmi w podobnym wieku. Nie należy umieszczać dzieci razem z dorosłymi.
7. Dzieci powinny mieć możliwość zabawy, odpoczynku i nauki odpowiedniej do ich wieku i samopoczucia. Ich otoczenie powinno być tak zaprojektowane, urządzone i wyposażone, aby zaspokajało dziecięce potrzeby.
8. Przygotowanie i umiejętności personelu muszą zapewniać zaspokajanie potrzeb fizycznych i psychicznych dzieci.
9. Zespół opiekujący się dzieckiem w szpitalu powinien zapewnić mu ciągłość leczenia.
10. Dzieci powinny być traktowane z taktem i wyrozumiałością. Ich prawo do intymności powinno być zawsze szanowane.

**Załącznik Nr 2**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie

## § 1. Zakres regulacji

1. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie został wdrożony i jest utrzymywany wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta zgodny z Ustawą o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta z dnia 16.06.2023 r. (Dz.U. z 2023 r. poz. 1692 z późn. zm.). Usprawnianie tego systemu dokonuje się na podstawie oceny jego skuteczności oraz wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów.
2. Na wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem pacjenta składają się procedury, standardowe opisy postępowania, instrukcje, w tym dotyczące zarządzania zdarzeniami niepożądanymi, nadzoru nad systemem i oceny jego skuteczności wydane odpowiednimi zarządzeniami /procedurami/pismami wprowadzonymi przez Dyrektora.
3. Poniższe postanowienia stosuje się do wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala i obejmują one zarówno działalność medyczną, jak i działalność wspierającą.

## § 2. Cele systemu jakości

1. Szpital w ramach wewnętrznego systemu:
   1) wdraża rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
   2) identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
   3) określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
   4) okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
   5) monitoruje zdarzenia niepożądane;
   6) zapewnia dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;
   7) prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. z 2023r., poz. 1692 z późn. zm.).
2. Podstawowym celem wdrażania i utrzymywania standardów jakości w Szpitalu jest:
   1) zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników,
   2) świadczenie usług zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi przepisami prawa,
   3) ciągłe doskonalenie procesów klinicznych i administracyjnych,
   4) monitorowanie i ograniczanie ryzyka zdarzeń niepożądanych,
   5) podnoszenie satysfakcji pacjentów i pracowników z funkcjonowania Szpitala,
   6) wspieranie działań proinnowacyjnych i wdrażanie dobrych praktyk w ochronie zdrowia

## § 3. Zasady organizacyjne

1. Każda komórka organizacyjna Szpitala zobowiązana jest do stosowania przyjętych standardów jakości i uczestnictwa w procesach monitorowania, raportowania oraz doskonalenia jakości.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych ponoszą odpowiedzialność za wdrożenie i przestrzeganie standardów jakości w podległych im jednostkach, w szczególności za nadzór nad:
   1) przeprowadzaniem analizy przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego;
   2) zapewnianiem zasobów i informacji niezbędnych do właściwego monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
   3) opracowywaniem dokumentów określających zasady, procedury, metody oraz opisy stanowisk pracy, mające na celu zapobieżenie wystąpieniu zdarzeń niepożądanych.
3. Standardy jakości obejmują w szczególności:
   1) opracowywanie, aktualizację i stosowanie procedur medycznych i administracyjnych,
   2) prowadzenie dokumentacji zgodnej z obowiązującymi przepisami i zasadami rzetelności,
   3) przestrzeganie zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego, sanitarnego i BHP,
   4) stosowanie mechanizmów kontroli wewnętrznej i audytów,
   5) udział w procesach akredytacyjnych, certyfikacyjnych i kontrolnych,
   6) współpracę w zakresie analiz wskaźników jakościowych i podejmowanie działań korygujących.

## § 4. Monitorowanie i raportowanie

1. Monitorowanie realizacji standardów jakości odbywa się w oparciu o:
   1) wskaźniki jakości klinicznej i organizacyjnej,
   2) analizy zdarzeń niepożądanych,
   3) wyniki skarg, wniosków i opinii pacjentów,
   4) okresowe raporty z działalności poszczególnych komórek.
2. Badanie opinii i doświadczeń pacjenta przeprowadza się przy pomocy ankiety, której wzór minister właściwy do spraw zdrowia publikuje w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego tego ministra.
3. Zanonimizowane badanie opinii i doświadczeń pacjentów przeprowadza się po wypisie pacjenta ze szpitala lub w dniu wypisu, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii.
4. Szpital informuje, pacjentów, którym udziela się świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń niż leczenie szpitalne, o możliwości wypełnienia ankiety badania opinii i doświadczeń pacjentów, w sposób zapewniający swobodę wyrażenia opinii, za pośrednictwem tablic ogłoszeniowych.
5. Kierownicy komórek organizacyjnych są zobowiązani do przekazywania Dyrektorowi Szpitala raz do roku sprawozdania z realizacji działalności podległej jednostki, z uwzględnieniem informacji o spełnianiu standardów jakości oraz o podejmowanych działaniach naprawczych i doskonalących.

## § 5. Doskonalenie jakości

1. W Szpitalu obowiązuje zasada ciągłego doskonalenia jakości, polegająca na systematycznym podnoszeniu standardów opieki i obsługi, wdrażaniu innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych oraz rozwijaniu kompetencji pracowników.
2. Działania w zakresie doskonalenia jakości obejmują w szczególności:
   1) szkolenia i rozwój pracowników,
   2) wdrażanie nowoczesnych metod zarządzania procesami,
   3) inicjowanie projektów poprawy jakości,
   4) analizę porównawczą wyników Szpitala z innymi ośrodkami (benchmarking).

## § 6. Postanowienia końcowe

1. Standardy jakości stanowią integralny element funkcjonowania Szpitala i są wiążące dla wszystkich pracowników.
2. Nadzór nad realizacją postanowień niniejszego rozdziału sprawuje Dyrektor Szpitala oraz upoważnieni przez niego Zastępcy.
3. Szczegółowe zasady dotyczące zakresu zadań Sekcji Zarządzania Jakością określa § 80 Regulaminu Organizacyjnego USK Nr 1 w Lublinie.

**Załącznik Nr 3**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# II KLINIKI CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Udzielanie wyczerpujących informacji odnośnie diagnostyki i leczenia.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo - zdrowotna i promocja zdrowia.
10. Działalność dydaktyczna polskojęzyczna i anglojęzyczna dla Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego i pracowników gospodarczych sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
   a) Oddział Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego,
   b) Pracownia USG w Oddziale Chirurgii Ogólnej Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego,
   c) Pracownia Badań Czynnościowych Przełyku.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chirurgicznej.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, na podstawie skierowania.

§ 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Przepisy porządkowe**

§ 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 10

Na terenie Kliniki obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- do dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.
4. Pacjent ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych w obecności lekarza. O terminie i sposobie udostępnienia pacjentowi dokumentacji medycznej decyduje lekarz prowadzący / sprawujący opiekę nad pacjentem.

§ 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody *(zgoda wyłączna).* Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty

przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

§ 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Chirurgicznej we wtorki w godzinach 11.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach 09.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest Księga Osób Oczekujących.

§ 21

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 06.00 – 07.00 | mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 07.00 – 08.10 | toaleta poranna i ścielenie łóżek, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, |
| 08.10 – 08.40 | obchód lekarski, |
| 08.40 – | do zakończenia planu operacyjnego - zabiegi operacyjne, |
| 08.45 – 09.00 | śniadanie, rozdanie leków doustnych, |
| 09.00 – 12.45 | badania diagnostyczne, zabiegi lecznicze i pielęgnacyjne, |
| 12.45 – 13.30 | obiad, rozdanie leków doustnych, |
| 13.30 – 16.00 | wykonywanie zleceń godzinowych i zabiegów pielęgnacyjnych |
| 16.00 – 16.55 | pomiar temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 17.00 – 17.30 | wizyta lekarska, |
| 17.30 – 18.15 | wykonywanie zleceń doraźnych, |
| 18:15 – 18.45 | kolacja, rozdanie leków doustnych, |
| 20.00 – 21.00 | toaleta wieczorna, |
| 21.15 – 22.00 | wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 22.00 – 06.00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 12.00 do 14.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub Kierownikiem Kliniki – Lekarzem Kierującym.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 4**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# KLINIKI TRAUMATOLOGII I MEDYCYNY RATUNKOWEJ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja zgodnie z metodą procesu pielęgnowania.
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo – zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Traumatologii.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Przyklinicznej.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

§ 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

§ 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.

3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo)

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Przyklinicznej we wtorki w godzinach 09.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach 08.00 - 14.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest lista osób oczekujących.

§ 21

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 06:00 – 07:00 | mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, |
| 07:00 – 08:00 | toaleta poranna chorych i słanie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, sprzątanie sal chorych, |
| 08:00 – 08:30 | śniadanie, rozdanie leków doustnych, analiza problemów leczniczych pacjentów hospitalizowanych, planowanie zabiegów operacyjnych na dzień następny, |
| 08:30 – 09:00 | obchód lekarski, |
| 09:00 – 13:00 | wykonywanie zleceń lekarskich, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, wykonywanie badań diagnostycznych, realizacja zabiegów operacyjnych, |
| 13:00 – 13:30 | obiad, rozdanie leków doustnych, |
| 13:30 – 16:00 | czas wolny dla pacjentów, |
| 16:00 – 17:00 | pomiar temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych i zabiegów operacyjnych na dzień następny, |
| 17:00 – 19: 00 | obchód lekarski, kolacja, rozdanie leków doustnych, przygotowanie pacjentów do badań diagnostycznych i zabiegów operacyjnych na następny dzień, wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarskich, |
| 20:00 – 21:30 | wykonywanie zleceń godzinowych, toaleta wieczorna pacjentów, |
| 22:00 – 06:00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. od 09.00 do 13.00 po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 5**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# KLINIKI CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

§ 2.

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Diagnozowanie, leczenie.
3. Rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych, problemów pielęgnacyjnych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej o charakterze promocyjnym, profilaktycznym, leczniczym, rehabilitacyjnym, opiekuńczym metodą „procesu pielęgnowania".
4. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia chorych hospitalizowanych w Klinice oraz ich rodzin.
10. Kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przygotowanie podopiecznego i najbliższych do współpracy w procesie pielęgnowania.
11. Przygotowanie podopiecznego do samoopieki i samopielęgnacji.
12. Przygotowanie i wdrożenie osób opiekujących się pacjentem do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i leczniczych w domu.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.
3. Kierownik Kliniki wyznacza lekarza prowadzącego, który jest jednocześnie lekarzem sprawującym opiekę nad daną salą chorych.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki, zlokalizowanych przy al. Solidarności 8:
   a. Oddział Chirurgii Naczyniowej i Angiologii,
   b. Pracownia USG Chirurgii Naczyniowej
   c. Pracownia Radiologii Zabiegowej
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.

2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.

§ 6.

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Przepisy porządkowe**

§ 7.

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych.
2. Odwiedziny są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. Odwiedziny pacjentów przebywających na Sali Intensywnej Opieki Pooperacyjnej (OIOP) możliwe są wyłącznie po uzyskaniu zgody lekarza.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 8.

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 9.

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 10.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11.

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób nie zakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,

- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 12.

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14.

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemającą orzeczenia,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (zgoda zastępcza).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia

udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym przez lekarza prowadzącego lub Lekarza kierującego Oddziałem a w godzinach popołudniowych przez lekarza dyżurnego.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18.

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 20.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w godzinach 08.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest lista osób oczekujących.

§ 21.

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 07.00 – 07.15 | raport pielęgniarski, |
| 07.30 – 07.45 | raport lekarski, |
| 07.15 – 08.00 | toaleta poranna, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentów, przygotowanie chorych do wizyty lekarskiej, rozłożenie leków doustnych, |
| 07.45 – 08.00 | wizyta lekarska na salach chorych, uczestnictwo pielęgniarek w obchodzie, przewożenie chorych na salę operacyjną, |
| 08.30 – 14.30 | wykonywanie zabiegów operacyjnych, |
| 08.30 – 09.00 | rozdawanie śniadania, pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, rozdawanie leków, |
| 09.00 – 10.00 | sprawdzanie zleceń lekarskich, |
| 10.00 – 13.30 | wykonywanie zleceń lekarskich, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, |
| 12.00 – 12.30 | przygotowanie chorych do obiadu, rozłożenie leków doustnych, |
| 12.30 – 13.30 | rozdawanie posiłków, karmienie i pomoc przy obiedzie, rozdawanie leków, |
| 13.30 – 14.30 | sprawdzanie zleceń lekarskich, |
| 14.30 – 19.00 | wykonywanie zleceń lekarskich, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, |
| 14.30 – 17.00 | odwiedziny chorych przez rodzinę, pomiar temperatury, uzupełnianie dokumentacji, przygotowanie chorych do badań i zabiegów planowanych na dzień następny, rozłożenie leków doustnych, |
| 17.00 – 17.30 | wizyta lekarska, |
| 17.30 – 17.45 | sprawdzanie zleceń lekarskich, |
| 17.45 – 19.00 | wykonywanie zleceń z wizyty popołudniowej, przygotowanie chorych do kolacji, rozdawanie kolacji, karmienie i pomoc przy posiłku, toaleta chorych, |
| 19.00 – 19.15 | raport pielęgniarski, |
| 19.15 – 22.00 | wykonywanie zleceń godzinowych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej, przygotowanie chorych do snu, |
| 22.00 – 06.00 | cisza nocna, |
| 06.00 – 07.00 | pobieranie krwi do badań, pomiar temperatury. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22.

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 10.00 do 15.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub lekarzem kierującym oddziałem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - jeden egzemplarz karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

## Zasady pracy Pracowni Radiologii Zabiegowej

§ 23.

1. W Pracowni Radiologii Zabiegowej pacjenci Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii mają wykonywane następujące zabiegi: diagnostyka i leczenie w zakresie układu tętniczego i żylnego metodami wewnątrznaczyniowymi z wyłączeniem stentowania tętnic szyjnych oraz leczenia wewnątrznaczyniowego tętniaków i rozwarstwień aorty.
2. Nad realizacja zadań Pracowni Radiologii Zabiegowej nadzór sprawuje kieruje Kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii (lub jego zastępca).
3. Zabiegi diagnostyczne/leczniczych pacjentów Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Pracowni Radiologii Zabiegowej odbywają się po uprzedniej kwalifikacji chorego przez specjalistę chirurga naczyniowego na podstawie wypełnionego skierowania przez lekarza kierującego lub lekarza dyżurnego Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii (Załącznik nr 1).
4. Zabiegi diagnostyczne/lecznicze przeprowadza lekarz wyznaczony przez Kierownika Pracowni lub jego zastępcę.
5. Pierwszeństwo w zabiegach mają pacjenci przyjęci w trybie pilnym i przyspieszonym oraz z niedokrwieniem kończyn dolnych spowodowanym miażdżycą tętnic kończyn dolnych.
6. Wszelkie zmiany dotyczące zaplanowanego sposobu leczenia są konsultowane i zaaprobowane przez Kierownika Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, jego Zastępcę lub podczas ich nieobecności – lekarza przez nich wyznaczonego do kierowania Kliniką Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.
7. Personel Pracowni Radiologii Zabiegowej ściśle przestrzega szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Pracowni, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym, w tym stosowania.
8. Personel Pracowni Radiologii Zabiegowej oraz zespołu anestezjologicznego (jeśli jest potrzebny) i radiologicznego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomość w czasie wykonywania swoich obowiązków.
9. Pobyt pacjenta w Pracowni Radiologii Zabiegowej i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane.
10. W zakresie dokumentacji zbiorczej Pracowni Radiologii Zabiegowej gromadzone są informacje:
    - dane wstępne wpisywane są przez osobę wyznaczoną przez Kierownika Pracowni (w tym numer kolejny pacjenta; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data zabiegu)
    - dane dotyczące kwalifikacji do zabiegu wpisuje chirurg naczyniowy kierujący do Pracowni (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia, jeślipotrzebny)
    - dane dotyczące znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespól anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
    - protokół zabiegu wpisuje i autoryzuje zespół przeprowadzający zabieg (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem zabiegu; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne;)

**Załącznik Nr 6**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII i PRACOWNI RADIOLOGII ZABIEGOWEJ

## I. Charakterystyka bloku operacyjnego

1. Blok Operacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzą 2 sale operacyjne zlokalizowane w strukturze Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii wraz z salą wybudzeń i pomieszczeniami pomocniczymi oraz sala hybrydowa zlokalizowana w strukturze Bloku Operacyjnego II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologii i Nowotworów Układu Pokarmowego USK Nr 1.
3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
   - przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie,
   - realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

## II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego:

1. Nadzór nad pracą personelu medycznego Bloku Operacyjnego sprawuje Lekarz wyznaczony przez Lekarza Kierującego Oddziałem, który pełni obowiązki Kierownika Bloku Operacyjnego oraz Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego. W przypadku nieobecności ww. osób zastępstwo wyznaczają Kierownik Bloku Operacyjnego i Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
2. Kierownik Bloku Operacyjnego i Pielęgniarka Bloku Operacyjnego są odpowiedzialni za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych, nadzór nad przestrzeganiem przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Kierownik Bloku Operacyjnego współpracuje z Pielęgniarką Oddziałową Bloku Operacyjnego, która realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którymi zarządza i nadzoruje ich pracę. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego w trakcie pracy w Bloku Operacyjnym podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego.
4. Kierownik Bloku operacyjnego podlega Lekarzowi Kierującemu Oddziałem.
5. Personel Bloku Operacyjnego dzieli się na:
   - personel stały: pielęgniarki operacyjne, technik radiologii, pracownik gospodarczy,
   - personel zmienny: lekarze (wszystkich specjalności, rezydenci, stażyści), pielęgniarki anestezjologiczne
6. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego biorąc pod uwagę liczbę stanowisk oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.
7. W skład zespołu operacyjnego wchodzą:
   - zespół lekarzy operujących - operator i asysta.
   - zespół anestezjologiczny - lekarz i pielęgniarka,
   - zespół pielęgniarek operacyjnych (czysta i brudna)
   - technik radiologii
8. W czasie każdego zabiegu jest do dyspozycji Bloku Operacyjnego pracownik gospodarczy.
9. Planując harmonogram pracy pracowników gospodarczych należy uwzględnić plan higieny dla Bloku Operacyjnego, sporządzany przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.
10. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
11. Za gospodarkę materiałową oraz zgłaszanie do Działu Aparatury Medycznej awarii aparatury i sprzętu medycznego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego (w części anestezjologicznej

– Pielęgniarka Anestezjologiczna):

a) Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
b) Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
c) Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym. W trakcie zabiegu ograniczone do minimum jest wychodzenie personelu z Sali operacyjnej po narzędzia i materiały do magazynków zlokalizowanych poza Blokiem Operacyjnym.
d) Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie chronić przed zniszczeniem.
e) Przekazywanie informacji Kierownikowi Bloku Operacyjnego nt. awarii sprzętu i aparatury medycznej, klimatyzacji, innych sytuacji zagrażających realizacji zadań Bloku Operacyjnego.
f) Za zabezpieczenie odpowiedniego sprzętu do zabiegów wewnątrznaczyniowych odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego

**III. Tryby wykonywania zabiegów:**

1. zabieg w trybie natychmiastowym - zabieg wykonywany natychmiast od podjęcia przez operatora decyzji o interwencji, u pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu lub ich funkcji; stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z zabiegiem;
2. zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
3. zabieg w trybie przyspieszonym - zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
4. zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

**IV. Planowanie zabiegów operacyjnych – tryb planowy:**

1. Kwalifikacja do operacji odbywa się po uprzedniej analizie choroby pacjenta i akceptacji lekarza prowadzącego pacjenta (daną salę chorych) lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem (w tym lekarza dyżurnego) w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem lub jego Zastępcą. Wpisu kwalifikacji do operacji w historii choroby pacjenta dokonuje lekarz prowadzący pacjenta /salę chorych, na której przebywa pacjent/ lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (w tym lekarz dyżurny).
2. Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych zawiera (wg załącznika - wzoru):
   - datę i godzinę rozpoczęcia pierwszego zabiegu przez zespół operujący,
   - imię i nazwisko pacjenta,
   - rodzaj operacji w języku polskim,
   - imię i nazwisko głównego operatora oraz asysty
   - kolejność zabiegów w danej sali operacyjnej,
   - przydział sali operacyjnej.
3. Harmonogramy zabiegów operacyjnych ustalany jest w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez Kierownika Bloku Operacyjnego, w rozumieniu pkt II ppkt 1 niniejszego regulaminu. Zabiegi operacyjne ustalane są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych według klasy czystości z zachowaniem zasad aseptyki chirurgicznej oraz optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.
4. Harmonogram zabiegów operacyjnych uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające dezynfekcję sprzętu i pomieszczenia oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami.

5. Ustalany harmonogram zabiegów operacyjnych jest przekazywany niezwłocznie, jednakże nie później niż w przeddzień planowanych operacji do godz. 12.00 Lekarzowi Kierującemu Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail: anestezjologia@usk1.pl lub faxem 712 - tak, aby umożliwić kwalifikację preanestetyczną pacjenta oraz zaplanowanie pracy zespołu anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu. Ostateczny plan zabiegów operacyjnych uzgadniany jest przez Kierownika Bloku Operacyjnego oraz Lekarza Kierującego Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz przekazywany Pielęgniarce Oddziałowej Bloku Operacyjnego.
6. W przypadku gdy zabieg w trybie planowym ma się odbyć w pierwszy dzień roboczy po dniu wolnym od pracy, lista pacjentów do kwalifikacji do znieczulenia powinna być uzgodniona w ostatni dzień roboczy poprzedzający dzień wolny od pracy.

**V. Zmiany w planie zabiegów operacyjnych:**

1. Zarówno plan zabiegów operacyjnych, jak i zmiany w planie zabiegów operacyjnych są autoryzowane przez Kierownika Bloku Operacyjnego lub upoważnioną przez niego osobę, o której mowa w pkt. II ppkt. 1.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym są dokonywane i mogą nastąpić tylko za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub Kierownika Bloku Operacyjnego i Lekarza Kierującego Kliniką Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub osób pełniących ich obowiązki. Zmiany w planie dokonywane są w sposób czytelny, niebudzący wątpliwości lub poprzez wydrukowanie kolejnej, obowiązującej wersji z określeniem daty i godz. zmiany (zabrania się skreślania, poprawiania itp.). Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach. Wzór planu zabiegów operacyjnych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz prowadzący/sprawujący opiekę jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
4. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się najpóźniej o godz. 8.15.
5. W przypadku zabiegów w trybie natychmiastowym, pilnym lub przyspieszonym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie. Wszelkich zmian planu zabiegów operacyjnych dokonuje Lekarz Kierujący Oddziałem, jego zastępca, kierownik bloku operacyjnego lub podczas ich nieobecności wskazany do kierowania Kliniką lekarz w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

**VI. Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.
3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okołooperacyjnej karty kontrolnej":
   - sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
   - sprawdzenie przygotowania Pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
   - sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta (zdjęcia RTG, zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
   - sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,
   - zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
   - zapewnienie poszanowania godności osobistej Pacjenta.
5. Każda z części "Okołooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu

operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OKK. W USK Nr 1 funkcję Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie na danej sali, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.

6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okołooperacyjnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada lekarz prowadzący/sprawujący opiekę nad pacjentem (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwinfekcyjne).
7. W miarę możliwości w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali nadzoru pozznieczuleniowego pod opieką anestezjologa.
8. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny, po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału. Pacjent przekazywany jest zespołowi jednego z Oddziałów Chirurgii Naczyń i Angiologii (Oddział II piętro, Oddział I piętro lub na Oddział Intensywnej Opieki Pooperacyjnej) w śluzie Bloku Operacyjnego pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.
9. Transport pacjenta na OAiIT odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu.
10. W razie zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem lub Z-cy Lekarza Kierującego Oddziałem. Zmarły jest przewożony przez personel na oddział.
11. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomości w czasie wykonywania swoich obowiązków.
12. Lokalizacja sali hybrydowej w strukturach Bloku Operacyjnego II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologii i Nowotworów Układu Pokarmowego USK Nr 1 nakłada konieczność organizacji transportu medycznego pacjentów z sali chorych do Bloku Operacyjnego II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologii i Nowotworów Układu Pokarmowego USK Nr 1. Transport zgłaszany jest do Działu Administracyjno-Gospodarczego Sekcja Transportu USK 1 w Lublinie lub firmy Triomed w zależności od decyzji podjętej po wykonanej operacji przez lekarza anestezjologa lub/i chirurga naczyniowego.

**VII. Zasady ogólne:**

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołów anestezjologicznego i operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomość w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane. W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:
   - dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL
   - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej),
   - dane dot. kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia),
   - dane dot. znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespól anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego

szczegółowy opis,
- protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespół operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji,
- operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne)

4. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
5. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
6. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z Misją Szpitala.
7. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

**VIII. Zasady organizacji pracy Pracowni Radiologii Zabiegowej**

1. Głównym celem działalności Pracowni jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie diagnostyki obrazowej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań naukowo-badawczych i dydaktycznych.
2. Do zadań Pracowni należy:
   - Wykonywane badań diagnostyki obrazowej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.
   - Wykonywane mało inwazyjnych przezskórnych zabiegów leczniczych.
   - Prowadzenie dokumentacji zgodnie z aktami prawnymi i procedurami obowiązującymi w USK Nr 1 w Lublinie.
   - Monitorowanie i ciągła poprawa jakości badań diagnostycznych.
   - Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
3. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Pracowni sprawuje Kierownik Kliniki.
   Nadzór nad organizacją pracy techników elektroradiologii, sprawuje Kierownik Zespołu Techników.
   Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Koordynująca.
4. W Pracowni wykonywane są badania diagnostyczne oraz zabiegi małoinwazyjne z wykorzystaniem promieniowania jonizującego.
5. Świadczenia zdrowotne planowe udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.00 do 14.35
6. Rejestracja pacjentów do pracowni odbywa się w sekretariacie Kliniki USK Nr 1 w Lublinie
   W trakcie rejestracji ustalany jest termin badania a pacjent wpisany jest do planu operacyjnego na poszczególny dzień. Na badanie pacjent zgłasza się z ważnym skierowaniem oraz świadomą zgodą podpisaną przez pacjenta w obecności personelu Kliniki USK Nr 1.
7. Opisy wyników badań pacjentów USK Nr 1 w Lublinie odnotowywane są w systemie Clininet, po wykonanej procedurze. Wersja papierowa opisu i nośnik CD dołączane są do Historii Choroby danego pacjenta. Historia Choroby przekazywana jest personelowi z oddziału, towarzyszącego pacjentowi po badaniu/zabiegu.
8. W Pracowni Radiologii Zabiegowej pacjenci Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii mają wykonywane następujące zabiegi: diagnostyka i leczenie w zakresie układu tętniczego i żylnego metodami wewnątrznaczyniowymi z wyłączeniem stentowania tętnic szyjnych oraz leczenia wewnątrznaczyniowego tętniaków i rozwarstwień aorty.
9. Pracownią Radiologii Zabiegowej kieruje jej Kierownik (lub jego zastępca).
10. Zabiegi diagnostyczne/leczniczych pacjentów Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii w Pracowni Radiologii Zabiegowej odbywają się po uprzedniej kwalifikacji chorego przez specjalistę chirurga naczyniowego na podstawie wypełnionego skierowania przez lekarza kierującego lub lekarza dyżurnego Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii (Załącznik nr 1).

11. Zabiegi diagnostyczne/lecznicze przeprowadza wyznaczony przez Kierownika Pracowni Radiologii Zabiegowej lub/i Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, ich zastępcy lub podczas ich nieobecności - osoby przez nich wyznaczone do kierowania - lekarze Pracowni Radiologii Zabiegowej lub/i Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.
12. Pierwszeństwo w zabiegach mają pacjenci przyjęci w trybie pilnymi przyspieszonym oraz z niedokrwieniem kończyn dolnych spowodowanym miażdżycą tętnic kończyn dolnych.
13. Wszelkie zmiany dotyczące zaplanowanego sposobu leczenia są konsultowane i zaaprobowane przez Kierownika Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, jego Zastępcę lub podczas ich nieobecności – lekarza przez nich wyznaczonego do kierowania Kliniką Chirurgii Naczyniowej i Angiologii.
14. Personel Pracowni Radiologii Zabiegowej ściśle przestrzega szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Pracowni, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym, w tym stosowania.
15. Personel Pracowni Radiologii Zabiegowej oraz zespołu anestezjologicznego (jeśli jest potrzebny) i radiologicznego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym poweźmie wiadomość w czasie wykonywania swoich obowiązków.
16. Pobyt pacjenta w Pracowni Radiologii Zabiegowej i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane.
17. W zakresie dokumentacji zbiorczej Pracowni Radiologii Zabiegowej gromadzone są informacje:
    - dane wstępne wpisywane są przez osobę wyznaczoną przez Kierownika Pracowni (w tym numer kolejny pacjenta; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data zabiegu),
    - dane dotyczące kwalifikacji do zabiegu wpisuje chirurg naczyniowy kierujący do Pracowni (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierujący na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia, jeśli potrzebny),
    - dane dotyczące znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespól anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
    - protokół zabiegu wpisuje i autoryzuje zespół przeprowadzający zabieg (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem zabiegu; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne;)

18. **Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej:**
    - Pielęgniarka Oddziałowa – 81/53-222-61 spdo@usk1.pl
    - Kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii – 81/53-241-40, chir_nacz@usk1.pl
    - Szpitalny Oddział Anestezjologiczny – 81/53-49-785;535 678 379, anestezjologia@usk1.pl

Załącznik Nr 1
do Regulaminu porządkowego Bloku Operacyjnego
CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII

**BLOK OPERACYJNY**
**CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII**
**USK NR 1 W LUBLINIE**

## PLAN OPERACJI NA DZIEŃ……..

Dyżurni: ……

| Sala oper. | Nr ko Godz. oper. | | Oddz. sala. | Nazwisko i imię | Rozpoznanie | Proponowany zabieg | Zespół operacyjny |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I | 1. | | | | | | |
| | 2. | | | | | | |
| | 3. | | | | | | |
| II | 1. | | | | | | |
| | 2. | | | | | | |
| | 3. | | | | | | |
| III | 1. | | | | | | |
| | 2. | | | | | | |
| | 3. | | | | | | |

Podpis osoby upoważnionej……

**Załącznik Nr 7**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo – zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
a. Oddział Chirurgii Onkologicznej,
b. Oddział Chirurgii Piersi,[1]
c. Blok Operacyjny Chirurgii Onkologicznej.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13 oraz w Gabinecie Diagnostyczno – Zabiegowym Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13.[2]
3. W Klinice pracuje Zespół Wielodyscyplinarny ds. leczenia nowotworów. Posiedzenia Zespołu odbywają się raz w tygodniu. W skład Zespołu wchodzi: chirurg, onkolog kliniczny, radioterapeuta, radiolog, patomorfolog oraz pielęgniarka onkologiczna. MDM (Multidisciplinary Meeting) służą do integracji procesu terapeutycznego chorych z potwierdzonym nowotworem. MDM dokumentowane są notatką.
   Pracę Zespołu nadzoruje Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.
[2] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w Poradni udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

§ 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Przepisy porządkowe**

§ 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. Za zgodą lekarza dyżurnego odwiedzający może pozostać z chorym w godzinach nocnych.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11

Pacjenci zobowiązani są do:
- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,

- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo)

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są

nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.

3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.

3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w poniedziałki, środy i czwartki w godzinach od 09.00 do 14.00, we wtorki w godzinach od 09.00 do 18.00 oraz w piątki w godzinach od 08.00 do 13.00.[3]
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest lista osób oczekujących.

§ 21

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 06.00 – 07.00 | mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych, |
| 07.00 – 08.00 | pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, toaleta chorych i słanie łóżek, |
| 08.00 – 09.00 | śniadanie, podawanie leków doustnych, karmienie chorych, |
| 09.00 – 12.00 | wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarskich, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wizyty lekarskie, |
| 12.00 – 12.30 | czas wolny dla pacjentów, |
| 12.30 – 13.30 | obiad, podawanie leków doustnych, karmienie chorych, |
| 13.30 – 15.00 | czas wolny dla pacjentów, |
| 15.00 – 19.00 | realizacja zabiegów lekarsko- pielęgniarskich, zabiegi pielęgnacyjne,<br>przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych i leczniczych,<br>mierzenie temperatury,<br>podawanie leków doustnych,<br>wizyta wieczorna, |
| 19.00 – 22.00 | wykonywanie zleceń lekarsko – pielęgniarskich, toaleta wieczorna, |
| 22.00 – 06.00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 09.00 do 21.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

[3] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

**Załącznik Nr 8**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

## I. Charakterystyka Bloku Operacyjnego

1. Blok Operacyjny jest wydzieloną komórką organizacyjną Kliniki Chirurgii Onkologicznej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.
2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzą:
   - 2 sale operacyjne wraz z pomieszczeniami pomocniczymi,
   - sala wybudzeń,
   - 4 śluzy.
3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
   - przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel medyczny w trybie planowanych zabiegów operacyjnych.
   - realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

## II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego:

1. Nadzór nad pracą personelu medycznego Bloku Operacyjnego sprawuje Kierownik Bloku Operacyjnego oraz Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego. W przypadku nieobecności ww. osób zastępstwo wyznaczają Kierownik Bloku Operacyjnego i Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
2. Kierownik Bloku Operacyjnego jest odpowiedzialny za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych, nadzór nad przestrzeganiem przyjętych standardów i procedur w postępowaniu leczniczym oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem obowiązującej dokumentacji medycznej.
3. Kierownik Bloku Operacyjnego współpracuje z Pielęgniarką Oddziałową Bloku Operacyjnego realizującą zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którymi zarządza i nadzoruje ich pracę. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego w trakcie pracy w Bloku Operacyjnym podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego.
4. Personel Bloku Operacyjnego dzieli się na:

– personel stały: pielęgniarki operacyjne, pracownik gospodarczy,
– personel zmienny: lekarze (wszystkich specjalności, rezydenci, stażyści), pielęgniarki anestezjologiczne.

5. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego biorąc pod uwagę liczbę stanowisk oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.
6. W skład zespołu operacyjnego wchodzą:

– zespół lekarzy operujących - operator i asysta.
– zespół anestezjologiczny - lekarz i pielęgniarka,
– zespół pielęgniarek operacyjnych (asystująca i wspomagająca).

7. W czasie każdego zabiegu jest do dyspozycji Bloku Operacyjnego personel pomocniczy.
8. Planując harmonogram pracy pracowników gospodarczych należy uwzględnić plan higieny dla Bloku Operacyjnego, sporządzany przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.
9. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu,

a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.

10. Za gospodarkę materiałową oraz zgłaszanie do Działu Aparatury Medycznej awarii aparatury i sprzętu medycznego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego (w części anestezjologicznej – Pielęgniarka Anestezjologiczna):

a. Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
b. Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
c. Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym. W trakcie zabiegu ograniczone do minimum jest wychodzenia personelu z Sali operacyjnej po narzędzia i materiały do magazynków zlokalizowanych poza Blokiem Operacyjnym.
d. Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie chronić przed zniszczeniem.
e. Informowanie Kierownika Bloku Operacyjnego nt. awarii sprzętu i aparatury medycznej, klimatyzacji, innych sytuacji zagrażających realizacji zadań Bloku Operacyjnego.

III. **Tryby wykonywania zabiegów:**

1. zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub pogorszeniem stanu klinicznego, które potencjalnie zagrażają jego życiu albo mogą stanowić zagrożenie dla utrzymania kończyny czy organu, lub z innymi problemami zdrowotnymi niedającymi się opanować leczeniem zachowawczym;
2. zabieg w trybie przyspieszonym - zabieg wykonywany w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta, który wymaga wczesnego leczenia zabiegowego, lecz wpływ schorzenia na stan kliniczny pacjenta nie ma cech opisanych dla zabiegu w trybie natychmiastowym i pilnym;
3. zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

IV. **Planowanie zabiegów operacyjnych – tryb planowy:**

1. Kwalifikacja do operacji odbywa się po uprzedniej analizie choroby pacjenta i akceptacji lekarza prowadzącego pacjenta (daną salę chorych) lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem (w tym lekarza dyżurnego) w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Kliniką lub jego Zastępcą. Wpisu kwalifikacji do operacji w historii choroby pacjenta dokonuje lekarz prowadzący pacjenta /salę chorych, na której przebywa pacjent/ lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (w tym lekarz dyżurny).
2. Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych (zwany dalej Planem operacyjnym) zawiera:

– datę rozpoczęcia pierwszego zabiegu przez zespół operujący,
– imię i nazwisko pacjenta,
– rodzaj operacji,
– kolejność zabiegów w danej sali operacyjnej.

3. Plan operacyjny ustalany jest przez Kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej (lub jego Zastępcę podczas nieobecności Kierownika), we współpracy z Kierownikiem Bloku Operacyjnego i przekazywany do sekretariatu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez sekretariat Kliniki. Zabiegi operacyjne ustalane są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych, według ich klinicznej pilności oraz klasy czystości z zachowaniem zasad optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.

4. Plan operacyjny Kliniki uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające dezynfekcję sprzętu i pomieszczenia oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami.
5. Ustalony Plan operacyjny Kliniki jest przekazywany nie później niż w przeddzień planowanych operacji do godz. 13:00 do sekretariatu Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail **anestezjologia@usk1.pl** lub faxem 712 - tak, aby umożliwić kwalifikację preanestetyczną pacjenta oraz zaplanowanie pracy zespołu anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu. Ostateczny plan zabiegów operacyjnych może ulec zmianie w dniu jego wykonywania, z powodu ważnych klinicznie zmian w stanie chorych lub po aktualizacji ich badań. Taka zmiana planu dokonywana jest przez Kierownika Kliniki na raporcie porannym. Doraźna zmiana Planu operacyjnego Kliniki przekazywana jest niezwłocznie przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego zespołowi anestezjologicznemu.
6. W przypadku gdy zabieg w trybie planowym ma się odbyć w pierwszy dzień roboczy po dniu wolnym od pracy, lista pacjentów do kwalifikacji do znieczulenia powinna być uzgodniona w ostatni dzień roboczy poprzedzający dzień wolny od pracy.

V. **Zmiany w planie zabiegów operacyjnych:**

1. Zarówno plan zabiegów operacyjnych, jak i zmiany w planie zabiegów operacyjnych są autoryzowane przez Lekarza Kierującego Oddziałem Chirurgii Onkologicznej lub Kierownika Bloku Operacyjnego lub upoważnioną przez niego osobę, o której mowa w pkt. II ppkt 1.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym są dokonywane i mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Kiniki Chirurgii Onkologicznej, w porozumieniu z Kierownikiem Bloku Operacyjnego lub osób pełniących ich obowiązki. Zmiany w planie dokonywane są w sposób czytelny, niebudzący wątpliwości lub poprzez wydrukowanie kolejnej, obowiązującej wersji z określeniem daty i godz. zmiany (zabrania się skreślania, poprawiania itp.). Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach. Wzór planu zabiegów operacyjnych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.
3. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz prowadzący/sprawujący opiekę jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
4. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się najpóźniej o godz. 08:30.
5. W przypadku zabiegów w trybie natychmiastowym, pilnym lub przyspieszonym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie. Wszelkich zmian planu zabiegów operacyjnych dokonuje Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej w porozumieniu z Kierownikiem Bloku Operacyjnego w rozumieniu pkt. II ppkt. 1 niniejszego regulaminu.

VI. **Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista anestezjolog bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu. Operator przed zabiegiem operacyjnym bada pacjenta.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego, który zapewnia stałą opiekę anestezjologiczną od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.

3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okołooperacyjnej karty kontrolnej":

- sprawdzenie tożsamości Pacjenta,
- sprawdzenie przygotowania Pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
- sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej Pacjenta (zdjęcia RTG, zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
- sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,
- zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
- zapewnienie poszanowania godności osobistej Pacjenta.

5. Każda z części "Okołooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OKK. W USK Nr 1 funkcję Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie na danej sali, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.
6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okołooperacyjnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada lekarz prowadzący/sprawujący opiekę nad pacjentem (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwinfekcyjne).
7. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału. Pacjent przekazywany jest zespołowi Oddziału Kliniki Chirurgii Onkologicznej (lub na Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) w śluzie Bloku Operacyjnego pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii.
8. Pacjent operowany w systemie jednodniowego pobytu opuszcza Blok Operacyjny, po wydaniu decyzji przez lekarza operującego i przekazywany jest zespołowi Oddziału Kliniki Chirurgii Onkologicznej.
9. Transport pacjenta na OAiIT odbywa się pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, lekarza anestezjologa lub lekarza w trakcie specjalizacji pod nadzorem lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii, w razie potrzeby z użyciem przenośnego źródła tlenu, respiratora, urządzeń monitorujących podstawowe funkcje życiowe i innego niezbędnego sprzętu.
10. Decyzję o przeniesieniu chorego na OAiIT podejmuje lekarz anestezjolog w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub lekarzem dyżurnym OAiIT. Transport chorego odbywa się według procedury zamawiania transportu sanitarnego i specjalistycznego w USK 1.
11. W razie zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem. Zmarły jest przewożony przez personel na Oddział.
12. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.

## VII. **Zasady ogólne:**

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzega szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania,

narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.

2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespół anestezjologiczny i operacyjny jest zobowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane.
   W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:

– dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej)
– dane dot. kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierującego na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia)
– dane dot. znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespól anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja czasu rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis;
– protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespól operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji – operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne;)

4. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
5. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
6. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowanie pozytywnego wizerunku swojego miejsca pracy wśród pacjentów i ich rodzin zgodnie z Misją Szpitala.
7. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

VIII. **Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej:**

- Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego – (81) 531-81-17 wew. 917
- Kierownik Bloku Operacyjnego – (81) 531-81-13 wew. 913
- Kierownik Kliniki Chirurgii Onkologii – (81) 531-81-25 wew. 925
- Zastępca Kierownika Kliniki Chirurgii Onkologicznej – (81) 531-81-37 wew.937
- Sterylizacja – (81) 532-50-49 wew. 249
- Szpitalny Oddział Anestezjologiczny – (81) 534-97-85; FAX 815349-712; anestezjologia@usk1.pl

Załącznik Nr 1
do Regulaminu porządkowego Bloku Operacyjnego
CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ

**BLOK OPERACYJNY**
**CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ**
**USK NR 1 W LUBLINIE**

# PLAN OPERACJI NA DZIEŃ……..

Dyżurni: ……

| | Kolejność zabiegów | Dane pacjenta *(Imię i nazwisko, wiek, rozpoznanie, rodzaj planowanego zabiegu)* | Operator (inicjały) | Asysta (inicjały) | Uwagi |
|---|---|---|---|---|---|
| **SALA 1** | **1** | | | | |
| | **2** | | | | |
| | **3** | | | | |
| **SALA 2** | **1** | | | | |
| | **2** | | | | |
| | **3** | | | | |

Podpis osoby upoważnionej……

**Załącznik Nr 9**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Diagnozowanie, leczenie.
3. Rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych, problemów pielęgnacyjnych, sprawowanie opieki pielęgnacyjnej o charakterze promocyjnym, profilaktycznym, opiekuńczym metodą „procesu pielęgnowania".
4. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi aktami prawnymi i procedurami.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo - zdrowotna i promocja zdrowia.
10. Przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.
11. Przygotowanie i wdrożenie osób opiekujących się pacjentem do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i leczniczych w domu.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych Kliniki sprawuje Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa /Pielęgniarz Oddziałowy.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii i Geriatrii, stanowiącym komórkę organizacyjną Kliniki.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Kardiologicznej, Poradni Diabetologicznej, Poradni Endokrynologicznej oraz Poradni Chorób Wewnętrznych.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.

§ 6

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi przepisami prawa oraz standardami jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych może odbywać się z uwzględnieniem realizacji zadań dydaktycznych i naukowych, zgodnie z przepisami regulującymi działalność uczelni medycznych, z poszanowaniem praw pacjenta.

§ 7

1. Opieka nad pacjentem sprawowana jest przez zespół terapeutyczny, działający w sposób skoordynowany i zapewniający ciągłość procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
2. W skład zespołu terapeutycznego wchodzą w szczególności:
   - lekarz prowadzący,
   - lekarze specjaliści innych dziedzin medycyny,
   - pielęgniarki,
   - fizjoterapeuci,
   - dietetycy.
3. Zespół terapeutyczny współpracuje w celu zapewnienia kompleksowej, bezpiecznej i ciągłej opieki nad pacjentem, z uwzględnieniem zasad komunikacji wewnątrzzespołowej oraz dokumentowania podejmowanych decyzji.
4. W przypadkach wymagających wielospecjalistycznego podejścia organizowane są konsultacje specjalistyczne lub konsylia lekarskie, których przebieg i ustalenia są dokumentowane w historii choroby.
5. Wszystkie działania diagnostyczne, terapeutyczne i pielęgnacyjne są dokumentowane w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz standardami jakości.
6. Pacjent lub osoba przez niego upoważniona ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz osobie lekarza prowadzącego.

## Przepisy porządkowe

§ 8

1. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do codziennych odwiedzin, z poszanowaniem praw innych pacjentów oraz organizacji pracy Oddziału.
2. Na życzenie pacjenta odwiedziny mogą zostać ograniczone lub wyłączone w stosunku do osób przez niego wskazanych.
3. Odwiedziny odbywają się w wyznaczonych godzinach. Dopuszcza się możliwość odwiedzin poza tymi godzinami, z uwzględnieniem:
   - stanu zdrowia pacjenta,

- organizacji pracy oddziału,
- prawa innych pacjentów do spokoju, intymności i bezpieczeństwa.

4. Odwiedziny po godzinie 22.00 wymagają zgody lekarza dyżurnego lub personelu medycznego odpowiedzialnego za opiekę nad pacjentem.
5. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności w odniesieniu do pacjentów w stanie ciężkim lub przebywających w salach intensywnego nadzoru, odwiedziny mogą zostać ograniczone lub czasowo wstrzymane.
6. Ograniczenia odwiedzin mogą być wprowadzane również w sytuacjach zagrożenia epidemiologicznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz decyzjami kierownictwa podmiotu leczniczego.

§ 9

1. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być sprawowana przez rodzinę, osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Świadczona opieka jest dobrowolna i sprawowana tylko na życzenie pacjenta i/lub osoby bliskiej i nie ma charakteru przymusu lub obowiązku.
2. Zakres tej opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
3. Przez opiekę pielęgnacyjną w szczególności rozumie się:
   - zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (obecność, wsparcie, przytulanie, głaskanie, czytanie, rozmowa – także w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych),
   - wsparcie psychiczne (towarzyszenie, uspokajanie, wyjaśnianie, troska),
   - pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych (zaprowadzenie do toalety, podanie basenu),
   - toaletę ciała chorego, obcinanie paznokci, golenie, zmiana pielucho-majtek, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej, toaleta części intymnych, higiena protez zębowych,
   - pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie ze zleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
   - zmianę pozycji ułożenia ciała (siadanie, odwracanie na boki).
4. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. Szczegółowe zasady realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej określono brzmieniem Załącznika Nr 74 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

§ 10

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 11

Dostarczanie pacjentom żywności spoza szpitalnego jadłospisu jest dopuszczalne wyłącznie po wcześniejszym uzgodnieniu z personelem medycznym Oddziału (lekarzem lub pielęgniarką), z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta oraz zaleceń dietetycznych.

§ 12

Na terenie Szpitala obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych oraz spożywania napojów alkoholowych.

§13

Pacjenci zobowiązani są do:

1. stosowania się do wszystkich zaleceń, wskazówek i poleceń personelu medycznego dotyczących diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz zasad bezpieczeństwa pobytu w Oddziale,
2. niewychodzenia poza teren Oddziału bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
3. przebywania w Oddziale w czasie obchodów lekarskich oraz podczas udzielania świadczeń zdrowotnych,
4. przestrzegania ciszy dziennej i nocnej, zachowania się w sposób niezakłócający spokoju i wypoczynku innych pacjentów,
5. dbania, aby osoby odwiedzające pacjenta zachowywały się zgodnie z zasadami bezpieczeństwa, higieny oraz porządku obowiązującego w Szpitalu,
6. w miarę możliwości posiadania własnych przyborów do higieny osobistej i korzystania z nich w sposób zapewniający czystość i bezpieczeństwo epidemiologiczne,
7. przekazania osobom towarzyszącym odzieży wierzchniej i obuwia lub złożenia ich za pokwitowaniem w magazynie Szpitala,
8. przekazania przedmiotów wartościowych osobom towarzyszącym lub w uzasadnionych przypadkach, zdeponowania ich w depozycie szpitalnym za pokwitowaniem,
9. niemanipulowania przy aparaturze, urządzeniach medycznych, instalacjach gazowych, elektrycznych i wentylacyjnych,
10. korzystania z telefonów komórkowych i innych urządzeń elektronicznych w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom oraz niewpływający negatywnie na działanie aparatury medycznej,
11. przestrzegania przepisów przeciwpożarowych, zasad higieny i bezpieczeństwa epidemiologicznego obowiązujących w Szpitalu,
12. szanowania praw i godności innych pacjentów oraz personelu medycznego, jak również mienia Szpitala.

§ 14

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 15

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący

wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenie stwarza podwyższone ryzyko.

2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 16

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 17

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 18

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

- chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).

2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 19

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku, gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, wówczas udziela się jej osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).*
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 20

1. Pacjent hospitalizowany w Oddziale ma prawo do wsparcia psychologicznego oraz kontaktu z osobą duchowną swojego wyznania.
2. W miarę możliwości organizacyjnych Szpital zapewnia pacjentom dostęp do pomocy psychologicznej.

§ 21

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 22

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 23

Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziałach przez całą dobę, natomiast w Poradni Kardiologicznej w poniedziałki i wtorki w godz. od 08.00 do 12.00, w czwartki w godz. od 08.00 do 15.00, w Poradni Endokrynologicznej w poniedziałki, środy i czwartki w godz. od 08.00 do 12.00, zaś w Poradni Chorób Wewnętrznych w poniedziałki, środy i czwartki w godz. od 12.00 do 15.00, we wtorki w godz. od 10.00 do 13.00 oraz w piątki w godz. od 08.00 do 12.00.

§ 24

1. Harmonogram dnia w Oddziale:

| | |
|---|---|
| 06.00 – 07.00 | Mierzenie temperatur, wykonywanie zleceń godzinowych, pobieranie krwi do badań |
| 07.00 – 07.15 | Raport pielęgniarski |
| 07.00 – 08.00 | Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, toaleta chorych, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentów |
| 08.00 – 08.15 | Raport lekarski |
| 08.00 – 09.00 | Śniadanie, pomoc pacjentom przy spożywaniu posiłków, karmienie, rozdanie leków |
| 09.00 – 11.00 | Wizyta lekarska na salach chorych |
| 09.30 – 12.00 | Wykonywanie badań diagnostycznych, wykonywanie zleceń i zabiegów lekarskich, wykonywanie zleceń i zabiegów pielęgniarskich i leczniczych, sprawdzanie zleceń lekarskich |
| 11.00 – 11.45 | Wizyta Lekarza Kierującego Oddziałem |
| 12.00 – 13.00 | Obiad, karmienie obłożnie chorych, rozdanie leków, zabiegi profilaktyczno-pielęgnacyjne |
| 13.00 – 14.00 | Wykonywanie zleceń lekarskich, edukacja chorych. |
| 14.00 – 17.00 | Pomiar temperatur, uzupełnianie dokumentacji, przygotowywanie chorych do badań planowych na dzień następny |
| 17.00 – 18.00 | Kolacja, karmienie, pomoc przy posiłku. |
| 18.00 – 19.00 | Wizyta wieczorna lekarza dyżurnego, wykonanie zleceń z wizyty popołudniowej |
| 19.00 – 19.15 | Raport pielęgniarski. |
| 19.00 – 20.00 | Toaleta pacjentów leżących, sprawowanie opieki pielęgniarskiej |
| 22.00 – 06.00 | Cisza nocna |
| 22.00 – 24.00 | Wykonywanie zleceń godzinowych |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Oddziale, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 25

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 11.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:

- dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do Szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
- 1 egzemplarz karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
- wskazówki do dalszego postępowania,
- odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
- zwolnienie od pracy w razie potrzeby,

3. Pacjent wypisany może uzyskać kartę informacyjną po zalogowaniu się na stronę: **www.pacjent.gov.pl.**

**Załącznik Nr 10**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# I KLINIKI GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ I GINEKOLOGII

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującym aktami prawnymi i procedurami Szpitala.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo – zdrowotna i promocja zdrowia hospitalizowanych w Klinice i ich rodzin.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego/położnych sprawuje Położna Oddziałowa.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii z Pracownią Badań USG w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii oraz Pracownią Kolposkopową stanowiącymi komórki organizacyjne Kliniki.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Ginekologicznej z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

§ 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

§ 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. Za zgodą lekarza dyżurnego odwiedzający może pozostać z chorym w godzinach nocnych.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.

2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15

5. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
6. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
7. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
8. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
9. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu

opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Klinice przez całą dobę, natomiast w Poradni Ginekologicznej z Ośrodkiem Diagnostyki Onkologicznej we wtorek w godzinach od 08.00 do 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach od 07.30 do 15.05.
2. Przyjmowanie pacjentek w Izbie Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej (przyjęcia planowe w budynku

G 16) odbywają się w dni robocze w godzinach od 07.35 do 14.00.

§ 21

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 06.00 – 07.45 | zabiegi pielęgniarskie, pomiary parametrów życiowych, toaleta poranna, czynności przygotowujące do wizyty lekarskiej, realizowanie zleceń lekarskich, raport położnych, raport lekarski, |
| 07.45 – 08.10 | wizyta lekarska, |
| 08.10 – 09.00 | śniadanie, |
| 09.00 – 12.00 | planowe przyjęcia pacjentek do Kliniki, realizowanie zleceń lekarskich, wykonywanie czynności pielęgniarskich, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wypisy chorych, |
| 12.00 – 12.30 | kwalifikacja pacjentek do zabiegów diagnostyczno- leczniczych, |
| 12.30 – 13.30 | obiad, |
| 13.30 – 17.00 | realizacja zleceń lekarskich, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, porządkowanie sal chorych, |
| 17.00 – 18.00 | prowadzenie działalności oświatowo- zdrowotnej, wizyta wieczorna, |
| 18.00 – 19.00 | kolacja, |
| 19.00 – 19.15 | raport pielęgniarski, |
| 19:00 – 22:00 | realizowanie zleceń lekarskich–pielęgniarskich, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, toaleta wieczorna, |
| 22:00 – 06:00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 09.00 do 12.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 11**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# KLINIKI POŁOŻNICTWA I PATOLOGII CIĄŻY

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży, która pełni funkcje III-rzędowego ośrodka opieki perinatalnej, jest zapewnienie pacjentkom i noworodkom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentkom i noworodkom zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym w szczególności z brzmieniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.
2. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentkom i noworodkom przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej, sprawowanej nad kobietą z ciążą wysokiego ryzyka, patologicznego porodu, patologicznego połogu oraz opieki nad noworodkami z ciąż powikłanych zgodnie z procedurami obowiązującymi w Klinice.
3. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
4. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z brzmieniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia wśród hospitalizowanych w Klinice i ich rodzin.

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych:
   a) Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej,
   b) Trakt Porodowy oraz
   c) Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży
   d) Oddział Noworodków
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Zdrowia Kobiety od poniedziałku do piątku w godz. od 07.30 do 15.00, Poradni Ginekologiczno-Położniczej we wtorki w godz. od 07.30 do 18.00, zaś w pozostałe dni robocze w godz. od 07.30 do 15.00 oraz w Banku Mleka Kobiecego.[1]

§ 4

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Oddziału Położnictwa i Patologii Ciąży sprawuje Lekarz Kierujący Oddziałem Położnictwa i Patologii Ciąży oraz Oddziałem Noworodków, nadzór merytoryczny

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

nad funkcjonowaniem Oddziału Noworodków sprawuje Z-ca Lekarza Kierującego Oddziałem Noworodków. Nadzór nad Bankiem Mleka Kobiecego sprawuje Kierownik Banku Mleka Kobiecego.

2. Nadzór nad organizacją pracy personelu położniczego sprawuje Położna Oddziałowa.[2]

**Przepisy porządkowe**

§ 5

1. Zalecane godziny odwiedzin pacjentek i noworodków w systemie rooming–in w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży codziennie w godzinach od 14.00 do 17.00, w pomieszczeniu do tego przeznaczonym. Na życzenie pacjentki prawo do odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez nią wskazanych.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W Oddziale Noworodków dopuszcza się wyłącznie wizyty rodziców w godzinach indywidualnie dostosowanych do potrzeb noworodka.
5. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 6[3]

W Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży:

1. oceniana jest satysfakcja kobiet objętych opieką okołoporodową w oparciu o „kwestionariusz ankiety adresowanej do kobiet oceniających satysfakcję opieki w trakcie porodu na sali porodowej”,

2. ze względu na występujące różnice liczby porodów w poszczególnych miesiącach, nie rzadziej niż raz w roku, monitorowane i sprawozdawane są do Dyrekcji Szpitala wskaźniki opieki okołoporodowej, takie jak:

- odsetek porodów drogami natury z nacięciem krocza i bez nacięcia krocza,
- odsetek porodów drogami natury ze stymulacją/indukcji oksytocyną i bez stymulacji,
- odsetek znieczuleń zewnątrzoponowych w trakcie porodu,
- odsetek cięć cesarskich,
- ilość interwencji medycznych wymagających podania opioidów pacjentce,
- ilość zabiegów amniotomii,
- ciągłe monitorowanie KTG w porodzie fizjologicznym,
- odsetek noworodków wymagający podania mleka modyfikowanego,
- odsetek matek karmiących wyłącznie naturalnie w dniu wypisu

§ 7

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

[2] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

[3] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

§ 8

Pacjentka zobowiązana jest do:

- pozostawania w obrębie Oddziału oraz do przebywania w swojej sali w porze obchodów lekarskich i w porze posiłków;
- stosowania się do zaleceń i wskazówek lekarzy i położnych/pielęgniarek, w tym udawania się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Klinikę Położnictwa i Patologii Ciąży w asyście personelu medycznego;
- zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentkom, w tym do dbania, aby osoby odwiedzające nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem;
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych, nieużywania telefonów komórkowych, zaburzających pracę urządzeń elektronicznych.

**Prawa pacjenta**

§ 9

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjentki wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentce przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. Jeżeli pacjentka nie ukończyła 16 lat, jest osobą ubezwłasnowolnioną i niemającą rozeznania lub jest niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - osobą uprawnioną do wyrażenia zgody jest przedstawiciel ustawowy (zgoda zastępcza).
4. Jeżeli pacjentka jest osobą małoletnią, która ukończyła 16 lat lub osobą ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem lub osobą chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem - osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjentka, tj. należy uzyskać zgodę każdego z nich (zgoda równoległa).
5. Jeżeli pacjentka nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, udzielenie świadczenia zdrowotnego bez uzyskania zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej w przypadku niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia za zezwoleniem sądu opiekuńczego.
6. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjentka składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjentkę życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
7. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody sądu groziłaby pacjentce niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.
8. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust 3, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentką, która ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).

§ 10

1. Na udzielenie świadczeń zdrowotnych, które dotyczą noworodka, wymagane jest wyrażenie zgody przez jego przedstawiciela ustawowego.
2. Przedstawicielami ustawowymi noworodka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani.
   1) Matka jest przedstawicielem ustawowym, jeżeli:
      - ukończyła 18 lat lub jest zamężna,
      - nie jest ubezwłasnowolniona.
   2) Ojciec jest przedstawicielem ustawowym, jeżeli:
      - jest mężem matki lub ojcostwo zostało ustalone w drodze uznania ojcostwa lub ustalenia ojcostwa,
      - nie jest ubezwłasnowolniony.
3. Każde z rodziców jest uprawnione do wyrażania zgody na udzielenie dziecku świadczenia zdrowotnego.
4. Zgoda jest wymagana od obojga rodziców w wyjątkowych przypadkach (np. zabieg operacyjny, decyzja o kierunku leczenia poważnej choroby).
5. Jeżeli noworodek nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z przedstawicielem ustawowym jest niemożliwe, lub przedstawiciel ustawowy odmawia udzielenia zgody na dokonanie czynności medycznej, która jest niezbędna dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez noworodka życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia czynności tej dokonuje się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby noworodkowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia czynności medycznej dokonuje się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 11

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentce lub osobom przez nią wskazanym.
2. Informacja o stanie zdrowia noworodka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
3. W przypadku gdy pacjentka jest niezdolna do wskazania osób uprawnionych do uzyskania informacji – informacji udziela się osobom bliskim w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w szczególności małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 12

1. Pozostałe prawa pacjentki w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży USK Nr 1 w Lublinie określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży umożliwia pacjentkom zapoznanie się z przysługującymi jej prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentkami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentek oraz udzielania pacjentkom informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 13

1. Pacjentka ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjentka nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub położną.[4]
3. Lekarz lub położna informują pacjentkę o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.[5]
4. Leki własne pacjentki są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjentki.

§ 14

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

Izba Przyjęć Ginekologiczno-Położnicza

§ 15[6]

Pacjentka zobowiązana jest:

1. do okazania dokumentu tożsamości ze zdjęciem i podania numeru PESEL (jeżeli został on nadany),
2. do oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
3. do oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego.

Trakt Porodowy

§ 16

1. Osobą sprawującą opiekę nad kobietą podczas porodu jest lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii i położna.
2. Pacjentka ma możliwość wyboru osoby sprawującej opiekę wyłącznie spośród osób zatrudnionych w Szpitalu i zgodnie z ich harmonogramem pracy, a w odniesieniu do lekarzy wyłącznie spośród lekarzy specjalistów.
3. W godzinach normalnej ordynacji Szpitala, tj. w godzinach od 07.30 do 15.05 opiekę nad pacjentką sprawuje wybrany przez nią lekarz dyżurny Traktu Porodowego, a w godzinach od godz. 15.05 do 07.30 wybrany przez nią lekarz dyżurny pionu ginekologiczno-położniczego.
4. Obecność innych osób sprawujących opiekę - specjalistów położnictwa i ginekologii lub innych specjalistów możliwa jest wyjątkowo, po uprzednim uzyskaniu zgody od lekarza kierującego oddziałem, lub po wezwaniu przez lekarzy dyżurnych „na ratunek".

§ 17

1. Osoba sprawująca opiekę przedstawia się pacjentce i wyjaśnia swoją rolę w opiece nad nią, a w sytuacji konieczności przekazania opieki innej osobie informuje pacjentkę o tym fakcie.

[4] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

[5] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

[6] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

2. Osoba sprawująca opiekę umożliwia pacjentce branie udziału w podejmowaniu świadomych decyzji związanych z porodem, w szczególności, zapoznaje się z potrzebami i oczekiwaniami pacjentki, omawia z pacjentką plan porodu oraz udziela informacji na temat sposobów wzywania pomocy.
3. Osoba sprawująca opiekę dostarcza rodzącej kompletnej i zrozumiałej dla niej informacji na temat metod łagodzenia bólu porodowego, ich dostępności, skuteczności, a także wpływie danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, wystąpienia możliwych powikłań i działań niepożądanych.
4. Ingerencja w naturalny proces porodu, w szczególności znieczulenie farmakologiczne, poród zabiegowy, wiąże się z uzasadnionym medycznie wskazaniem.
5. Osoba sprawująca opiekę każdorazowo uzyskuje zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań w szczególności na: badanie położnicze wewnętrzne i zewnętrzne, stymulacji czynności skurczowej,–nacięcia krocza, cięcia cesarskiego. Odmowa wyrażenia zgody następuje zawsze w formie pisemnej.

§ 18

1. Podczas porodu fizjologicznego pacjentce może towarzyszyć jedna, wskazana przez nią osoba bliska (tzw. poród rodzinny). Zamiar odbycia porodu rodzinnego należy zgłosić lekarzowi dyżurnemu Traktu Porodowego i podać personalia tej osoby celem wpisania do dokumentacji medycznej pacjentki.
2. Prawo to może podlegać ograniczeniom ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz istnienie prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego.
3. Z uwagi na warunki wynikające z porodu w sali wieloosobowej prawo do dodatkowej opieki osoby bliskiej podczas porodu może zostać ograniczone także w razie wystąpienia okoliczności, które uniemożliwiałyby zapewnienia poszanowania intymności innych rodzących, w przypadku kilku równocześnie odbywających się porodów.
4. Osoba sprawująca opiekę uzyskuje ustną zgodę innych rodzących na obecność osoby bliskiej rodzącej. W razie wyrażenia sprzeciwu, cofnięcia ich zgody w późniejszym okresie lub rozpoczęcia kolejnego porodu i wyrażenia sprzeciwu, odnotowuje się ten fakt w dokumentacji medycznej rodzącej i informuje rodząca o konieczności opuszczenia traktu porodowego przez osobę bliską.

§ 19

1. Po porodzie noworodek jest kładziony bezpośrednio na brzuchu matki, jeśli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają.
2. Bezpośrednio po urodzeniu zapewnia się dziecku nieprzerwany kontakt z matką "skóra do skóry" przez co najmniej dwie godziny po porodzie.
3. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowany w dokumentacji medycznej.
4. Po pierwszym kontakcie z matką ocenia się, w miarę możliwości w obecności matki:
   - stan ogólny oraz adaptację pourodzeniową noworodka, ze szczególnym uwzględnieniem wydolności układu krążenia i układu oddechowego;
   - ewentualną obecność wad rozwojowych- kontrola drożności przełyku, nozdrzy przednich i tylnych oraz odbytu;
   - ewentualną obecność uszkodzeń wynikających z przebiegu porodu.

<u>Oddział Noworodków</u>

§ 20

1. W Oddziale Noworodków ustala się następujący Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 07.00 – 07.15 | raport pielęgniarski |
| 07.15 – 08.30 | pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych przygotowujących noworodki do wizyty lekarskiej |
| 07.45 – 08.00 | raport lekarski |

| | |
|---|---|
| 08.00 – 10.00 | wizyta lekarska |
| 10.00 – 12.00 | planowe procedury, zlecenia lekarskie, badanie słuchu |
| 10.00 – 13.00 | analizowanie i planowanie procesu diagnostyczno- leczniczego, informowanie o stanie zdrowia noworodka, pobieranie testów przesiewowych, szczepienia ochronne, wykonywanie zleceń lekarskich |
| 13.00 – 15.00 | wypisy noworodków z instruktażem |
| 15.00 – 17.00 | pomiar temperatury ciała, zabiegi pielęgniarskie |
| 17.00 – 19.00 | wizyta lekarska |
| 19.00 – 21.00 | zabiegi pielęgnacyjne i terapeutyczne u noworodków, |
| 21.00 – 24.00 | planowa wymiana sprzętu, przygotowanie sprzętu do sterylizacji |
| 24.00 – 03.00 | planowe zlecenia lekarskie |
| 06.00 – 07.00 | mierzenie temperatury, masy ciała i RR noworodków przygotowywanie inkubatorów i łóżeczek. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Następujące czynności wykonywane są w Oddziale całodobowo:
   - asysta przy porodach drogami natury i porodach zabiegowych (ocena stanu ogólnego noworodków i ewentualnie czynności resuscytacyjne, badanie lekarskie, pomiary antropometryczne);
   - stały nadzór kliniczny i ocena nadzoru biofizycznego;
   - pobieranie badań laboratoryjnych, asysta przy badaniach dodatkowych – RTG, USG, ECHO serca – wg zleceń lekarskich;
   - działania ukierunkowane na karmienie piersią (rozmowy edukacyjne z matkami, praktyczne szkolenie matek, prawidłowa technika karmienia piersią);
   - prowadzenie dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej;
   - informowanie o stanie zdrowia noworodków.
4. Szczegółowe zasady funkcjonowania Sali Intensywnego Nadzoru Oddziału Noworodków określa Załącznik Nr 8 a pn. „Zasady Odwiedzin w Sali Intensywnego Nadzoru Oddziału Noworodków Praktyczne Informacje dla Rodziców.”

§ 21

1. W okresie pierwszych 12 godzin życia noworodka lekarz specjalista w dziedzinie neonatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, w obecności matki lub ojca, wykonuje poszerzone badanie kliniczne.
2. Noworodki ze stwierdzonymi podczas badania zaburzeniami, mogącymi stanowić zagrożenie dla ich życia i zdrowia zostają przekazane do sali intensywnej terapii noworodków.

§ 22

W procesie pielęgnacji i leczenia wcześniaka i noworodka chorego bardzo ważny jest udział rodziców. Szczególnie ważny jest bliski kontakt matki z dzieckiem, karmienie i udział w pielęgnacji, realizowany zgodnie z w/w harmonogramem planowym, indywidualnie dostosowany do potrzeb pacjenta.

Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży

§ 23

1. W Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży ustala się następujący Harmonogram dnia

| | |
|---|---|
| 06.00 – 07.45 | zabiegi pielęgniarskie, czynności przygotowujące do wizyty lekarskiej, toaleta poranna, |
| 07.00 – 07.15 | raport pielęgniarski, |
| 07.15 – 08.00 | śniadanie, |

| | |
|---|---|
| 07.45 – 08.00 | raport lekarski, |
| 08.00 – 10.00 | wizyta lekarska, |
| 10.00 – 12.30 | wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów pielęgniarskich |
| 11.00 – 12.00 | udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjentkom i osobom przez nie wskazanym, |
| 12.30 – 13.00 | obiad, |
| 13.00 – 17.00 | zabiegi lekarskie, pielęgniarskie, |
| 17.00 – 17.30 | kolacja, |
| od 17.30 | wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów pielęgniarskich, toaleta wieczorna, |
| 19.00 – 19.15 | raport pielęgniarski. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Szczegółowe zasady funkcjonowania Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego określa Załącznik Nr 8 b pn. „Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego."

§ 24

1. Osobą sprawującą opiekę nad kobietą podczas ciąży powikłanej jest lekarz specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz położna, zgodnie z ich harmonogramem pracy podpisanym odpowiednio przez lekarza kierującego Oddziałem Położnictwa i Patologii Ciąży oraz Oddziałem Noworodków lub kierownika personelu położniczego.
2. W godzinach normalnej ordynacji Szpitala tj. w godzinach od 07.30 do 15.05 opiekę sprawuje lekarz właściwy dla sali pobytu pacjentki, a w godzinach od 15.05 do 07.30 lekarz dyżurny.

§ 25

1. Wypisywanie pacjentek odbywa się codziennie, również w sobotę i niedzielę.
2. W dniu wypisu pacjentka otrzymuje:
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej z pobytu w szpitalu położnicy i noworodka;
   - zalecenia pielęgniarsko/położnicze dotyczące postępowania po porodzie fizjologicznym/porodzie zabiegowym;
   - zaświadczenie o pobycie w szpitalu;
   - zwolnienie lekarskie lub zaświadczenie lekarskie stanowiące podstawę do przyznania zasiłku chorobowego lub urlopu macierzyńskiego;
   - dokumentację lekarską (badania, karty informacyjne z wcześniejszych pobytów szpitalnych) będącą własnością pacjentki;
   - odpowiednie recepty i skierowania w razie potrzeby;
   - książeczkę zdrowia dziecka.

Bank Mleka Kobiecego

§ 26

1. Do zadań Banku Mleka Kobiecego należy realizacja działań z zakresu pozyskiwania mleka kobiecego, jego bezpiecznego przechowywania i dostarczania potrzebującym dzieciom.
2. Kandydatka na dawczynię dobrowolnie przechodzi proces rekrutacji, na który składa się wywiad z kandydatką, badanie ginekologiczne, badania serologiczne oraz badania mikrobiologiczne.
3. Oddawanie mleka kobiecego jest honorowe. Dawczyni nie przysługuje gratyfikacja.
4. Jeśli kandydatka nie przeszła całkowicie procedury rekrutacji nie może zostać dawczynią.

5. Dawczyni pozyskuje mleko w sowim domu oraz zamraża i przechowuje w zamrażalniku (-20$^{o}$C). Szpitalny kurier po uprzednim porozumieniu z dawczynią odbiera partie mleka w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż co 4 tygodnie.
6. Dawczyni może oddawać mleko do 1 roku po porodzie. W szczególnych przypadkach można rozważyć przedłużenie tego okresu.
7. Procesy związanie z przetwarzaniem mleka realizowane są przez personel USK Nr 1 w Lublinie przeszkolony w Banku Mleka Kobiecego.

**Załącznik Nr 12**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# ZASADY ODWIEDZIN W SALI INTENSYWNEGO NADZORU ODDZIAŁU NOWORODKOWEGO PRAKTYCZNE INFORMACJE DLA RODZICÓW

Oddział Noworodków w naszym Szpitalu zobowiązuje się do zapewnienia najwyższego standardu opieki medycznej dla noworodków oraz wsparcia dla ich rodziców. Niniejszy regulamin został opracowany w oparciu o aktualne przepisy prawa, w tym ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

1. **Zasady odwiedzin w Sali Intensywnego Nadzoru Oddziału Noworodków:**

Rodzice mają prawo do przebywania przy dziecku przez całą dobę z zachowaniem obowiązujących w Oddziale zasad.
Na Sali Intensywnego Nadzoru (dalej w skrócie również „SIN") odwiedziny są możliwe przez całą dobę, jednak zaleca się, aby wizyty odbywały się w godzinach 8:00-20:00, aby nie zakłócać pracy personelu medycznego i rytmu dobowego.
Na SIN może wchodzić matka Dziecka, która przebywa w Oddziale Położnictwa Kliniki Położnictwa i Patologii Ciąży oraz mogą wchodzić rodzice/opiekunowie prawni Dziecka przebywającego w SIN. Identyfikacja dokonywana jest na podstawie danych: imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego. Na Sali mogą przebywać jednocześnie maksymalnie dwie osoby odwiedzające (rodzice lub opiekunowie prawni) przy jednym dziecku.
Odwiedzający muszą nosić odpowiednią odzież ochronną, w tym fartuchy i nakrycia na obuwie.

2. **Ze względów epidemiologicznych, nie zalecamy odwiedzin przez dzieci do 14 roku życia.**

3. **Objawy infekcji u osoby odwiedzającej (katar, kaszel, gorączka, biegunka itp.) stanowi przeciwwskazanie do odwiedzin, do czasu ich ustąpienia, w razie wątpliwości należy skonsultować z personelem SIN.**

W wyjątkowych sytuacjach (np. epidemie, remonty) Szpital zastrzega sobie prawo do wprowadzenia czasowych ograniczeń odwiedzin, o czym rodzice zostaną poinformowani.

4. **Przed wejściem na SIN należy umyć i zdezynfekować ręce, założyć fartuch ochronny, przed opuszczeniem SIN należy wyrzucić fartuch ochronny do kosza z zielonym workiem i ponownie zdezynfekować ręce.**

5. **Rodzice mają prawo do pełnej i zrozumiałej informacji na temat stanu zdrowia dziecka, diagnozy, planowanego leczenia oraz rokowań.**

Preferowanym miejscem udzielania informacji jest gabinet lekarski Oddziału. W przypadku konieczności udzielenia informacji drogą telefoniczną, do kontaktu można przystąpić z wykorzystaniem wcześniej wydanego kodu identyfikacyjnego.
Telefon do gabinetu ordynatora: 81-5253034
Telefon do gabinetu lekarskiego: 81-5340161
Telefon do dyżurki Pań Położnych SIN: 81-5349773

6. **Matki karmiące, stymulujące laktację, pozostające w Oddziale Położniczym, zapraszamy do SIN 30-60 min przed porą karmienia, w celu kangurowania dziecka oraz odciągnięcia pokarmu przy dziecku.**

Pokarm odciągany w Oddziale Położniczym, przed porą karmień, dostarczany jest bezpośrednio do SIN przez wyznaczony personel.
Pory karmienia dzieci: 8:00, 11:00, 14:00, 17:00, 20:00, 23:00, 2:00, 5:00.

7. **Rodziców/opiekunów zachęcamy, o ile stan zdrowia dziecka na to pozwala, do czynnego udziału w prostych czynnościach pielęgnacyjnych np. zmiana pieluszki, karmieniu po uzgodnieniu z personelem SIN.**

8. **Rodziców/opiekunów przynoszących pokarm z domu prosimy o dostarczenie go od godz. 8:00 zgodnie zasadami uzyskanymi i zapoznanymi we wskazówkach dla matek.**

9. **W SIN nie można fotografować, filmować i utrwalać dźwięku pacjentów oraz osób trzecich tam przebywających bez pisemnej zgody osoby, której wizerunek czy głos jest utrwalony.**

10. **Warunkiem wypisu Dziecka do domu jest dobry stan zdrowia oraz uzyskanie masy ciała około 2 kg. W przypadku bliźniąt, wypis może odbyć się oddzielnie w zależności od stanu ogólnego i masy ciała Dziecka.**

11. **Przed planowanym wypisem noworodka przedwcześnie urodzonego wskazane jest, aby odpowiednio wcześniej przygotować monitor do kontroli oddechów.**

12. **Zaleca się stosowanie atestowanego fotelika do przewożenia dzieci.**

13. **Po porodzie należy wypełnić dokument „Zgłoszenie o porodzie do Położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej", podając nazwę i adres poradni POZ, która będzie sprawować opiekę nad noworodkiem, celem przesłania do niej przez szpital wymaganej przepisami dokumentacji Dziecka związanej z wykonywanymi szczepieniami.**

Wypełniony dokument należy jak najszybciej przekazać dyżurującej Pani Położnej.

14. **Procedurę rejestracji, celem wyrobienia aktu urodzenia Dziecka, należy dokonać w przeciągu 21 dni, w Urzędzie Stanu Cywilnego ul. Spokojna 2, pokój 284, 2 piętro.**

W przypadku małżeństwa rejestracji może dokonać jedno z rodziców. Do rejestracji potrzebne są dowody osobiste obojga rodziców oraz odpis aktu zawarcia małżeństwa, jeżeli zawarto je poza Lublinem. Jeśli rodzice dziecka nie są małżeństwem, a mężczyzna potwierdza ojcostwo, wtedy do zarejestrowania dziecka potrzebni są oboje rodzice z dowodami osobistymi. Możliwa jest rejestracja on-line: www.obywatel.gov.pl.

15. **Matka/opiekun zobowiązuje się do zapewnienia Dziecku bezpieczeństwa, poprzez odłożenie Dziecka po karmieniu do łóżeczka.**

**Załącznik Nr 13**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# Regulamin Porządkowy Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

## I. Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Blok Operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego funkcjonuje w ramach struktury Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie jest jednostką organizacyjną działalności medycznej gotową do realizacji zadań 24 godziny na dobę we wszystkie dni w roku.
2. Blok Operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego realizuje zadania w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży USK-1 w trybie planowym oraz w trybie pilnym.

§ 2.

Za prawidłowe funkcjonowanie Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego odpowiada Położna Oddziałowa.

§ 3.

W ramach Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego funkcjonują:

- Sale Operacyjne – 3 (2 sale operacyjne zlokalizowane na III p przy Oddziale Patologii Ciąży, 1 sala operacyjna zlokalizowana na II p na Trakcie Porodowym),
- Magazyn (zlokalizowany na III p)
- Śluza dla pacjentów,
- Śluza dla personelu,
- Pomieszczenia porządkowe,
- Pomieszczenie socjalne,

§ 4.

1. Dostęp do Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego jest ograniczony a osobami uprawnionymi do wejścia są:
   - Wszyscy pracownicy Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego w godzinach świadczenia pracy,
   - Osoby wykonujące czynności służbowe na terenie Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego,
   - Osoby kształcące się pod opieką prowadzącego zajęcia,
   - Osoby wykonujące funkcje kontrolne na podstawie odrębnych przepisów.
2. Pracownicy Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego oraz osoby uprawnione do przebywania na Bloku zobowiązane są do zapoznania z Regulaminem Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego i bezwzględnego stosowania się do zapisów w nim zawartych.

## II. Organizacja pracy w Bloku Operacyjnym Pionu Ginekologiczno-Położniczego

§ 5.

1. Blok Operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego pracuje w systemie całodobowym, przy czym w godzinach 7.00-14.35 od poniedziałku do piątku w pełnej obsadzie personalnej w godzinach 14.35 – 7.00 w trybie dyżurowym.
2. Zabiegi operacyjne planowane realizowane są w oparciu o plan operacyjny ustalony przez Lekarza Kierującego Oddziałem Położnictwa i Patologii Ciąży i zaakceptowanym przez Położną Oddziałową oraz Lekarza Kierującego Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii na podstawie planu zabiegów obejmujący przydział Sali operacyjnej oraz kolejności poszczególnych zabiegów operacyjnych, z uwzględnieniem zachowania aseptyki chirurgicznej i czasu trwania zabiegu.
3. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się od godz. 8.00.
4. Codziennie wszystkie operacje planowane muszą być zgłoszone do godziny 13.00 Lekarzowi Kierującemu Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail **anestezjologia@usk1.pl** roboczego dnia poprzedzającego dzień zabiegu.
5. Zgłoszenie każdego zabiegu powinno zawierać następujące dane:
   - Dane pacjenta
   - Godzinę rozpoczęcia operacji i zakładaną godzinę zakończenia operacji,
   - Rozpoznanie będące powodem kwalifikacji do operacji,
   - Rodzaj planowanej procedury operacyjnej
   - Nazwiska operatorów,
   - Ewentualne okoliczności wpływające na kolejność zabiegów (dzieci, cukrzyca typu 1, choroby zakaźne, kolonizacja MDR, zabiegi powyżej 2 godzin).
6. W przypadku zabiegu poza planem Oddział informuje Położną Oddziałową oraz Lekarza Kierującego Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii
7. Wszelkie zmiany i modyfikacje planów operacyjnych Położna Oddziałowa uzgadnia telefonicznie z personelem Oddziału, którego zmiany dotyczą, wg następującej kolejności;
   - Z Lekarzem Kierującym Oddziałem,
   - Lekarzem Dyżurnym Oddziału,
   - Pielęgniarką Oddziałową Oddziału.
8. Plany operacyjne (w wersji papierowej) na dany dzień umieszczane są na tablicy. Na każdą salę operacyjną przekazywany jest Plan operacyjny (w wersji papierowej) dotyczący tej sali.
9. Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego na bieżąco monitoruje realizację planów operacyjnych
10. Zespoły operacyjne są zobligowane do stawienia się na Bloku Operacyjnym Pionu Ginekologiczno-Położniczego w czasie umożliwiającym planowane rozpoczęcie znieczulenia i zabiegu.

§ 6.

1. Pracę Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego należy planować z uwzględnieniem zasad ekonomii oraz optymalizacji wykorzystania potencjału kadrowego i sprzętowego, w celu minimalizacji kosztów funkcjonowania Bloku.
2. Za właściwe planowanie i wykorzystanie Bloku Operacyjnego odpowiada Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego i Lekarz Kierujący Oddziałem.

§ 7.

1. Pacjent jest przyjmowany na Blok w śluzie dla pacjenta przez zespół anestezjologiczny, gdzie dokonywana jest identyfikacja pacjenta zgodnie z dokumentacją medyczną.
2. Pacjent na Blok przyjeżdża w bieliźnie operacyjnej, bez biżuterii, protez zębowych, aparatów słuchowych, okularów i innych rzeczy osobistych z wypełnioną kartą OKK z oddziału i oznaczonym miejscem operowanym.
3. Za ułożenie pacjenta do operacji odpowiedzialność ponosi lekarz operator/lekarz przez niego wskazany (w zakresie zapewnienia dostatecznego pola operacyjnego) i lekarz anestezjolog (w zakresie utrzymania drożności dróg oddechowych, bezpieczeństwa dostępów naczyniowych i profilaktyki uszkodzeń splotów nerwowych i nerwów obwodowych).
4. W miarę możliwości w bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjenta umieszcza się w sali intensywnego nadzoru pozniecznuleniowego znajdująca się w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży.

§ 8.

1. Personel wchodzi na Blok Operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego przez śluzę dla personelu. W części brudnej śluzy pozostawia odzież i obuwie, w której wszedł do śluzy, pobiera i nakłada ubranie i obuwie operacyjne. Wejście na Blok Operacyjny i na sale operacyjne w innym niż ubiór operacyjny stroju jest zabronione.
2. Personel wychodząc z Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego zdejmuje ubiór operacyjny, umieszcza ubrania i buty w odpowiednich pojemnikach i przebiera się w swoje ubrania. Wychodzenie poza obręb Bloku Operacyjnego w ubraniu operacyjnym jest zabronione.
3. Jałowy ubiór operacyjny może być użyty tylko do jednej operacji.
4. Studenci muszą pojawić się na Bloku Operacyjnym Pionu Ginekologiczno-Położniczego z jednorazowym ubraniem pobranym w Oddziale macierzystym.

§ 9.

1. W pomieszczeniach Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego obowiązuje zachowanie ciszy. Na salach operacyjnych obowiązuje zakaz używania telefonów komórkowych w celu prowadzenia prywatnych rozmów.
2. Pełną odpowiedzialność za grupy studenckie na Bloku Operacyjnym Pionu Ginekologiczno-Położniczego ponosi nauczyciel akademicki prowadzący zajęcia dydaktyczne. Grupa studentów przebywająca na Sali operacyjnej w ramach zajęć dydaktycznych nie może liczyć więcej niż 6 osób.

§ 10.

1. W Bloku Operacyjnym Pionu Ginekologiczno-Położniczego prowadzona jest dokumentacja elektroniczna w Module Blok Operacyjny systemu CliniNET i dokumentacja w wersji papierowej.
2. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest lekarz anestezjolog, a w przypadku zabiegów wykonywanych w znieczuleniu miejscowym bez udziału lekarza anestezjologa funkcję koordynatora karty pełni pielęgniarka/położna operacyjna.
3. Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dokonuje wpisów w karcie na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.
4. Dokładne sporządzenie opisu wykonanej operacji przez lekarza operującego powinno nastąpić w Protokole Operacji bezpośrednio po zakończeniu operacji.

5. Wszystkie zlecenia anestezjologiczne po zakończeniu operacji są umieszczane w karcie znieczulenia i po przekazaniu pacjenta na oddział macierzysty lekarz prowadzący lub lekarz dyżurny zapoznaje się z nimi co potwierdza pieczątką i podpisem.
6. Odpowiedzialność za dokumentację medyczną i sprawozdawczą prowadzoną na Bloku Operacyjnym Pionu Ginekologiczno-Położniczego w odniesieniu do aspektu jej kompletności i systematyczności, ponosi Położna Oddziałowa.
7. Odpowiedzialność za dokumenty należące do kompetencji pielęgniarki/położna operacyjnej ponosi Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego.
8. Wszelkie nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji podlegają zgłoszeniu Dyrektorowi USK-1.

§ 11.

Lekarz operujący, przed stawieniem się na Bloku Operacyjnym Pionu Ginekologiczno-Położniczego w danym dniu, zobowiązany jest wypełnić kartę kwalifikacji i upewnić się czy pacjent lub jego opiekunowie prawni wyrazili na obowiązującym formularzu pisemną świadomą zgodę na zaproponowany zabieg operacyjny i proponowane znieczulenie oraz zgodę na przetaczanie krwi i jej składników, w sytuacji zwiększonego ryzyka wystąpienia konieczności ich podania, bądź czy zachodzą przesłanki do wykonania zabiegu bez uzyskania zgody pacjenta/opiekuna z uwagi na stan zagrożenia życia lub w sytuacji wyrażenia zgody zastępczej przez sąd opiekuńczy. W przypadku braku zgody jw. nie wolno pacjenta transportować z Oddziału na Blok Operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego.

§ 12.

1. Blok operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego powinien być utrzymywany w stanie stałej gotowości operacyjnej i tak zorganizowany, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna operacyjna i sprzęt były gotowe do natychmiastowego wykonania zabiegu o każdej porze.
2. Pomieszczenia Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego powinny być utrzymane w stanie wzorcowej czystości i porządku.
3. Sposób postępowania z salami operacyjnymi po przeprowadzonych zabiegach, z instrumentarium operacyjnym i brudną bielizną operacyjną określają wewnętrzne procedury sanitarno epidemiologiczne, których znajomość i przestrzeganie obowiązują każdą z osób świadczących pracę na terenie Bloku.
4. Po wykonanych zabiegach operacyjnych:
   1) Wszystkie zużyte narzędzia, materiały, sprzęt, bielizna operacyjna podlegają przeliczeniu zgodnie z obowiązującą procedurą,
   2) Sale operacyjne podlegają uporządkowaniu, myciu i dezynfekcji zgodnie z obowiązującymi procedurami sanitarno-epidemiologicznymi,
   3) Przygotowane są nowe zestawy operacyjne do następnych zabiegów.
5. Za zadanie określone w ust. 6 pkt 1 i 3 odpowiadają pielęgniarki/położne operacyjne, a w ust. 6 pkt 2 – Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego.
6. Nadzór nad przestrzeganiem procedur określonych w ust. 2-6 i nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego sprawuje Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego.

§ 13.

Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego nadzoruje i koordynuje zaopatrzenie Bloku w materiały, sprzęt medyczny, produkty lecznicze i inne środki niezbędne do funkcjonowania Bloku Operacyjnego.

§ 14.

1. Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego podlega Naczelnej Pielęgniarce w sferze merytorycznej.
2. Harmonogramy pracy personelu pielęgniarskiego Bloku, plany urlopów, szkoleń opracowane przez Położną Oddziałową Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego.

§ 15.

1. Położna Oddziałowa prowadzi szczegółową ewidencję materiałową oraz ewidencję czasu pracy sal operacyjnych, liczby i czasu trwania zabiegów w poszczególnych salach operacyjnych poszczególnych oddziałów oraz wykorzystania aparatury medycznej.
2. Ewidencję materiałów, ewidencję ilości i czasu trwania znieczuleń oraz wykorzystania aparatury anestezjologicznej w salach operacyjnych prowadzi również pielęgniarka Oddziałowa Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

§ 16.

1. Blok Operacyjny Pionu Ginekologiczno-Położniczego jest pod stałym nadzorem służb technicznych podległych Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.
2. Zgłoszenia nieprawidłowej pracy urządzeń należy zgłaszać:
   1) W dni powszednie w godzinach od 7:00 do 15:00:
   – Dyspozytornia Działu Techniczno-Eksploatacyjnego: tel. wew. **414**,
   – Dział Aparatury Medycznej: tel. wew. **542**.
   2) W dni powszednie w godzinach od 15:00 do 7:00 rano oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy:
   – Dział Techniczno-Eksploatacyjny:
   – Awarie Hydrauliczne tel. **601990713**,
   – Awarie CO, Wentylacji i Klimatyzacji oraz elektryczne tel. **603363489**.
3. Położna Oddziałowa Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego odpowiada za niezwłoczne zgłaszanie nieprawidłowości w pracy urządzeń technicznych znajdujących się na Bloku Operacyjnym.
4. Położna Oddziałowa ponosi odpowiedzialność za prawidłowe, zgodne z przeznaczeniem i zasadami eksploatacji wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej Bloku Operacyjnego Pionu Ginekologiczno-Położniczego oraz za jego inwentaryzację.

**Załącznik Nr 14**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# KLINIKI DERMATOLOGII WENEROLOGII I DERMATOLIGII DZIECIĘCEJ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko-pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy w szczególności:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych w zakresie dermatologii i wenerologii.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.
3. Bezpośrednią opiekę medyczną nad pacjentem oraz postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne sprawuje lekarz prowadzący przydzielony do danej Sali chorych, w której pacjent przebywa w trakcie hospitalizacji w Oddziale.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
   a. Oddział Dermatologii i Wenerologii: Kobiecy i Męski,
   b. Oddział Dermatologii Dziecięcej.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Dermatologicznej.
3. W obrębie Oddziałów Kliniki wydziela się gabinety ukierunkowane na udzielania świadczeń o charakterze: - Laseroterapii i Dermatochirurgii,
   - Diagnostyki Obrazowej (wideodermatoskopii, trichoskopii, kapilaroskopii),
   - Fizykoterapii i Terapii Fotodynamicznej,
   - Leczenia Chorób Alergicznych Skóry.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne w oddziałach Kliniki Dermatologii udzielane są pacjentom ubezpieczonym bezpłatnie na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Ze skierowaniem od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są również świadczenia zdrowotne w Poradni Dermatologicznej.

3. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
4. Osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych ustawą o świadczeniu opieki medycznej i finansowanej ze środków publicznych ponoszą pełną odpłatność za udzielane im świadczenia zdrowotne.

§ 6

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziałach Kliniki Dermatologii przez całą dobę.
2. Świadczenia zdrowotne w Poradni Dermatologicznej udzielane są w dni robocze w wyznaczonych godzinach.

§ 7

Na każdym etapie udzielania świadczeń zdrowotnych, lekarz informuje pacjenta o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, a pielęgniarka o sposobie pielęgnowania.

§ 8

1 W Klinice Dermatologii udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. W Klinice Dermatologii prowadzone są nowoczesne terapie w zakresie schorzeń dermatologicznych w ramach programów lekowych NFZ.
3. W Klinice Dermatologii prowadzone są nowoczesne celowane terapie w ramach badań klinicznych w autoimmunologicznych chorobach skóry.
4. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
5. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń zdrowotnych w Klinice Dermatologii prowadzona jest lista osób oczekujących (w wersji papierowej i elektronicznej).

**Przepisy porządkowe**

§ 9

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Proponowane godziny odwiedzin: od 13.00 do 18.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego oraz pielęgniarkę sprawującą opiekę nad pacjentem.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 10

1. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być sprawowana przez rodzinę, osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Świadczona opieka jest dobrowolna i sprawowana tylko na życzenie pacjenta i/lub osoby bliskiej i nie ma charakteru przymusu lub obowiązku.

2. Szczegółowy zakres i czas opieki pielęgnacyjnej należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (nie są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania).
3. Przez opiekę pielęgnacyjną w szczególności rozumie się:
   - zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (obecność, wsparcie, przytulanie, głaskanie, czytanie, rozmowa – także w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych),
   - wsparcie psychiczne (towarzyszenie, uspokajanie, wyjaśnianie, troska),
   - pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych (zaprowadzenie do toalety, podanie basenu),
   - toaletę ciała chorego, obcinanie paznokci, golenie, zmiana pielucho-majtek, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej, toaleta części intymnych, higiena protez zębowych,
   - pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie ze zleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
   - zmianę pozycji ułożenia ciała (siadanie, odwracanie na boki).
4. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. Szczegółowe zasady realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej określono brzmieniem Załącznika Nr 74 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.[1]

§11

Pacjenci kierowani na badania specjalistyczne oraz inne zabiegi poza Kliniką, Oddziałem, w zależności od stanu zdrowia, stopnia sprawności są przewożeni na wózku bądź przenoszeni na noszach pod opieką personelu.

§ 12

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 13

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

§ 14

Pacjenci zobowiązani są do:
- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 15

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 16

1. Prawa pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie określa Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika Dermatologii umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami oraz realizację prawa do opieki duszpasterskiej.
3 Personel Kliniki Dermatologii sprawujący opiekę nad pacjentem zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz udzielania pacjentowi informacji w zakresie przysługujących mu praw.

§ 17

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 18

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 19

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,

- niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).

2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 20

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 21

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).*
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 22

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 23

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 24

1. Harmonogram dnia:

05:30 – 07:00 pomiar - temperatury ciała pacjentów,
wykonywanie zleceń godzinowych,
pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
toaleta poranna pacjentów wymagających pomocy,
raport pielęgniarski i przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów pielęgniarkom przejmujących opiekę pielęgniarską;

07:00 – 09:00 zmiana bielizny pościelowej, słanie łózek,
śniadanie (karmienie chorych wymagających pomocy),
przygotowanie leków doustnych, podanie leków pacjentom,
wykonanie zleceń godzinowych;

09:00 – 10:00 obchód lekarski;

10:00 – 11:00 wykonywanie badań diagnostycznych,
wykonywanie zleceń i zabiegów lekarskich,
przygotowanie chorych i dokumentacji do konsultacji specjalistycznych,
przyjęcie nowych pacjentów;

11:00 – 13:00 wykonywanie zleceń, zabiegów lekarskich oraz pielęgnacyjno – leczniczych,
przygotowanie leków doustnych, podanie leków pacjentom,
rozdanie obiadu, karmienie chorych;

13:00 – 14:00 przygotowanie wypisów chorych;

14.00 – 16.00 wykonywanie zleceń lekarskich- godzinowych,
edukowanie pacjentów;

16.00 – 18.00 pomiar temperatury ciała pacjentów,
wykonywanie zleceń lekarskich (godzinowych),
toaleta wieczorna pacjentów wymagających pomocy,
obchód lekarski;

18.00 – 19. 00 przygotowanie leków doustnych poszczególnym chorym,
kolacja (karmienie chorych wymagających pomocy),
podanie leków doustnych poszczególnym chorym,
uzupełnienie dokumentacji pielęgniarskiej,
raport pielęgniarski i przekazanie informacji o stanie zdrowia pacjentów pielęgniarkom przejmujących opiekę pielęgniarską;

19.00 – 22.00 zapoznanie zmiany nocnej ze stanem zdrowia pacjentów hospitalizowanych w Oddziale, wykonywanie zleceń lekarsko – pielęgniarskich, toaleta wieczorna, uzupełnienie dokumentacji;
22.00 – 06.00 cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu

§ 24

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze do godz. 13.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

§25

Klinika Dermatologii w czasie przekazania pacjenta do innej Kliniki/Zakładu zapewnia stałą opiekę wykwalifikowanego personelu.

**Załącznik Nr 15**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI OKULISTYKI OGÓLNEJ

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, leczenia, diagnostyki, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2.

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.
4. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych przypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Kliniki sprawuje Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Lekarzy prowadzących sale oraz ich zastępców wyznacza - Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący Oddziałem i/lub z-ca Lekarza Kierującego Oddziałem.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka/Pielęgniarz Oddziałowy/a.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i ambulatoryjnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych:

- Oddział Okulistyki – pododdział A
- Oddział Okulistyki Dziecięcej,
- Izba Przyjęć Okulistyki,
- Blok Operacyjny Okulistyki,
- Zespół Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych, tj. Poradnia Okulistyki Ogólnej, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Okulistyki Ogólnej, Oddział Okulistyki Jednego Dnia, Poradnia Leczenia Zeza.

2. Ponadto w Klinice Okulistyki Ogólnej funkcjonuje Bank Tkanek Oka.

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie: wypadków, urazów, stanu zagrożenia oraz otrzymania decyzji o przymusowej hospitalizacji.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 6.

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz standardami jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

§ 7.

1. Opieka nad pacjentem sprawowana jest przez zespół terapeutyczny, działający w sposób skoordynowany i zapewniający ciągłość procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
2. W skład zespołu terapeutycznego wchodzą w szczególności:
   - lekarz prowadzący,
   - lekarze specjaliści innych dziedzin medycyny,
   - pielęgniarki,
   - dietetycy
3. Zespół współpracuje w celu zapewnienia kompleksowej, bezpiecznej i ciągłej opieki nad pacjentem z uwzględnieniem zasad komunikacji wewnątrz zespołowej oraz dokumentowania podejmowanych decyzji.
4. W przypadkach wymagających wielospecjalistycznego podejścia organizowane są konsultacje specjalistyczne, których przebieg i ustalenia są dokumentowane w historii choroby.
5. Wszystkie działania diagnostyczne, terapeutyczne i pielęgnacyjne są dokumentowane w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz standardami jakości.
6. Pacjent lub osoba przez niego upoważniona ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz osobie lekarza prowadzącego.

**Przepisy porządkowe**

§ 8.

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego oraz korespondencyjnego z osobami bliskimi zgodnie z ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Pacjent małoletni ma prawo do całodobowej obecności rodzica, opiekuna prawnego bądź osoby wskazanej przez przedstawiciela ustawowego dziecka z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz organizacji pracy oddziału.
3. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.

4. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
5. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.

§ 9.

1. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być sprawowana przez rodzinę, osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Świadczona opieka jest dobrowolna i sprawowana tylko na życzenie pacjenta i/lub osoby bliskiej i nie ma charakteru przymusu lub obowiązku.
2. Szczegółowy zakres i czas opieki pielęgnacyjnej należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (nie są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania).
3. Przez opiekę pielęgnacyjną w szczególności rozumie się:
   - zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (obecność, wsparcie, przytulanie, głaskanie, czytanie, rozmowa – także w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych),
   - wsparcie psychiczne (towarzyszenie, uspokajanie, wyjaśnianie, troska),
   - pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych (zaprowadzenie do toalety, podanie basenu),
   - toaletę ciała chorego, obcinanie paznokci, golenie, zmiana pielucho-majtek, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej, toaleta części intymnych, higiena protez zębowych,
   - pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie ze zleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
   - zmianę pozycji ułożenia ciała (siadanie, odwracanie na boki).
4. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. Szczegółowe zasady realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej określono brzmieniem Załącznika Nr 74 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.

§ 10.

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 11.

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału z uwzględnieniem stanu zdrowia oraz zaleceń dietetycznych.

§ 12.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

§ 13.

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu na Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania na Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej i korzystania z nich w sposób zapewniający czystość i bezpieczeństwo epidemiologiczne,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 14.

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 15.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotne po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenie stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłań), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta, lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 16.

Osobą uprawnioną do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażania zgody / zgoda wyłączna/. Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 17.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   a. która nie ukończyła 16 lat,
   b. ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   c. niezdolną do świadomego wyrażania zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażania zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza).*
2. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust. 1, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).
3. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko, wyrażają oboje rodzice.
4. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
5. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
6. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 18.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   a. małoletnią, która ukończyła 16 lat,
   b. ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   c. chorą psychicznie, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do

   wyrażania zgody na udzielania świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent i należy uzyskać zgodę każdego z nich (zgoda równoległa).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty

przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 19.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielenia informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 20.

1. Pozostałe prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie. Dla osób niewidomych i słabowidzących na terenie Szpitala dostępna jest Karta Praw Pacjenta pisana alfabetem Braille`a.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 21.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 22.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w poradniach w dni robocze od godz. 08.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice Prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

§ 23.

**1. Harmonogram dnia:**

| | |
|---|---|
| 06.00 – 07.00 | mierzenie temperatury, RR, tt, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie, |
| 07.00 – 07.20 | toaleta chorych, prześcielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, |
| 07.20 – 08.00 | śniadanie, porządkowanie sal chorych, przygotowanie do wizyty, przygotowanie chorych do operacji, |
| 08.00 – 09.30 | wizyta lekarska /badanie odbywa się w ciemni/, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 09.30 – 12.00 | wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów diagnostyczno - leczniczych, zabiegów pielęgnacyjnych, wyjazdy z chorymi celem konsultacji do innych klinik, przyjmowanie nowych chorych do Oddziału, edukacja pacjentów i promowanie zdrowia, transport pacjentów na blok operacyjny, z bloku operacyjnego i opieka nad pacjentami operowanymi, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 12.00 – 12.55 | wypisy chorych, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 12.55 – 13.25 | obiad, |
| 13.25 – 14.00 | kwalifikacja do leczenia nowoprzyjętych chorych, konsultacje z Lekarzem Kierującym Oddziałem /badanie odbywa się w ciemni / wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 14.00 – 17.00 | czas wolny, rozmowy z pacjentami, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, wykonywanie zleceń godzinowych |
| 17.00 – 18.10 | pomiar temperatury, RR, tt, przygotowanie pacjentów do badań specjalistycznych na dzień następny, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, wizyta lekarska, wykonywanie zleceń lekarskich, |
| 18.10 – 18.30 | kolacja, |
| 18.30 – 19.00 | uporządkowanie sal chorych, wykonywanie zleceń lekarskich, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie, |
| 19.00 – 22.00 | przygotowanie do wypoczynku nocnego: toaleta, uporządkowanie sal chorych, zabiegi pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych, |
| 22.00 – 06.00 | cisza nocna, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy na Oddziale, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Planowe zabiegi operacyjne odbywają się w dni powszednie w godz. 08.00-19.00.

§ 24.

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 12.00 a w soboty od godz. 10.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do Szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),

- kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
- wskazówki do dalszego postępowania,
- odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
- zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 16**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHIRURGII SIATKÓWKI I CIAŁA SZKLISTEGO

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2.

Do podstawowych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą ,,procesu pielęgnowania".
3. Przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.
4. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Kliniki sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Lekarzy prowadzących sale oraz ich zastępców wyznacza – Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący Oddziałem.
3. Bezpośrednią opiekę nad pacjentami sprawują lekarze przypisani do poszczególnych sal chorych zgodnie z harmonogramem dostępnym w Klinice oraz umieszczonym na drzwiach sal chorych.
4. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka/Pielęgniarz Oddziałowy/a.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i ambulatoryjnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki zlokalizowanych przy ul. Chmielnej 1:

a. Oddział Okulistyki – Pododdział B,
b. Zespół Opieki Dziennej i Poradni Okulistycznych, tj. Poradnia Okulistyki Ogólnej, Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy Poradni Okulistyki Ogólnej, Oddział Okulistyki Jednego Dnia, Poradnia Leczenia Zeza,
c. Izba Przyjęć Okulistyki,
d. Blok Operacyjny Okulistyki,
e. Pracownia Angiografii Narządu Wzroku.

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i w Izbie Przyjęć udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielania świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 6.

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

§ 7.

1. Opieka nad pacjentem sprawowana jest przez zespół terapeutyczny, działający w sposób skoordynowany i zapewniający ciągłość procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
2. W skład zespołu terapeutycznego wchodzą w szczególności:
   - lekarz prowadzący,
   - lekarze specjaliści innych dziedzin medycyny,
   - pielęgniarki,
   - dietetycy
3. Zespół współpracuje w celu zapewnienia kompleksowej, bezpiecznej i ciągłej opieki nad pacjentem z uwzględnieniem zasad komunikacji wewnątrz zespołowej oraz dokumentowania podejmowanych decyzji.
4. W przypadkach wymaganych wielospecjalistycznego podejścia organizowane są konsultacje specjalistyczne, których przebieg i ustalenia są dokumentowane w historii choroby.
5. Wszystkie działania diagnostyczne, terapeutyczne i pielęgnacyjne są dokumentowane w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz standardami jakości.
6. Pacjent lub osoba przez niego upoważniona ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz osobie lekarza prowadzącego.

## Przepisy porządkowe

§ 8.

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego oraz korespondencyjnego z osobami bliskimi zgodnie z ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Pacjent małoletni ma prawo do całodobowej obecności rodzica, opiekuna prawnego bądź osoby wskazanej przez przedstawiciela ustawowego dziecka z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz organizacji pracy Oddziału.
3. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
4. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
5. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.

§ 9.

1. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być sprawowana przez rodzinę, osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Świadczona opieka jest dobrowolna i sprawowana tylko na życzenie pacjenta i/lub osoby bliskiej i nie ma charakteru przymusu lub obowiązku.
2. Szczegółowy zakres i czas opieki pielęgnacyjnej należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (nie są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania).
3. Przez opiekę pielęgnacyjną w szczególności rozumie się:
   - zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (obecność, wsparcie, przytulanie, głaskanie, czytanie, rozmowa – także w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych),
   - wsparcie psychiczne (towarzyszenie, uspokajanie, wyjaśnianie, troska),
   - pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych (zaprowadzenie do toalety, podanie basenu),
   - toaletę ciała chorego, obcinanie paznokci, golenie, zmiana pielucho-majtek, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej, toaleta części intymnych, higiena protez zębowych,
   - pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie ze zleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
   - zmianę pozycji ułożenia ciała (siadanie, odwracanie na boki).
4. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. Szczegółowe zasady realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej określono brzmieniem Załącznika Nr 74 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie

§ 10.

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 11.

Dostarczenie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 12.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

§ 13.

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania na Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej i korzystania z nich w sposób zapewniający czystość i bezpieczeństwo epidemiologiczne,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 14.

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 15.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenie stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 16.

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielanie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 17.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemającą rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (zgoda zastępcza).
2. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust 1, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).
3. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielenie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
4. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
5. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
6. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 18.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (zgoda równoległa).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani

przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

4. W przypadku gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 19.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 20.

1. Pozostałe prawa pacjenta określa Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie. Dla osób niewidomych i słabowidzących dostępna jest Karta Praw Pacjenta pisana alfabetem Braillea.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 21.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 22.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w poradniach dni robocze od godz. 8.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

§ 23.

1. Harmonogram dnia:

06.00 – 07.00 mierzenie temperatury, RR, tt, toaleta chorych, zmiana bielizny osobistej, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,

07.00 – 07.20 wykonanie zleceń godzinowych, prześcielenie łóżek, zmiana bielizny pościelowej,

07.20 – 08.00 śniadanie, sprzątanie sal chorych, przygotowanie do wizyty, przygotowanie chorych do operacji,
08.00 – 08.30 wizyta lekarska (badanie odbywa się w ciemni), wykonywanie zleceń godzinowych,
08.30 – 12.55 wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów diagnostyczno-leczniczych, zabiegów pielęgnacyjnych, wyjazdy z chorymi celem konsultacji do innych klinik, przyjmowanie nowych chorych do oddziału, edukacja pacjenta i promocja zdrowia, transport pacjentów na blok operacyjny, z bloku operacyjnego i opieka nad pacjentem po operacji, wykonywanie zleceń godzinowych,
10.00 wypisy chorych, uporządkowanie sal chorych,
12.55 – 13.25 obiad,
13.25 – 14.00 kwalifikacja do leczenia nowoprzyjętych chorych, konsultacje z Lekarzem Kierującym Oddziałem (badanie odbywa się w ciemni), wykonywanie zleceń godzinowych,
14.00 – 17.00 czas wolny, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, wykonywanie zleceń godzinowych,
17.00 – 18.10 pomiar temperatury, RR, TT, przygotowanie pacjentów do badań specjalistycznych na dzień następny, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, wizyta lekarska, wykonanie zleceń lekarskich
18.10 – 18.30 kolacja,
18.00 – 19.00 uporządkowanie sal chorych, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie,
19.0 – 22.00 przygotowanie do wypoczynku nocnego: uporządkowanie sal chorych, toaleta, zabiegi pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń godzinowych,
22.00 – 06.00 cisza nocna, wykonywanie zleceń godzinowych.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Planowe zabiegi operacyjne w oddziale odbywają się w dni powszednie w godz. 08.00 – 20.00.

§ 24.

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 10:00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 17**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# KLINIKI DIAGNOSTYKI I MIKROCHIRURGII JASKRY

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom na wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2.

Do podstawowych zadań Kliniki należy:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Przygotowanie pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.
4. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych przypadkach.
5. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
6. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
7. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
8. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
9. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Kliniki Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry sprawuje Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący Oddziałem.
2. Lekarzy prowadzących sale oraz jego zastępców wyznacza - Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący Oddziałem.
3. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa/Pielęgniarz Oddziałowy.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane w:
   a) Oddziale Okulistyki – Pododdział C,
   b) Izbie Przyjęć,
   c) Bloku Operacyjnym Okulistyki,
   d) Oddziale Okulistyki Jednego Dnia.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Zespole Opieki Dziennej i Poradni Specjalistycznych (Poradnia Okulistyczna Ogólna) oraz Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ (Poradnia Okulistyczna przy ulicy Langiewicza 6A).

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie właściwego skierowania.
2. W przypadku braku skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie: wypadków, urazów, stanu zagrożenia oraz otrzymania decyzji o przymusowej hospitalizacji.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 6.

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obowiązującymi przepisami prawa oraz standardami jakości i bezpieczeństwa pacjenta.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lubinie.

§ 7.

1. Opieka nad pacjentem sprawowana jest przez zespół terapeutyczny, działający w sposób skoordynowany i zapewniający ciągłość procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
2. W skład zespołu terapeutycznego wchodzą w szczególności:
   - lekarz prowadzący,
   - lekarze specjaliści innych dziedzin medycyny,
   - pielęgniarki,
   - fizjoterapeuci,
   - dietetycy.
3. Zespół terapeutyczny współpracuje w celu zapewnienia kompleksowej, bezpiecznej i ciągłej opieki nad pacjentem, z uwzględnieniem zasad komunikacji wewnątrzzespołowej oraz dokumentowania podejmowanych decyzji.
4. W przypadkach wymagających wielospecjalistycznego podejścia organizowane są konsultacje specjalistyczne lub konsylia lekarskie, których przebieg i ustalenia są dokumentowane w historii choroby.
5. Wszystkie działania diagnostyczne, terapeutyczne i pielęgnacyjne są dokumentowane w dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz standardami jakości.
6. Pacjent lub osoba przez niego upoważniona ma prawo do uzyskania informacji o stanie zdrowia oraz osobie lekarza prowadzącego.

**Przepisy porządkowe**

§ 8.

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego oraz korespondencyjnego z osobami bliskimi zgodnie z ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Pacjent małoletni ma prawo do całodobowej obecności rodzica, opiekuna prawnego bądź osoby wskazanej przez przedstawiciela ustawowego dziecka z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz organizacji pracy oddziału.
3. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
4. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
5. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.

§ 9.

1. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być sprawowana przez rodzinę, osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Świadczona opieka jest dobrowolna i sprawowana tylko na życzenie pacjenta i/lub osoby bliskiej i nie ma charakteru przymusu lub obowiązku.
2. Szczegółowy zakres i czas opieki pielęgnacyjnej należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (nie są to działania służące zachowaniu, ratowaniu,

przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania).

3. Przez opiekę pielęgnacyjną w szczególności rozumie się:
   - zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (obecność, wsparcie, przytulanie, głaskanie, czytanie, rozmowa – także w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych),
   - wsparcie psychiczne (towarzyszenie, uspokajanie, wyjaśnianie, troska),
   - pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych (zaprowadzenie do toalety, podanie basenu),
   - toaletę ciała chorego, obcinanie paznokci, golenie, zmiana pielucho-majtek, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej, toaleta części intymnych, higiena protez zębowych,
   - pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie ze zleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
   - zmianę pozycji ułożenia ciała (siadanie, odwracanie na boki).
4. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. Szczegółowe zasady realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej określono brzmieniem Załącznika Nr 74 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.

§ 10.

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 11.

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po wcześniejszym uzgodnieniu z personelem medycznym Oddziału (lekarzem lub pielęgniarką), z uwzględnieniem stanu zdrowia pacjenta oraz zaleceń dietetycznych.

§ 12.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych, papierosów elektronicznych oraz spożywania napojów alkoholowych. Ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

§ 13.

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania na Oddziale podczas wizyt lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające nie zakłócały porządku swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej i korzystania z nich w sposób zapewniający czystość i bezpieczeństwo epidemiologiczne,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 14.

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 15.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotne po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób nie budzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenie stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłań), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta, lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 16.

Osobą uprawnioną do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażania zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 17.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażania zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo), osobą uprawnioną do wyrażania zgody jest przedstawiciel ustawowy *(zgoda zastępcza).*
2. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia badania osoby, o której mowa w ust 1, zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny (tj. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stał opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga).
3. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko, wyrażają oboje rodzice.
4. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
5. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty

przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

6. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 18.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażania zgody na udzielania świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent i należy uzyskać zgodę każdego z nich (zgoda równoległa).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 19.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielenia informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawicielowi ustawowemu, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 20.

1. Pozostałe prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie. Dla osób niewidomych i słabowidzących dostępna jest Karta Praw Pacjenta pisana alfabetem Braillea.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 21.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczegółowe**

§ 22.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w okulistycznych poradniach przyklinicznych w dni robocze od godz. 08.00 - 15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice Prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

§ 23.

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 06.00 – 07.00 | mierzenie temperatury, RR, tt, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, wykonywanie zleceń godzinowych, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie, |
| 07.00 – 07.15 | raport pielęgniarski, |
| 07.15 – 07.40 | toaleta chorych, prześcielenie łóżek, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, |
| 07.40 – 08.00 | śniadanie, porządkowanie sal chorych, przygotowanie do wizyty, przygotowanie chorych do operacji, |
| 08.00 – 09.30 | wizyta lekarska /badanie odbywa się w ciemni/, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 09.30 – 12.00 | wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegów diagnostyczno- leczniczych zabiegów kwalifikacje do leczenia nowoprzyjętych chorych, pielęgnacyjnych, wyjazdy z chorymi celem konsultacji do innych klinik, przyjmowanie nowych chorych do oddziału, edukacja pacjentów i promowanie zdrowia, transport pacjentów na blok operacyjny, z bloku operacyjnego i opieka nad pacjentami operowanymi, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 12.00 – 12.55 | wypisy chorych, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 12.55 – 13.25 | obiad, |
| 13.25 – 14.00 | konsultacje z Lekarzem Kierującym Oddziałem /badanie odbywa się w ciemni/, wykonywanie zleceń godzinowych, kwalifikacje do leczenia nowoprzyjętych chorych, |
| 14.00 – 17.00 | czas wolny, rozmowy z pacjentami, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna, wykonywanie zleceń godzinowych, |
| 17.00 – 18.10 | pomiar temperatury, RR, tt, przygotowanie pacjentów do badań specjalistycznych na dzień następny, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych wizyta lekarska, wykonywanie zleceń lekarskich, |
| 18.10 – 18.30 | kolacja, |
| 18.30 – 19.00 | uporządkowanie sal chorych, wykonywanie zleceń lekarskich, przekazanie informacji o pacjentach następnej zmianie, |
| 19.00 – 22.00 | przygotowanie do wypoczynku nocnego: toaleta, uporządkowanie sal chorych, zabiegi pielęgnacyjne, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych, |
| 22.00 – 06.00 | cisza nocna, wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy na Oddziale, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.
3. Planowe zabiegi operacyjne odbywają się w dni powszednie w godz. 08.00-19.00 zgodnie z listą operacyjną.

§ 24.

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 12.00, a w soboty od godz. 10:00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),

- kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
- wskazówki do dalszego postępowania,
- odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
- zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 18**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN PORZĄDKOWY BLOKU OPERACYJNEGO OKULISTYKI

## I. Charakterystyka Bloku Operacyjnego

1. Blok Operacyjny Okulistyki (Blok Operacyjny), z którego korzystają trzy Odziały:
   - Pododdział A - Odział Okulistyki Ogólnej,
   - Pododdział B - Odział Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklistego,
   - Pododdział C - Odział Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry,

jest wydzieloną komórką organizacyjną Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.

2. W skład Bloku Operacyjnego wchodzą:
   - 3 sale operacyjne wraz z pomieszczeniami pomocniczymi,
   - sala wybudzeń,
   - 2 śluzy.
3. Do zadań Bloku Operacyjnego należy w szczególności:
   - przeprowadzanie zabiegów operacyjnych przez wykwalifikowany personel oraz całodobowa gotowość do świadczenia usług medycznych w tym zakresie,
   - realizacja polityki zapobiegania zakażeniom szpitalnym i higieny szpitalnej.

## II. Podstawowe zasady organizacji Bloku Operacyjnego:

1. Nadzór nad pracą personelu Bloku Operacyjnego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
2. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego jest odpowiedzialna za jego prawidłowe funkcjonowanie i zaopatrzenie, zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i technicznych.
3. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego współpracuje z Lekarzami Kierującymi Oddziałami Okulistyki, realizuje swoje zadania przy wsparciu zespołu pielęgniarek, którymi zarządza i nadzoruje ich pracę.
4. Personel Bloku Operacyjnego stanowią:

– pielęgniarki operacyjne (w godzinach 07.00 – 19.00 pielęgniarki operacyjne Bloku Operacyjnego Kliniki Okulistyki, a w godzinach 19.00 – 07.00 pielęgniarki Bloku Operacyjnego USK1)
– pracownik gospodarczy,
– lekarze (wszystkich specjalności, rezydenci, stażyści),
– pielęgniarki anestezjologiczne,
– studenci UM, którzy nie są pracownikami, ale mają prawo przebywania na Bloku Operacyjnym i obserwowania przebiegu operacji.

5. Harmonogram pracy personelu ustalany jest w sposób zapewniający dobrą organizację pracy Bloku Operacyjnego biorąc pod uwagę liczbę stanowisk oraz rodzaj i liczbę wykonanych zabiegów operacyjnych.
6. W skład zespołu operacyjnego wchodzą:

– zespół lekarzy operujących - operator i asysta,
– zespół pielęgniarek operacyjnych (instrumentująca oraz pomocnicza),
– zespół anestezjologiczny - lekarz i pielęgniarka.

7. W czasie każdego zabiegu jest do dyspozycji Bloku Operacyjnego pracownik gospodarczy.
8. Planując harmonogram pracy pracowników gospodarczych należy uwzględnić plan higieny dla Bloku Operacyjnego, sporządzany przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.

9. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się na sali operacyjnej w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu jest podporządkowany lekarzowi operującemu, a w sprawach ogólnego postępowania oraz bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjenta lekarzowi anestezjologowi.
10. Za gospodarkę materiałową oraz zgłaszanie do Działu Aparatury Medycznej awarii aparatury i sprzętu medycznego odpowiada Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego (w części anestezjologicznej – Pielęgniarka Anestezjologiczna):

a. Bielizna operacyjna ma być jałowa i może być użyta tylko do jednej operacji.
b. Zawartość pakietów wyjałowionych i przygotowanych do operacji musi być ściśle przeliczona i zaznaczona w dokumentacji medycznej.
c. Narzędzi i materiałów operacyjnych nie wolno wynosić i używać poza Blokiem Operacyjnym. W trakcie zabiegu ograniczone do minimum jest wychodzenie personelu z Sali operacyjnej po narzędzia i materiały do magazynków zlokalizowanych poza Blokiem Operacyjnym.
d. Instrumentarium i pakiety z materiałem operacyjnym wyjałowionym przechowywane są w starannie zamkniętych szafkach. Instrumentarium i sprzęt należy starannie chronić przed zniszczeniem.

III. **Tryby wykonywania zabiegów:**

1. zabieg w trybie pilnym - zabieg wykonywany w najszybszym możliwym terminie, niezwłocznie od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta po urazie oka lub pogorszeniem stanu klinicznego, które stanowi nieodwracalne zagrożenie dla zachowania struktur oraz funkcji narządu wzroku;
2. zabieg w trybie planowym - zabieg wykonywany według harmonogramu zabiegów planowych, u pacjenta w optymalnym stanie ogólnym, w czasie dogodnym dla pacjenta i operatora.

IV. **Planowanie zabiegów operacyjnych – tryb planowy:**

1. Kwalifikacja do operacji odbywa się po uprzedniej analizie choroby pacjenta i akceptacji lekarza wykonującego zabieg operacyjny lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem (w tym lekarza dyżurnego) w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Kliniką lub jego Zastępcą. Wpisu kwalifikacji do operacji w historii choroby pacjenta dokonuje lekarz prowadzący pacjenta /salę chorych, na której przebywa pacjent/ lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem (w tym lekarz dyżurny).
2. Harmonogram planowych zabiegów operacyjnych i zawiera:

– planowaną datę i godzinę rozpoczęcia zabiegu przez zespół operujący,
– imię i nazwisko pacjenta,
– rodzaj operacji,
– nazwisko głównego operatora,
– kolejność zabiegów w danej sali operacyjnej,
– przydział sali operacyjnej.

3. Harmonogram zabiegów operacyjnych ustalany jest w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przez Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcę, w rozumieniu pkt. II ppkt 1 niniejszego regulaminu. Zabiegi operacyjne ustalane są w kolejności ich wykonania na poszczególnych salach operacyjnych według klasy czystości z zachowaniem zasad aseptyki chirurgicznej oraz optymalnego wykorzystania sal operacyjnych.
4. Harmonogram zabiegów operacyjnych uwzględnia przerwy między zabiegami umożliwiające dezynfekcję sprzętu i pomieszczenia oraz wymianę odpowiedniej ilości powietrza, zgodnie z obowiązującymi w szpitalu procedurami.
5. Ustalany harmonogram zabiegów operacyjnych jest przekazywany niezwłocznie, jednakże nie później niż w przeddzień planowanych operacji do godz. 13.00 Lekarzowi Kierującemu Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub na adres e-mail: **anestezjologia@usk1.pl** lub faxem 712 - tak, aby umożliwić kwalifikację preanestetyczną pacjenta oraz zaplanowanie pracy zespołu

anestezjologicznego i przygotowanie odpowiedniego sprzętu. Ostateczny plan zabiegów operacyjnych uzgadniany jest przez Lekarza Kierującego Oddziałem oraz Lekarza Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz przekazywany Pielęgniarce Oddziałowej Bloku Operacyjnego.

6. W przypadku, gdy zabieg w trybie planowym ma się odbyć w pierwszy dzień roboczy po dniu wolnym od pracy, lista pacjentów do kwalifikacji do znieczulenia powinna być uzgodniona w ostatni dzień roboczy poprzedzający dzień wolny od pracy.

V. **Zmiany w planie zabiegów operacyjnych:**

1. Zarówno plan zabiegów operacyjnych, jak i zmiany w planie zabiegów operacyjnych są autoryzowane przez Lekarza Kierującego Oddziałem lub upoważnioną przez niego osobę, o której mowa w pkt. II ppkt. 1.
2. Wszelkie zmiany w planie operacyjnym są dokonywane i mogą nastąpić tylko za zgodą Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcy. Zmiany w planie dokonywane są w sposób czytelny, niebudzący wątpliwości lub poprzez wydrukowanie kolejnej, obowiązującej wersji z określeniem daty i godz. zmiany (zabrania się skreślania, poprawiania itp.). Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym osobom w podległych pionach. **Wzór planu zabiegów operacyjnych stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.**
3. W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz prowadzący/sprawujący opiekę jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu oraz dokonać odpowiedniej adnotacji w dokumentacji chorego (anestezjolog lub lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem, w zależności od decyzji).
4. Lekarz Kierujący Oddziałem ustala godzinę rozpoczęcia zabiegu.
5. W przypadku zabiegów w trybie pilnym harmonogram zabiegów wcześniej zaplanowanych może ulec zmianie. Wszelkich zmian planu zabiegów operacyjnych dokonuje Lekarz Kierujący Oddziałem w rozumieniu pkt. II ppkt. 1 niniejszego regulaminu.

VI. **Schemat przyjęcia chorego do Bloku Operacyjnego:**

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz specjalista bada i ocenia, czy stan pacjenta pozwala na przeprowadzenie zabiegu. Operator przed zabiegiem operacyjnym bada pacjenta.
2. W dniu zabiegu pacjent jest przekazywany przez pielęgniarkę z Oddziału do Bloku Operacyjnego, pod opiekę zespołu anestezjologicznego w przypadku pacjentów planowanych do zabiegu w znieczuleniu ogólnym lub pod opiekę zespołu lekarsko-pielęgniarskiego Bloku Operacyjnego w przypadku pacjentów planowanych do znieczulenia miejscowego, który zapewniają stałą opiekę od momentu przyjęcia pacjenta na Blok Operacyjny do chwili jego opuszczenia.
3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać opaskę identyfikacyjną z jego danymi. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Przyjęcie chorego do Bloku Operacyjnego odbywa się według określonego schematu przy zastosowaniu "Okołooperacyjnej karty kontrolnej":

- sprawdzenie tożsamości pacjenta,
- sprawdzenie przygotowania pacjenta do zabiegów wg. obowiązujących procedur,
- sprawdzenie kompletności dostarczonej dokumentacji medycznej pacjenta (zgoda na wykonanie znieczulenia i zabiegu),
- sprawdzenie zgodności wyznaczonego miejsca operacji z dokumentacją,

- zapewnienie bezpieczeństwa w czasie pobytu,
- zapewnienie poszanowania godności osobistej pacjenta.

5. Każda z części "Okołooperacyjnej karty kontrolnej" uzupełniana jest sekwencyjnie i po zakończeniu zabiegu operacyjnego zostaje potwierdzona własnoręcznym podpisem Koordynatora OKK. W USK Nr 1 funkcję Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej pełni lekarz anestezjolog wykonujący znieczulenie na danej sali, a w przypadku zabiegu przeprowadzonego bez udziału anestezjologa, Koordynatorem Karty jest lekarz prowadzący zabieg.
6. Za wykonanie antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej zgodnie ze sposobem postępowania podanym w Przewodniku po Antybiotykowej Profilaktyce Okołooperacyjnej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie odpowiada lekarz prowadzący/sprawujący opiekę nad pacjentem (dokumentacja w indywidualnej karcie zleceń – leki przeciwinfekcyjne).
7. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa w przypadku chorych operowanych w znieczuleniu ogólnym lub przez lekarza prowadzącego zabieg, u pacjentów operowanych bez udziału lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału. Pacjent przekazywany jest zespołowi jednego z Oddziałów Okulistyki w śluzie Bloku Operacyjnego.
8. W razie wystąpienia poważnych powikłań śródoperacyjnych lub zgonu pacjenta na stole operacyjnym lekarz operujący powinien niezwłocznie zawiadomić o tym zdarzeniu Lekarza Kierującego Oddziałem lub jego Zastępcę.
9. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.

VII. **Zasady ogólne:**

1. Personel Bloku Operacyjnego ściśle przestrzega szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym dotyczącym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innym działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom pooperacyjnym.
2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespół anestezjologiczny i operacyjny jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w czasie wykonywania swoich obowiązków.
3. Pobyt pacjenta w Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane.
   W zakresie Księgi Bloku/Sali Operacyjnej gromadzone są informacje:

- dane wstępne wpisywane są przez instrumentariuszkę (w tym numer kolejny pacjenta w księdze bloku/sali operacyjnej; imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, a w razie braku numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; kod resortowy komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał; data operacji, identyfikator Sali operacyjnej),
- dane dotyczące kwalifikacji do operacji wpisuje zespół operujący (w tym rozpoznanie przedoperacyjne; dane lekarza kierującego na zabieg; nazwa zakładu kierującego na zabieg; dane lekarza kwalifikującego do zabiegu operacyjnego;) oraz zespół anestezjologiczny (dane lekarza kwalifikującego do znieczulenia),
- dane dotyczące znieczulenia wpisuje i autoryzuje zespól anestezjologiczny (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu anestezjologicznego z wyszczególnieniem lekarza wykonującego znieczulenie, lekarza nadzorującego wykonywanie znieczulenia, lekarza kontynuującego znieczulenie (w tym przypadku odrębna rejestracja chwili rozpoczęcia kontynuacji znieczulenia); rodzaju znieczulenia zastosowanego u pacjenta i jego szczegółowy opis,
- protokół operacji wpisuje i autoryzuje zespól operujący (w tym oznaczenie osób wchodzących w skład zespołu operującego, z wyszczególnieniem lekarza kierującego wykonaniem operacji

– operatora; datę rozpoczęcia oraz zakończenia zabiegu albo operacji, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym; rodzaj zabiegu albo operacji; szczegółowy opis przebiegu zabiegu albo operacji wraz z rozpoznaniem pooperacyjnym; zlecone badania diagnostyczne).

4. Wszelkie zalecenia lekarza są uwidocznione w dokumentacji chorego.
5. Przed zakończeniem operacji należy zliczyć narzędzia oraz bieliznę operacyjną według procedur. Po zakończeniu operacji należy uporządkować salę operacyjną.
6. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku do pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik.

VIII. **Ważne telefony i adresy poczty elektronicznej:**

- Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego – 81 5030765, **rkrzyzanowska@usk1.pl**
- Lekarz Kierujący Oddziałem – 81 5326149, **okulistyka1@umlub.pl**
- Sterylizacja – 81 5325049
- Szpitalny Oddział Anestezjologiczny – 81 5349785; **anestezjologia@usk1.pl**

Załącznik Nr 1
do Regulaminu porządkowego
BLOKU OPERACYJNEGO OKULISTYKI

**BLOK OPERACYJNY**
**OKULISTYKI**
**USK NR 1 W LUBLINIE**

## PLAN OPERACJI NA DZIEŃ……..

Dyżurni: ……

| Sala oper. | Lp. | Planowana godzina rozpoczęcia operacji | Sala oddział | Imię i nazwisko | Rozpoznanie | Proponowany zabieg | Zespół operacyjny |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Podpis osoby upoważnionej……

**Załącznik Nr 19**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# II KLINIKI ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo - badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii:

1. Intensywna terapia, tj. postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu (oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego itd.) poprzez stałą obserwację i nadzór nad funkcjami życiowymi, intensywną pielęgnację i intensywną terapię,
2. Anestezja, tj. wykonywanie znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów operacyjnych oraz dla celów diagnostycznych lub leczniczych,
3. Reanimacja, tj. działania mającego na celu przerwanie i odwrócenie procesu umierania,
4. Leczenie bólu niezależnie od jego przyczyny.

§ 3

Do pozostałych zadań Kliniki należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie i pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania."
3. Udzielanie wykwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 4

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 5

Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii stanowiącym komórkę organizacyjną Kliniki.

§ 6

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na

zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 7

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Przepisy porządkowe**

§ 8

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 9

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 10

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 11

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 12

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,

- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 13

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

## Prawa pacjenta

§ 14

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 15

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (z*goda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.

4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 18

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 19

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 20

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

§ 21

Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziałach i w Izbie Przyjęć przez całą dobę.

§ 22

1. Harmonogram dnia w Oddziale:
   - 05:00 – 07:00 toaleta poranna,
   - 07:00 – 07:30 raport pielęgniarski,
   - 07:30 – 08:00 pobieranie materiałów do badań,
   - 08:00 pierwszy posiłek,
   - 08:00 – 08:15 raport lekarski,
   - 08:15 – 09:00 podstawowa wizyta lekarska,
   - 09:00 wykonywanie zabiegów pielęgniarskich,
   - od 11:00 odwiedziny,
   - 16:00 – 18:00 toaleta wieczorna,
   - 19:00 – 19:15 raport pielęgniarski,
   - 22:00 – 05:00 cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 23

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 12.00, w soboty od godz. 10:00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY I KLINIKI PSYCHIATRII, PSYCHOTERAPII I WCZESNEJ INTERWENCJI

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko-pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

§ 2

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych na bazie których funkcjonuje I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji sprawuje Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3[1]

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
   a. Oddział Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży,
   b. Oddział Dzienny Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Osobowości,
   c. Oddział Dzienny Psychiatryczny,
   d. Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Młodzieży,
   e. Zespół Leczenia Środowiskowego,
   f. Oddział Ogólnopsychiatryczny I.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Zespole Poradni Psychiatrycznych, tj. w: Poradni Psychiatrycznej, Poradni Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych, Poradni Dla Osób z Autyzmem Dziecięcym".

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania lub postanowienia sądu lub prokuratury o hospitalizacji.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradni udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania (osobom nieuprawnionym – za odpłatnością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
4. Świadczenia zdrowotne w poradni przez lekarzy psychiatrów udzielane są bez skierowania, a przez psychologów – na podstawie skierowania.

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

§ 5

1. W I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz w oparciu o obowiązujące w USK Nr 1 procedury.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne w I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Przepisy porządkowe**

§ 6

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 18.30, a w przypadku odwiedzin pacjentów Oddziału Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży w godz. od 08.00 do 18.30.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 7

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 8

1. Pacjenci mają prawo do pozostawienia odzieży i obuwia za pokwitowaniem w magazynie Szpitala lub do oddania ich osobom towarzyszącym.
2. Pacjenci mają prawo do skorzystania z depozytu szpitalnego w celu przechowania przedmiotów wartościowych.
3. Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.
4. Mając na uwadze bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów nie jest dopuszczalne dostarczanie dodatkowych leków i suplementów diety pacjentom oraz zażywanie tych leków i suplementów bez zgody lekarza lub pielęgniarki Oddziału.
5. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów zabrania się posiadania i używania substancji psychoaktywnych, wszelkiego rodzaju środków odurzających oraz przebywania na terenie Kliniki pod ich wpływem.
6. Z uwagi na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów w Oddziałach obowiązuje zakaz posiadania ostrych narzędzi i wszelkich przedmiotów mogących stanowić potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia. Zakaz dotyczy wszystkich Oddziałów Kliniki.

§ 9

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu, papierosów elektrycznych i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych przez osoby nieuprawnione.

§ 10

Pacjenci zobowiązani są do:

a) przestrzegania zasad obowiązujących w Oddziale, a także stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
b) niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
c) przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
d) przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom (w tym korzystania z telefonów komórkowych w sposób niezakłócający innym spokoju),
e) stosowania się do innych zaleceń, m.in. nakazów i zakazów Dyrektora Szpitala lub upoważnionego przez niego lekarza wydanych w szczególności w oparciu o art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów (w tym w celu zapewnienia prawidłowego przebiegu procesu leczniczego i terapeutycznego pacjentów) oraz ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala - w przypadku konieczności ograniczenia praw do kontaktu z innymi osobami, przy czym zalecenia powyższe muszą być udostępnione pacjentom w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi.

§ 11

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

§ 12[2]

1. Zasady szczególne obowiązujące w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży stanowią Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Zasady szczególne obowiązujące w Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Osobowości stanowią element kontraktu terapeutycznego, do którego przystępuje pacjent podczas przyjęcia do Oddziału i szczegółowo określone są w tym kontrakcie.
3. Pacjenci na czas pobytu w Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Osobowości tworzą Społeczność Terapeutyczną i wybierają spośród siebie Starostę Oddziału.
4. Starosta Oddziału Dziennego Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Osobowości wybierany jest na okres 1 tygodnia w trakcie zebrania Społeczności.
5. Starosta Oddziału Dziennego Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Osobowości reprezentuje wszystkich pacjentów wobec personelu terapeutycznego.
6. Społeczność Terapeutyczna w Oddziale Dziennym Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Zaburzeń Osobowości układa i realizuje program tygodniowy w Oddziale, a także reguluje problemy pojawiające się w czasie pobytu w Klinice.

§ 13

W celu zapewnienia bezpieczeństwa personel kliniki ma prawo doraźnie kontrolować rzeczy osobiste pacjentów. Kontrola taka dokonywana jest przez dwie osoby po uprzednim zawiadomieniu pacjenta i w jego obecności.

[2] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

**Prawa pacjenta**

§ 14

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 15

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,

- ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
- chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).

2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 18

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w szczególności małżonkom, przedstawicielowi ustawowemu /w tym rodzicom/, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 19

1. Prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 20

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 21

Przyjęcia planowe odbywają się w dni robocze w godz. 07.35 - 14.00 w Izbie Przyjęć Psychiatrii. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w poniedziałki, środy i piątki w godz. 08.00-15.00, we wtorki w godz. 08.00 - 18.00, oraz w czwartki w godz. 08.00 - 19.00.

§ 22

1. Harmonogram dnia w Oddziałach:
   06.00 – 07.00 dokonywanie pomiaru temperatury, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych u pacjentów tego wymagających,

| | |
|---|---|
| 07.00 – 08.00 | gimnastyka, toaleta poranna, zabiegi pielęgnacyjne, czynności porządkowe na salach chorych, |
| 08.00 – 10.00 | śniadanie, przyjmowanie zleconych leków, udział w zabiegach i zajęciach terapeutycznych zgodnie z zaleceniami personelu leczącego, |
| 10.00 – 11.00 | wizyta lekarska, |
| 11.00 – 13.00 | zajęcia terapeutyczne, psychoterapia indywidualna, grupowa, psychoedukacja, badania lekarskie i psychologiczne, zebrania społeczności |
| 13.00 – 14.00 | obiad, przyjmowanie zleconych leków, |
| 14.00 – 17.00 | zajęcia terapeutyczne, spacer, zajęcia indywidualne, |
| 17.00 – 18.00 | kolacja, |
| 18.00 – 19.00 | zajęcia indywidualne i grupowe, |
| 19.00 – 20.00 | wizyta lekarska, |
| 20.00 – 21.30 | przyjmowanie leków, czynności pielęgnacyjne, toaleta wieczorna, |
| 22.00 – 06.00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w I Klinice Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 23

1. Wypisywanie pacjentów odbywa w dni robocze od godz. 10.00 do 14.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - kartę informacyjną zawierającą rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.[3]

[3] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

**Załącznik Nr 1**
do Regulaminu Wewnętrznego I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii
i Wczesnej Interwencji USK Nr 1 w Lublinie

## Zasady szczególne obowiązujące w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji

1. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów obowiązuje zakaz posiadania przez pacjentów Oddziału:
   a) jakichkolwiek leków i suplementów diety, w tym maści, witamin, czy kropli (jeśli podczas przyjęcia pacjent posiada leki/suplementy powinny być one zabrane przez rodzinę, natomiast jeśli przy przyjęciu nie ma rodziny leki/suplementy podpisane imieniem i nazwiskiem pacjenta są pozostawiane w depozycie i zwracane rodzinie/przedstawicielowi ustawowemu przy najbliższej wizycie; leki przeterminowane, trudne do zidentyfikowania, przesypane do innych niż oryginalne opakowań będą utylizowane zgodnie z odpowiednią procedurą szpitala),
   b) pasków, przewodów, szelek, „smyczy", długich wisiorków, kolczyków, słuchawek przewodowych, krawatów, obuwia z długimi sznurówkami, ubrań z tasiemkami i innymi podobnymi elementami (jeżeli niemożliwe jest usunięcie tasiemki lub innych długich elementów z odzieży zostanie ona zwrócona rodzinie lub umieszczona w depozycie) oraz innych podobnych rzeczy,
   c) słoików, szklanych butelek, szklanek ze „zwykłego" szkła, nożyczek ani noża (dozwolone posiadanie sztućców i naczyń plastikowych),
   d) lusterek, ostrych przyborów kosmetycznych, kosmetyków w sprayu, maszynek do golenia (dozwolone środki do depilacji to kremy lub plastry); wskazane w pierwszym zdaniu przedmioty mogą być za zgodą lekarza przynoszone przez rodzinę podczas wizyty i używane pod jej nadzorem, po czym zabierane przez rodzinę lub pozostawiane w depozycie; istnieje również możliwość wydawania powyższych przedmiotów pacjentowi i używania ich pod nadzorem personelu, za zgodą lekarza; zakazuje się wyrzucania zużytych golarek do kosza na śmieci - należy oddać je pielęgniarce; pielęgniarka obowiązana jest każdorazowo sprawdzić, czy w koszach nie pozostawiono golarek, a w przypadku ich stwierdzenia – usunąć je).

2. Z uwagi na konieczność zapewnienia właściwego procesu terapeutycznego oraz w celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów zabrania się w Oddziale:
   a) posiadania i używania jakichkolwiek urządzeń rejestrujących dźwięk i obraz oraz wszelkich urządzeń mogących nawiązywać połączenie z internetem (w przypadku posiadania takich urządzeń pacjent oddaje je do depozytu, zaś zwrot następuje w dniu wypisu ze szpitala; za wszelkie treści nagrywane, filmowane i upubliczniane przez pacjenta odpowiedzialność ponosi pacjent i/lub jego przedstawiciele ustawowi); istnieje możliwość posiadania modeli telefonów bez funkcji pozwalających na rejestrowanie obrazu i dźwięku i nawiązywania połączenia z internetem; w celu realizacji prawa do kontaktów z innymi osobami pacjenci mają możliwość nieodpłatnego korzystania z ogólnodostępnego aparatu telefonicznego zainstalowanego na terenie Oddziału,
   b) posiadania i używania jakichkolwiek używek, w tym alkoholu, papierosów, substancji psychoaktywnych, wszelkiego rodzaju środków odurzających oraz przebywania na terenie Oddziału pod ich wpływem.

3. W celu zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz osób trzecich (np. innych pacjentów, personelu) lekarz/pielęgniarka ma prawo:
   a) kontrolowania rzeczy osobistych pacjenta oraz odebrania i umieszczania w depozycie każdej rzeczy uznanej za potencjalnie niebezpieczną (kontrola taka może być zarządzona przez Dyrektora Szpitala lub upoważnionego przez niego lekarza i musi odbywać się dwuosobowo, z poszanowaniem praw pacjenta, po uprzednim uprzedzeniu oraz podjęciu próby uzyskania zgody pacjenta i w obecności pacjenta; czynność przeszukania wraz ze szczegółowym wskazaniem okoliczności oraz podjętych czynności, musi być dokładnie opisana w dokumentacji medycznej pacjenta),
   b) niewyrażenia lub cofnięcia zgody na wyjścia pacjenta poza oddział w sytuacjach wzbudzających podejrzenie zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa albo nieprzestrzegania regulaminu lub podpisanych kontraktów.

4. Pacjenci podlegający obowiązkowi szkolnemu mogą być zwolnieni z obowiązku uczestnictwa w lekcjach i zajęciach świetlicowych tylko w uzasadnionych przypadkach określonych przez lekarza (zwolnienie takie musi być zamieszczone w dokumentacji medycznej pacjenta).

5. Odwiedziny odbywają się codziennie w godzinach od 08.00 do 18.30 (z wyłączeniem przypadków szczególnych). Lekarz/pielęgniarka ma możliwość przerwania, uniemożliwienia wizyty lub wstrzymania odwiedzin w sytuacjach wzbudzających podejrzenie zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa pacjenta lub innych osób.

6. Powyższe zasady obowiązują do odwołania.

**Załącznik Nr 21**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# II KLINIKI PSYCHIATRII I REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności II Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej jest zapewnienie pacjentom poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

§ 2

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje p.o. Kierownika Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa, która współpracuje również z pracownikami firmy sprzątającej oraz pracownikami firmy ochroniarskiej.

§ 3

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
   a. Oddział Ogólnopsychiatryczny II,
   b. Oddział Sądowo-Psychiatryczny.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Zespole Poradni Psychiatrycznych – Poradni Psychiatrycznej.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania lub postanowienia sądu lub prokuratora o hospitalizacji.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Pacjenci przyjmowani są do Oddziałów Ogólnopsychiatrycznych w miarę posiadanych wolnych miejsc.
4. Kolejka oczekujących na przyjęcie prowadzona jest w Izbie Przyjęć Szpitala, a kwalifikacje i weryfikacja kolejki następują po tzw. wizytach gabinetowych w poniedziałek i wtorek każdego tygodnia.

§ 5

1. W II Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz w oparciu o obowiązujące w USK Nr 1 w Lublinie procedury.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

§ 6

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 17.00.

2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 7

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 8

1. Dostarczenie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.
2. Nie jest dopuszczalne dostarczenie dodatkowych leków pacjentom bez porozumienia z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 9

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych, przez osoby nieuprawnione.

§ 10

Pacjenci zobowiązaniu są do:
- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzeganie ciszy i zachowania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzającej nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 11

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

§ 12

W celu zapewnienia bezpieczeństwa personel kliniki ma prawo doraźnie kontrolować rzeczy osobiste pacjentów. Czynności kontrolne podejmowane są w obecności Pacjenta i po jego wcześniejszym poinformowaniu.

**Przepisy szczególne dotyczące pacjentów Oddziału Sądowo-Psychiatrycznego**

§ 13

W stosunku do pacjentów hospitalizowanych w trybie wykonywania środków zabezpieczających stosuje się ponadto regulamin organizacyjno-porządkowy wykonywania środków zabezpieczających określony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających i wykonywania środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu).

§ 14

1. W stosunku do pacjentów hospitalizowanych w trybie skierowania na badania psychiatryczne połączone z obserwacją tymczasowo aresztowanych prawo do korespondencji, kontaktów telefonicznych, odwiedzin, otrzymywania paczek i dokonywania zakupów podlega ograniczeniom, wynikających z tymczasowego aresztowania, w szczególności zabronione jest:

a) przekazywanie korespondencji do i od pacjentów tymczasowo aresztowanych za wyjątkiem korespondencji do i od jednostki prowadzącej postępowanie,
b) posiadanie i korzystanie z telefonów komórkowych,
c) kontaktowanie się z osobami badanymi ambulatoryjnie oraz pacjentami z innych oddziałów.

2. W stosunku do pacjentów hospitalizowanych w trybie skierowania na badania psychiatryczne połączone z obserwacją odbywających karę pozbawienia wolności prawo do korespondencji, kontaktów telefonicznych, odwiedzin, otrzymywania paczek i dokonywania zakupów podlega ograniczeniom, wynikających z odbywania kary pozbawienia wolności w szczególności:

a) zabronione jest kontaktowanie się z osobami badanymi ambulatoryjnie oraz pacjentami z innych oddziałów,
b) odwiedziny rodziny i osób bliskich odbywają się za wiedzą i pod nadzorem osób uzgodnionych z administracją Zakładu karnego,
c) korespondencja podlega cenzurze osób uzgodnionych z administracją Zakładu karnego,
d) zabronione jest posiadanie i korzystanie z telefonów komórkowych a rozmowy telefoniczne podlegają kontroli osób uzgodnionych z administracja Zakładu karnego.

§ 15

1. Zmiana łóżka może nastąpić za zgodą Pielęgniarki Oddziałowej lub pielęgniarki dyżurnej.
2. Pacjenci internowani mogą korzystać z automatu telefonicznego.
3. Odwiedziny osób tymczasowo aresztowanych odbywają się wyłącznie za zgodą odpowiedniego organu wymiaru sprawiedliwości. Odwiedziny odbywają się w czwartki, niedziele i święta w godz. 10.00 - 13.00.
4. Osoby tymczasowo aresztowane mogą otrzymywać paczki wyłącznie za zgodą organu wymiaru sprawiedliwości. Paczki podlegają kontroli przez wyznaczony personel.

**Prawa pacjenta**

§ 16

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.

2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 17

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (zgoda wyłączna). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 18

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - ubezwłasnowolnioną i niemającą rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźniona umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (zgoda zastępcza).
2. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
3. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przy pacjenta życia lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadku, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile to możliwe, opinii drugiego lekarza w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 19

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent i należy uzyskać zgodę każdego z nich *(zgoda równoległa)*.
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowania postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego

rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 20

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielona jest osobie upoważnionej.

§ 21

1. Pozostałe prawa pacjenta w II Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. II Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel II Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.
4. Personel Kliniki współpracuje z Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w zakresie realizacji jego zadań wynikających z przepisów Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

§ 22

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 23

Przyjęcia planowe odbywają się w dni robocze w godz. 07.35 do 14.00 w Izbie Przyjęć. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane się w poniedziałki, środy i piątki w godz. 08.00 – 15.00, we wtorki w godz. 08.00 – 18.00 oraz w czwartki w godz. 08.00 – 19.00.

§ 24

1. Harmonogram dnia w Oddziałach:

06.00 – 07.00 dokonywanie pomiaru temperatury, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych u pacjentów tego wymagających,

07.00 – 08.00 gimnastyka, toaleta poranna, zabiegi pielęgnacyjne, czynności porządkowe na salach chorych,

08.00 – 10.00 śniadanie, przyjmowanie zleconych leków, udział w zabiegach i zajęciach terapeutycznych zgodnie z zaleceniami personelu leczącego,

10.00 – 11.00 wizyta lekarska,

11.00 – 13.00 zajęcia terapeutyczne, psychoterapia indywidualna, grupowa, psychoedukacja, badania lekarskie i psychologiczne zebrania społeczności,

13.00 – 14.00 obiad, przyjmowanie leków,

14.00 – 17.00 zajęcia terapeutyczne, spacer, zajęcia indywidualne,

17.00 – 18.00 kolacja,

18.00 – 19.00 zajęcia indywidualne i grupowe,

19.00 – 20.00 wizyta lekarska,

20.00 – 21.30 przyjmowanie leków, czynności pielęgnacyjne, toaleta wieczorna,

22.00 – 06.00 cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w II Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 25

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się w dni robocze od godz. 10.00 do 14.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia, - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

# REGULAMIN ORGANIZACYJNO-PORZĄDKOWY WYKONYWANIA ŚRODKÓW ZABEZPIECZAJĄCYCH

§ 1

Przy przyjęciu do zakładu dysponującego warunkami wzmocnionego lub maksymalnego zabezpieczenia osoba, wobec której wykonywany jest środek zabezpieczający:

1) jest informowana o przysługujących jej prawach i obowiązkach;
2) jest poddawana czynnościom mającym na celu jej identyfikację;
3) jest poddawana, przez personel tej samej płci, czynnościom kontrolnym na obecność przedmiotów, których posiadanie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia tej osoby lub innych osób;
4) podaje informacje o posiadanych pieniądzach i przedmiotach wartościowych;
5) oddaje do depozytu dokumenty oraz rzeczy, o których mowa w pkt 3 i 4.

§ 2

1. Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma prawo do:

1) przebywania w warunkach zapewniających higienę, bezpieczeństwo, ochronę przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej oraz ochronę i poszanowanie jej godności osobistej;
2) świadczeń zdrowotnych, opieki psychologicznej i wsparcia socjalnego;
3) wykonywania praktyk i korzystania z posług religijnych;
4) ochrony więzi rodzinnych;
5) wysyłania i otrzymywania korespondencji oraz w przypadku wydzielenia aparatów telefonicznych do użytku dla pacjentów, niekontrolowanych rozmów telefonicznych w godzinach ustalonych przez kierownika zakładu;
6) poszanowania prywatności z ograniczeniami wynikającymi ze specyfiki zakładu;
7) składania próśb, skarg, wniosków i odwołań do organu właściwego do ich rozpatrywania.

2. Korzystanie przez osoby, wobec których realizowany jest środek zabezpieczający, z przysługujących im praw nie może naruszać praw innych osób i zakłócać ustalonego w zakładzie porządku.

§ 3

Osoba, wobec której realizowany jest środek zabezpieczający w warunkach wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia, ma obowiązek:

1) przestrzegać ustalonego w zakładzie regulaminu;
2) przestrzegać zasad współżycia społecznego;
3) przestrzegać zasad bezpieczeństwa na terenie zakładu;
4) stosować się do poleceń personelu;
5) poprawnie traktować inne osoby;
6) dbać o stan zdrowia i higienę osobistą;
7) dbać o kulturę osobistą i kulturę słowa;
8) sprzątać pomieszczenia, w których przebywa, i utrzymywać należyty porządek, chyba że aktualny stan zdrowia to uniemożliwia;
9) uczestniczyć w programach rehabilitacyjno-leczniczych i resocjalizacyjnych zakładu.

§ 4

1. Personel zakładu ma prawo do kontroli rzeczy osobistych, łóżka, szafek i innych mebli oraz przedmiotów.

2. Kontroli, o której mowa w ust.1, dokonują co najmniej dwie osoby spośród personelu; informację o przeprowadzonej kontroli umieszcza się w raporcie pielęgniarskim. W przypadku znalezienia przedmiotów zabronionych niezwłocznie informuje się o tym fakcie lekarza dyżurnego zakładu, a przedmioty te przekazuje się do depozytu.

§ 5

Personel zakładu zobowiązany jest do:
1) dbania o przestrzeganie praw i obowiązków określonych w niniejszym regulaminie;
2) zapewniania prawidłowego procesu leczenia i rehabilitacji;
3) dbania o bezpieczeństwo osób leczonych, personelu i osób odwiedzających;
4) natychmiastowego interweniowania i reagowania w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia osób przebywających w zakładzie;
5) systematycznego uczestniczenia w szkoleniach wewnątrzzakładowych.

§ 6

Zakłady dysponujące wzmocnionymi i maksymalnymi warunkami zabezpieczenia posiadają procedury postępowania na wypadek wystąpienia pożaru, buntu, ucieczki lub innych zagrożeń, uzgodnione z właściwymi jednostkami Policji, straży pożarnej i pogotowia ratunkowego.

§ 7

Odwiedziny pacjentów odbywają się w godzinach wyznaczonych przez kierownika zakładu.

**Załącznik Nr 22**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHIRURGII SZCZĘKOWO - TWARZOWEJ

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

§ 2.

Do podstawowych zadań Kliniki należą:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie i pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i podnoszenie poziomu jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Lekarzy prowadzących sale oraz jego zastępców wyznacza – Kierownik Kliniki – Lekarz Kierujący Oddziałem.
3. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego i niższego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w Oddziale Chirurgii Szczękowo – Twarzowej z salą zabiegową (zlokalizowanym przy al. Solidarności 8) stanowiącym komórkę organizacyjną Kliniki.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chirurgii Szczękowo - Twarzowej, zlokalizowanej przy ul. Staszica 14a.

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania na podstawie skierowania.

§ 6.

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

§ 7.

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 12.00 do 20.00.
2. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.

§ 8.

1. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna może być sprawowana przez rodzinę, osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego. Świadczona opieka jest dobrowolna i sprawowana tylko na życzenie pacjenta i/lub osoby bliskiej i nie ma charakteru przymusu lub obowiązku.
2. Szczegółowy zakres i czas opieki pielęgnacyjnej należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (nie są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub z przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania).
3. Przez opiekę pielęgnacyjną w szczególności rozumie się:
   - zaspokajanie potrzeb emocjonalnych (obecność, wsparcie, przytulanie, głaskanie, czytanie, rozmowa – także w odniesieniu do pacjentów nieprzytomnych),
   - wsparcie psychiczne (towarzyszenie, uspokajanie, wyjaśnianie, troska),
   - pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych (zaprowadzenie do toalety, podanie basenu),
   - toaletę ciała chorego, obcinanie paznokci, golenie, zmiana pielucho-majtek, czesanie, obcinanie włosów, toaleta jamy ustnej, toaleta części intymnych, higiena protez zębowych,
   - pojenie, karmienie lub pomoc przy karmieniu zgodnie ze zleceniami lekarza – z wyjątkiem pacjentów nieprzytomnych i mających problemy z połykaniem,
   - zmianę pozycji ułożenia ciała (siadanie, odwracanie na boki).
4. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. Szczegółowe zasady realizacji dodatkowej opieki pielęgnacyjnej określono brzmieniem Załącznika Nr 74 do Regulaminu Organizacyjnego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie[1]

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 4/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 27 marca 2026 r.

§ 9.

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 10.

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 11.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 12.

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 13.

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 14.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda w formie pisemnej wymagana jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko, według Listy procedur wymagających pisemnej zgody pacjenta obowiązujące w USK 1.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.

3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Jeżeli życzeniem pacjenta jest zapoznanie się z pełną informacją o złym rokowaniu – ma do tego prawo.

§ 15.

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (z*goda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 16.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego

rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 18.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku, gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).*
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 19.

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 20.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 21.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale przez całą dobę, natomiast w poradnia w dni robocze od godz. 8.00-15.00.
2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Klinice prowadzona jest Lista Osób Oczekujących.

§ 22.

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 5.30 - 6.30 | pomiar temperatury,<br>tętna,<br>ciśnienia,<br>pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, |
| 6.30 - 7.30 | toaleta chorych,<br>słanie łóżek,<br>przyjęcie raportu pielęgniarskiego przez zmianę dzienną, |
| 7.30 - 8.15 | śniadanie,<br>podawanie leków doustnych,<br>karmienie chorych,<br>toaleta jamy ustnej po śniadaniu,<br>przygotowanie pacjentów do zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym |
| 8.10 - 8.30 | wizyta lekarska, |
| 8.30 - 9.30 | wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych |
| 9.30 - 12.30 | wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarskich, |

| | |
|---|---|
| | wykonywanie zabiegów diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych,<br>przyjęcie nowych planowych pacjentów w oddział |
| 11.00 - 12.00 | w każdy drugi i czwarty piątek miesiąca edukacja grupowa pacjentów i ich rodzin |
| 12.30 - 13.30 | obiad,<br>podawanie leków doustnych,<br>karmienie chorych, przygotowanie wypisów chorych |
| 14.00 - 17.30 | uzupełnianie dokumentacji pielęgniarskiej,<br>przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych zaplanowanych na dzień następny<br>pomiar temperatury, |
| 17.30 - 18.00 | wieczorna wizyta lekarska |
| 18.00 - 19.30 | kolacja,<br>podawanie leków doustnych<br>karmienie chorych,<br>realizacja zabiegów lekarsko – pielęgniarskich i zleceń godzinowych, toaleta jamy ustnej po kolacji, przyjęcie raportu pielęgniarskiego przez zmianę nocną, |
| 19.30 - 22.00 | wykonywanie godzinowych zleceń lekarsko – pielęgniarskich,<br>toaleta wieczorna, |
| 22.00 - 6.00 | cisza nocna, |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 23.

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 09.00 do 19.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 23**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# KLINIKI HEMATOONKOLOGII I TRANSPLANTACJI SZPIKU

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należą w szczególności:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Podejmowanie działań edukacyjnych w stosunku do pacjenta i jego rodziny oraz promocja zdrowia.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4

1. W skład Kliniki Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku wchodzą:
   1) Oddział Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii,
      - Pracownia Aferez i Manipulacji Komórkowych,
   2) Bank Komórek Krwiotwórczych.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Hematoonkologii oraz Poradni Transplantacji Szpiku.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w poradniach udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, na podstawie skierowania.

§ 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

3. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Oddziale prowadzona jest lista osób oczekujących.

**Przepisy porządkowe**

§ 7

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin z ograniczeniem na czas wizyt lekarskich, badań diagnostycznych i zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych.
2. Odwiedziny nie mogą zaburzać organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
3. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
4. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa hospitalizowanym pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
5. W przypadku odwiedzin pacjentów przez osoby poniżej 16 r.ż. osoby towarzyszące/opiekunowie osób małoletnich zobowiązane są do dbania o ich bezpieczeństwo w trakcie odwiedzin, przestrzeganie ciszy, poleceń personelu oraz prywatności innych pacjentów.
6. Z powodu obniżonej odporności pacjentów hospitalizowanych w oddzielonej śluzą części Oddziału Hematologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii, dedykowanej szeroko rozumianym procedurom transplantacyjnym (piętro 2) oraz oddzielonej części Oddziału zlokalizowanego na 1 piętrze decyzję o odwiedzinach chorego każdorazowo podejmuje lekarz prowadzący.
7. W szczególnych przypadkach związanych z obniżoną odpornością pacjentów możliwym jest ograniczenie odwiedzin celem zapewnienia optymalnego bezpieczeństwa pacjenta.
8. W sytuacji ograniczenia odwiedzin kontakt pacjentów z rodzina/osobami bliskim odbywa się z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Personel zapewnia wsparcie techniczne, słuchawka dla pacjentów znajduje się w dyżurkach pielęgniarek:
   HTS – drugie piętro – nr tel.: 81 531 81 92
   HOI – pierwsze piętro – nr tel.: 81 531 81 91
   HOP – parter – nr tel.: 81 531 81 90.

§ 8

1. Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.
2. W czasie przekazania pacjenta do innych jednostek Szpitala zapewnia się stałą opiekę wykwalifikowanego personelu.

§ 9

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający pracy urządzeń medycznych oraz porządku.

§ 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (z*goda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.

4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w oddziałach i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są we wtorki w godz. od 11.00 do 18.00, w pozostałe dni robocze w godz. od 08.00 do 15.00.
2. Przyjęcia planowe odbywają się w dni robocze w godz. od 07.35 do 14.00 w Izbie Przyjęć Ogólnej przy ul. Staszica 11.

§ 21

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 06:00 – 07:00 | mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, |
| 07:00 – 08:00 | wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, |
| 08:00 – 09:00 | śniadanie, podawanie leków doustnych, karmienie chorych, |
| 09:00 – 12:00 | przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych, wykonywanie zabiegów lekarsko – pielęgniarskich, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wizyty lekarskie, |
| 12:00 – 12:30 | czas wolny dla pacjentów, |
| 12:30 – 13:30 | obiad, podawanie leków doustnych, karmienie chorych, |
| 13:30 – 15:00 | czas wolny dla pacjentów |
| 15:00 – 19:00 | realizacja zabiegów lekarsko- pielęgniarskich, zabiegi pielęgnacyjne, przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych i leczniczych, mierzenie temperatury, podawanie leków doustnych, wizyta wieczorna, |
| 19:00 – 22:00 | wykonywanie zleceń lekarsko–pielęgniarskich, toaleta wieczorna, |
| 22:00 – 06:00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się we wszystkie dni tygodnia.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),

- dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
- wskazówki do dalszego postępowania, w tym informacje dotyczące samoopieki i samopielęgnacji,
- odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
- zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

3. Informacje dotyczące odbioru wyników badań: w przypadku wykonania badań diagnostycznych, których wyniki będą dostępne po wypisie z oddziału w karcie informacyjnej pacjent otrzyma szczegółowa informację o zasadach odbioru wyników. W przypadku otrzymania wyników badań o charakterze krytycznym pacjent będzie poinformowany natychmiast wraz z zaleceniami dalszego postępowania.

**Załącznik Nr 24**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI CHORÓB ZAKAŹNYCH

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Kliniki Chorób Zakaźnych jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko - pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Kliniki należy:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie, leczenie, pielęgnacja metodą „procesu pielęgnowania".
3. Udzielanie kwalifikowanej pomocy w nagłych wypadkach (reanimacja).
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo - zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których zlokalizowana jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu średniego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki, zlokalizowanych przy ul. Staszica 16:
   a. Oddział Chorób Zakaźnych i Hepatologii,
   b. Izba Przyjęć Chorób Zakaźnych.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Chorób Zakaźnych, zlokalizowanej przy ul. Staszica 16, Poradni Diagnostyczno-Leczniczej, zlokalizowanej przy ul. Staszica 11 oraz Poradni Hepatologicznej zlokalizowanej przy ul. Staszica 16.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w Poradni Chorób Zakaźnych udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, skierowania, natomiast w Poradni Diagnostyczno-Leczniczej udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania bez skierowania.

§ 6

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

§ 7

1. Kontakt chorych z osobami odwiedzającymi zapewniony jest przez wideotelefony, w które są wyposażone sale chorych oraz pomieszczenie dla odwiedzających.
2. W szczególnych przypadkach za zgodą Kierownika Kliniki, lekarza dyżurnego i lekarza prowadzącego, kontakt osób odwiedzających z chorym może być bezpośredni, odwiedzający odpowiednio zabezpieczeni w ubranie ochronne mogą wejść do sali chorego.

§ 8

Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.

§ 9

W Oddziale zapewnia się lodówkę do przechowywania żywności.

§ 10

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,
- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin, osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 12

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

§ 13

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody *(zgoda wyłączna).* Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy *(zgoda zastępcza).*
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich *(zgoda równoległa)*.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

## Przepisy szczególne

§ 20

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale i w Izbie Przyjęć przez całą dobę, natomiast w poradniach we wtorek w godzinach 08.00 - 18.00, w pozostałe dni robocze w godzinach 08.00 -14.00.
2. W sytuacji braku miejsc w Klinice Chorób Zakaźnych prowadzona jest lista oczekujących niewymagających przyjęcia w trybie pilnym.

§ 21

1. Harmonogram dnia:

| | |
|---|---|
| 06:00 – 07:00 | mierzenie temperatury, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń, godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, |
| 07:00 – 08:00 | toaleta poranna i ścielenie łóżek, |
| 08:00 – 09:00 | śniadanie, rozdanie leków doustnych, karmienie chorych, |
| 09:00 – 10:00 | obchód lekarski, |
| 10:00 – 12:30 | badania diagnostyczne, zabiegi pielęgniarskie, |
| 12:30 – 13:30 | obiad, rozdanie leków doustnych, |

13:30 – 14:30 wykonywanie zleceń godzinowych,
14:30 – 16:00 cisza poobiednia,
16:00 – 17:00 pomiar temperatur, tętna, ciśnienia, wykonywanie zleceń godzinowych,
17:00 – 17:30 wizyta lekarska,
17:30 – 18:15 wykonywanie zleceń doraźnych,
18:15 – 18:45 kolacja, karmienie chorych, rozdanie leków doustnych,
20:00 – 21:00 toaleta wieczorna,
21:00 – 22:00 wykonywanie zleceń godzinowych,
22:00 – 06:00 cisza nocna.

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się codziennie od godz. 08.00 do 13.00, po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym lub ordynatorem.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 25**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY IZBY PRZYJĘĆ OGÓLNEJ

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Izby Przyjęć Ogólnej jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2.

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności:

- badanie lekarskie chorych zgłaszających się do Szpitala,
- przyjmowanie do Szpitala chorych zakwalifikowanych do hospitalizacji,
- udzielanie pomocy doraźnej chorym, którzy nie zostali zakwalifikowani do leczenia w Szpitalu lub zostali zakwalifikowani do przyjęcia w późniejszym terminie,
- kierowanie do leczenia szpitalnego we właściwych Oddziałach chorych, którzy się do niego kwalifikują a zostali przywiezieni przez zespół ratownictwa medycznego lub zgłosili się we własnym zakresie, w stanie zagrożenia zdrowotnego,
- organizowanie pomocy medycznej w przypadku masowego napływu chorych, rozpoczynanie akcji ratowniczej, powiadamianie personelu o konieczności natychmiastowego przybycia do Szpitala,
- prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Izby Przyjęć Ogólnej sprawuje Kierownik Izby Przyjęć Ogólnej.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4.

Świadczenia zdrowotne udzielane w Izbie Przyjęć Ogólnej są realizowane:

1. W trybie planowym, gdzie pacjenci przyjmowani są do Szpitala na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, po wcześniejszym uzgodnieniu terminu; Przyjęcia pacjentów w trybie planowym odbywają się w godz. 07:00 do 14:35, w Izbie Przyjęć Planowych,
2. W trybie nagłym, gdzie udzielane są świadczenia zdrowotne pacjentom w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego całodobowo.
3. Przyjęcia pacjentów oraz świadczenia zdrowotne udzielane w Izbie Przyjęć odbywają się zgodnie z obowiązująca Procedurą pracy Izby Przyjęć Ogólnej USK Nr 1.

§ 5.

1. W Izbie Przyjęć Ogólnej udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W godzinach zwykłej ordynacji świadczeń udzielają lekarze Izby Przyjęć i lekarze oddziałów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie. W godzinach dyżurowych opiekę nad pacjentami zachowawczymi pełni dyżurny pionu zachowawczego Izby Przyjęć. W przypadku braku lekarza dyżurnego pionu zachowawczego, opiekę nad pacjentami i przejmują lekarze z oddziałów odpowiadających schorzeniu, z jakim zgłosił się pacjent:

- opiekę nad pacjentami Oddziału Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologiii i Geriatrii oraz pacjentami Oddziału Dermatologii i Wenerologii pełni dyżurny Oddziału Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologiii i Geriatrii,
- opiekę nad pacjentami hematologicznymi pełni lekarz dyżurny Oddziału Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii.

2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Przepisy porządkowe**

§ 6.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, a także używania substancji, które znajdują się na liście środków kontrolowanych przez ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii.

§ 7.

1. Pacjenci zobowiązani są do:
   - stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
   - niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
   - zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
   - zachowywania się w sposób niezakłócający prawidłowego przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
   - poszanowania mienia Szpitala znajdującego się na obszarze Izby Przyjęć.
2. Z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów przyjętych w celu udzielenia pomocy medycznej, niedozwolone jest samowolne i bez wiedzy personelu medycznego opuszczanie Izby Przyjęć przez Pacjentów.
3. Z uwagi na obowiązek realizacji Praw Pacjenta (art. 20 ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta) samowolne rejestrowanie obrazu oraz dźwięku urządzeniami nagrywającymi na terenie Izby Przyjęć jest zabronione.

**Prawa pacjenta**

§ 8.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 9.

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, który jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (z*goda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 10.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią, która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   Osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich *(zgoda równoległa).*
5. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
6. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
7. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 11.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym. W zakresie medycznym informacji udziela lekarz, pielęgniarskim – pielęgniarka.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby upoważnionej do danych na temat jego stanu zdrowia i leczenia, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o hospitalizacji pacjenta wraz ze wskazaniem Oddziału, w którym pacjent jest leczony udzielana jest osobom przez niego upoważnionym lub osobom bliskim (w przypadku chorych niezdolnych w chwili przyjęcia do wyrażenia upoważnienia).
4. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.

5. Informacji w formie telefonicznej może zostać udzielona jedynie w wyjątkowych przypadkach – w sytuacji wyższej konieczności, gdy nie ma wątpliwości, że odbiorcą jest osoba upoważniona do uzyskania informacji na temat pacjenta.
6. Na prośbę pacjenta lekarz dyżurny lub pielęgniarka dyżurna powiadamia rodzinę lub najbliższych o jego pobycie w Szpitalu.

§ 12.

1. Pozostałe prawa pacjenta w określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Personel Izby Przyjęć umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami. Treść obowiązującej w Szpitalu Karty Praw Pacjenta jest dostępna dla Pacjentów Izby Przyjęć.
3. Personel Izby Przyjęć sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do poszanowania i przestrzegania praw pacjentów.

§ 13.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

§ 14.

1. Pacjent w Izbie Przyjęć Ogólnej ma prawo do kontaktu z osobami bliskimi.
2. Kontakt osobisty z pacjentem może być ograniczony szczególnymi sytuacjami (zagrożenie epidemiczne, stan innych pacjentów), decyzję podejmuje, adekwatnie do aktualnej sytuacji, lekarz przyjmujący.
3. Odwiedzający z objawami infekcji lub pod wpływem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych zostaną poproszeni o powstrzymanie się od odwiedzin.
4. Osoby małoletnie mogą odwiedzać pacjentów wyłącznie pod nadzorem osoby pełnoletniej.

## Przepisy szczególne

§ 15.

1. Sytuacje problematyczne i kontrowersyjne oraz wnioski na temat procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć Ogólnych rozstrzyga Kierownik/Z-ca Kierownika Izby Przyjęć Ogólnych, a w sprawach nagłych w ramach dyżuru Pierwszy Lekarz Dyżurny Szpitala.
2. Książka przyjęć i odmów Izby Przyjęć Ogólnej jest prowadzona w formie elektronicznej.
3. Zakres informacji na temat pacjentów Szpitala udostępnianych policji reguluje ustawa o działalności leczniczej (art. 28a ust. 2, „Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji").
4. Na podstawie ww. przepisu obowiązek dotyczy udzielenia informacji wyłącznie o przyjęciu – hospitalizacji, poradzie ambulatoryjnej udzielonej osobie zaginionej. W innych sytuacjach informacji mogą zostać udostępnione policji jedynie na pisemne zlecenie sądu lub prokuratury.
5. Każdy przypadek udostępnienia policji informacji na temat pacjenta Szpitala podlega rejestracji. Odnotowane zostają dane takie jak:
   - dane personalne funkcjonariusza policji,
   - jego stopień oraz komisariat, który reprezentuje,
   - numer legitymacji służbowej,
   - dane pacjenta, którego dane zostają udostępnione,
   - powód/cel dla jakiego dane pacjenta służą policji,

- podpis policjanta,
- podpis pielęgniarki/lekarza udzielającego informacji.

Informacji nie udziela się drogą telefoniczną a wyłącznie po osobistym zgłoszeniu się funkcjonariusza policji.

**Załącznik Nr 26**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Zakładu jest udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego oraz promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań naukowo-badawczych i dydaktycznych.

§ 2

Do zadań Zakładu należy:
1. Wykonywane badań diagnostyki obrazowej metodą jądrowego rezonansu magnetycznego.
2. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z aktami prawnymi i procedurami obowiązującymi w USK Nr 1 w Lublinie.
3. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości badań diagnostycznych.
4. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu sprawuje Kierownik Zakładu.
2. Nadzór nad organizacją pracy techników elektroradiologii sprawuje Kierownik Zespołu Techników.
3. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Koordynująca.

§ 4

W ramach działalności Zakładu świadczenia zdrowotne udzielane są w Pracowni Diagnostyki Obrazowej.

§ 5

W Zakładzie wykonywane są badania diagnostyczne z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego.

§ 6

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala oraz pacjentom innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na podstawie skierowania.
2. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie lub za odpłatnością, na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego.

§ 7

1. W Zakładzie udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

§ 8

Za realizację systemu jakości w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej odpowiada Pełnomocnik ds. Pełnomocnik ds. Systemu Jakości w Radiologii.

**Przepisy porządkowe**

§ 9

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 10

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
- zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych.

**Prawa pacjenta**

§ 11

1. Świadczenia udzielane są po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 12

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (z*goda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 13

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo), osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza

rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.

3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.

4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 14

1. Jeżeli pacjent jest osobą: - małoletnią która ukończyła 16 lat, - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).

2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 15

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.

2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).

3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.

4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 16

1. Pozostałe prawa pacjenta w Zakładzie określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.

2. Zakład umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.

3. Personel Zakładu sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 17

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 18

Świadczenia zdrowotne planowe udzielane są od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.00 do 20.00.

§ 19

1. Rejestracja pacjentów odbywa się w sekretariacie Zakładu Diagnostyki Obrazowej od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.30 do 14.30 tel. (81) 534 01 58, (81) 534 00 97, spdo@usk1.pl.
2. W trakcie rejestracji ustalany jest termin badania, który jest odnotowany w systemie Clininet, a pacjent otrzymuje wytyczne do przygotowania się do badania.
3. Wydawanie opisów wyników badań lub zabiegów odbywa się od poniedziałku do piątku od 07.30-14.30.
4. Opisy wyników pacjentów USK Nr 1 w Lublinie (wersja papierowa i nośnik CD) dołączane są do Historii Choroby danego pacjenta bezpośrednio po wykonanej procedurze. Historia Choroby przekazywana jest personelowi oddziału towarzyszącego pacjentowi.
5. Opisy wyników pacjentów ambulatoryjnych (wersja papierowa i nośnik CD) wydawane są pacjentom lub osobom przez nich upoważnionym w terminie ustalonym przez lekarza opisującego badania.

**Załącznik Nr 27**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU RADIOLOGII LEKARSKIEJ

§ 1

Głównym celem działalności Zakładu Radiologii Lekarskiej jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: diagnostyki, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych oraz praca naukowo- badawczą.

§ 2

Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu sprawuje Kierownik Zakładu oraz jego Zastępca, natomiast nadzór nad organizacja pracy personelu średniego Kierownik Zespołu Techników.

§3

1. W Zakładzie Radiologii Lekarskiej wykonywane są badania diagnostyczne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

§ 4

Zakład posiada:

1. Pracownie Radiografii:
   a) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej przy ul. Staszica 16,
   b) Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej przy al. Solidarności 8,
   c) Pracownia Radiografii Cyfrowej,
   d) Pracownia Pantomografii Cyfrowej.
2. Pracownię Tomografii Komputerowej
3. Pracownię USG w Zakładzie Radiologii Lekarskiej
4. Pracownię Mammografii

§ 5

Do podstawowych zadań Zakładu Radiologii Lekarskiej należy w szczególności:

1. Zapewnienie właściwej jakości badań diagnostycznych.
2. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
3. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości diagnostyki.
4. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
5. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
6. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 6

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Badania diagnostyczne w Zakładzie wykonywane są u pacjentów Klinik i Przychodni Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie na podstawie skierowania wystawionego przez lekarzy USK Nr 1.
2. Badania diagnostyczne u pacjentów kierowanych z innych jednostek opieki medycznej wykonywane są zgodnie z oddzielną umową zawartą pomiędzy USK Nr 1 w Lublinie a daną jednostką, na podstawie skierowań wystawionych przez uprawnione osoby.
3. Przesiewowe badania mammograficzne są wykonywane bez skierowania u pacjentek spełniających kryteria programów finansowanych przez NFZ określonych w oddzielnej umowie lub w ramach programów

finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z warunkami zawieranych okresowo kontraktów.

§ 7

1. Prawa pacjenta w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie określa Karta Praw Pacjenta.
2. Zakład umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami.
3. Personel Zakładu sprawujący opiekę nad pacjentem w trakcie badania zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjenta oraz udzielania pacjentowi informacji w zakresie przysługujących mu praw.

§ 8

Rejestracja na badania diagnostyczne:

1. Zdjęcia rentgenowskie wykonywane są bez wcześniejszej rejestracji.
2. Tomografia Komputerowa – rejestracja codziennie w dni robocze od $8^{00}$ do $18^{00}$ w rejestracji Tomografii Komputerowej lub telefonicznie **(81) 53 49 790**.
3. Ultrasonografia, wykonywana w pracowniach przy ul. Staszica 16– rejestracja codziennie w dni robocze od $8^{00}$ do $14^{00}$ w sekretariacie lub telefonicznie **(81) 53 21 084**.
   Ultrasonografia (pracownia przy ul. Langiewicza 6A) rejestracja codziennie w dni robocze od $8^{00}$ do $14^{00}$ w rejestracji poradni lub telefonicznie od godz. $9^{00}$ pod numerami **81-52-478-20** lub **81-52-478-35**.
4. Badania mammograficzne - rejestracja codziennie w dni robocze od $8^{00}$ do $14^{00}$ w rejestracji przy ul. Radziwiłłowskiej 13 lub telefonicznie od godz. $9^{00}$ pod numerem **81-52-478-35**.
5. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie prowadzona jest lista osób oczekujących.

§ 9

1. Na badania pacjent winien się zgłosić z ważnym skierowaniem.
2. Na badania wymagające wcześniejszej rejestracji pacjent zgłasza się w terminie wyznaczonym podczas rejestracji.
3. Na badania pacjent zgłasza się przygotowany do badania (szczegółowy opis przygotowania pacjenta do badania w regulaminie każdej pracowni)

§ 10

Wydawanie wyników zdjęć RTG (wykonane w pracowniach przy ul. Staszica 16 i ul. Staszica 11) odbywa się w sekretariacie w dni robocze w godzinach od $8^{00}$ do $14^{00}$

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów USK Nr1 obejmujące dokumentację zdjęciową i opis wydawane są jednostkom kierującym.
2. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

Wydawanie wyników Tomografii Komputerowej odbywa się w rejestracji Tomografii Komputerowej w dni robocze w godzinach od $8^{30}$ do $18^{00}$

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów USK Nr 1 obejmujące dokumentacje zdjęciową i opis wydawane są jednostkom kierującym.
2. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

Wydawanie wyników zdjęć RTG (wykonane w pracowni przy ul. Langiewicza 6A) odbywa się w dni robocze w godzinach od $8^{30}$ do 18 w rejestracji.

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

Wydawanie wyników badań mammograficznych odbywa się w rejestracji w dni robocze w godzinach $8^{00}$ - $14^{00}$

1. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów USK Nr1 obejmujące dokumentację zdjęciową i opis wydawane są jednostkom kierującym.
2. Wyniki badań diagnostycznych pacjentów ambulatoryjnych wydawane są pacjentom osobiście lub osobom posiadającym pisemne upoważnienie osoby badanej.

§ 11

Świadczenia diagnostyczne udzielane w Zakładzie Radiologii Lekarskiej wykonywane są przez całą dobę:
1. W godz. $7^{00}$- $14^{35}$ w pełnym zakresie, we wszystkich pracowniach,
2. W godz. $13^{25}$- $21^{00}$ w niepełnym zakresie, w wybranych pracowniach,
3. W godz. $20^{00}$- $8^{00}$ w systemie pracy dyżurowej diagnostyki pacjentów kierowanych z Izb Przyjęć i Oddziałów Klinicznych.

§ 12

Na każdym etapie udzielanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i pielęgniarki, lekarz informuje pacjenta o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych.

§ 13

Dzienny harmonogram pracy:

$7^{00}$- $14^{35}$

1. Pracownia Radiografii Cyfrowej nr 1 (Staszica 16) – wykonywanie zdjęć rentgenowskich u pacjentów Klinik i Oddziałów USK Nr1, Poradni Specjalistycznych USK Nr 1, Izb Przyjęć USK Nr 1, oraz jednostek opieki medycznej z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
2. Zdjęcia wykonywane poza Zakładem (na Oddziałach klinicznych USK Nr 1 w Lublinie) – zdjęcia przy łóżku pacjenta
3. Pracownia Tomografii Komputerowej (Tomograf GE VCT) – wykonywanie badań TK u pacjentów Klinik i Oddziałów USK Nr 1, Poradni Specjalistycznych USK Nr1, Izb Przyjęć USK Nr 1 w Lublinie, oraz jednostek opieki medycznej z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
4. Pracownia Radiografii Cyfrowej nr 2 (Staszica 11) – wykonywanie zdjęć rentgenowskich u pacjentów Klinik i Oddziałów, Poradni Specjalistycznych, Izb Przyjęć USK Nr 1 w Lublinie.
5. Zdjęcia wykonywane poza Zakładem (na Oddziałach klinicznych USK Nr 1 w Lublinie) – zdjęcia przy łóżku pacjenta.
6. Pracownia Mammografii – wykonywanie zdjęć RTG piersi u pacjentek Klinik i Oddziałów, Przychodni Specjalistycznych USK Nr 1 w Lublinie, jednostek opieki medycznej z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę, oraz w ramach programów przesiewowych.
7. Pracownia Radiografii (pracownia Kliniki Chorób Zakaźnych) wykonywanie zdjęć u pacjentów Kliniki i Izby Przyjęć Chorób zakaźnych USK Nr1.

$7^{30}$-$18^{00}$

1. Pracownia Ultrasonografii (Staszica 16) – wykonywanie badań USG radiologicznych u pacjentów Klinik i Oddziałów USK Nr 1, Poradni Specjalistycznych USK Nr 1, Izb Przyjęć, oraz jednostek opieki medycznej z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
2. Pracownia Pantomografii (Staszica 11) – wykonywanie zdjęć u pacjentów Izb Przyjęć USK Nr 1, Klinik i Oddziałów USK Nr 1, Przychodni Specjalistycznych USK Nr1.

$8^{00}$- $13^{00}$

1. Pracownia Ultrasonografii (Langiewicza 6A) – wykonywanie badań USG radiologicznych u pacjentów Poradni Specjalistycznych USK Nr 1 w Lublinie.

$13^{25}$-$21^{00}$

1. Pracownia Radiografii Cyfrowej nr 1 (Staszica 16) – wykonywanie zdjęć rentgenowskich u pacjentów Klinik i Oddziałów, Izb Przyjęć USK Nr 1 w Lublinie, oraz jednostek opieki medycznej z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę.
2. Zdjęcia wykonywane poza Zakładem (na Oddziałach klinicznych USK Nr1) – zdjęcia przy łóżku pacjenta.
3. Tomografia Komputerowa (Tomograf GE VCT) – w ramach zmiany popołudniowej, wyznaczanej przez Kierownika Zakładu, wykonywanie badań TK u pacjentów Poradni Specjalistycznych USK Nr1, z innych jednostek opieki medycznej, które posiadają odrębną umowę z NFZ na badania Kosztochłonne, oraz jednostek opieki medycznej z którymi szpital ma zawartą oddzielną umowę, Izb Przyjęć, oraz przypadkach zagrażających życiu pacjentów Klinik i Oddziałów USK Nr1

$20^{00}$-$8^{00}$ – praca w systemie dyżurowym

1. Pracownia Radiografii Cyfrowej nr 1 – wykonywanie zdjęć u pacjentów Izb Przyjęć USK Nr 1 oraz przypadkach zagrażających życiu pacjentów Klinik i Oddziałów USK Nr 1.
2. Zdjęcia wykonywane poza Zakładem – zdjęcia przy łóżku pacjenta.
3. Pracownia Tomografii Komputerowej – wykonywanie badań TK u pacjentów Izb Przyjęć USK Nr 1 w Lublinie oraz w przypadkach zagrażających życiu pacjentów Klinik i Oddziałów USK Nr 1 w Lublinie.
4. Pracownia Ultrasonografii – wykonywanie badań USG u pacjentów Izb Przyjęć USK Nr 1 oraz w przypadkach zagrażających życiu pacjentów Klinik i Oddziałów USK Nr1.

§ 14

Pacjenci zobowiązani są do:

1. Stosowania się do wszelkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i techników elektroradiologii.
2. Przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym chorym.
3. Zasad poszanowania pracowników Szpitala i innych pacjentów.
4. Poszanowania mienia będącego własnością Szpitala i ponoszenia odpowiedzialności za szkody powstałe z ich winy.
5. Przyczyniania się do utrzymania porządku w Szpitalu.

Zabrania się:

1. Wnoszenia i spożywania na teren Szpitala napojów alkoholowych.
2. Palenia tytoniu w pomieszczeniach Szpitala.
3. Manipulowania przy aparatach i urządzeniach medycznych.
4. Korzystania z telefonu w sposób zakłócający porządek w Szpitalu oraz przebieg badania diagnostycznego.

§ 15

Za ochronę radiologiczną w Zakładzie jest odpowiedzialny Inspektor Ochrony Radiologicznej, który opracowuje instrukcje ochrony radiologicznej, prowadzi okresową kontrolę dozymetryczną oraz prowadzi nadzór nad indywidualnymi środkami ochrony radiologicznej.

§ 16

Za realizację systemu jakości w Zakładzie Radiologii Lekarskiej odpowiada Pełnomocnik ds. Systemu Jakości w Radiologii powołany zarządzeniem Dyrektora USK Nr 1.

§ 17

Każda pracownia diagnostyczna posiada swój regulamin zatwierdzony przez Kierownika Zakładu.

§ 18

Pracownicy Zakładu są zobowiązani do przestrzegania regulaminu oraz instrukcji obsługi urządzeń i przestrzegania zasad ochrony radiologicznej.

**Załącznik Nr 28**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# ZAKŁADU DIAGNOSTYKI I TERAPII ENDOSKOPOWEJ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Zakładu jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2

Do podstawowych zadań Zakładu należy w szczególności wykonywania badań diagnostycznych i zabiegów endoskopowych, również z wykorzystaniem promieniowania jonizującego zgodnie z obowiązującymi procedurami.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu sprawuje Kierownik Zakładu.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są pacjentom jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala oraz pacjentom innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na podstawie skierowania.
2. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie lub za odpłatnością, na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego.

§ 5

1. W Zakładzie udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

## Przepisy porządkowe

§ 6

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 7

Pacjenci zobowiązani są do:
- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
- zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych.

## Prawa pacjenta

§ 8

1. Świadczenia udziela się po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 9

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego,

   po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 10

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty

przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.

3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 11

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).*
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 12

1. Pozostałe prawa pacjenta w Zakładzie określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Zakład umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Zakładu sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 13

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 14

Świadczenie zdrowotne udzielane są w Zakładzie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 15.05.

§ 15

1. Przyjmowanie chorych do badań i zabiegów endoskopowych odbywa się planowo, według planu uzgodnionego z Lekarzami i Oddziałowymi poszczególnych Oddziałów i poszczególnymi pacjentami ambulatoryjnymi.
2. Niezależnie od ustalonej planem liczby badań dziennych należy poddać badaniu wszystkich chorych, u których wystąpiła nagła potrzeba wykonania badania.
3. Do badania lub zabiegu endoskopowego pacjent jest ostatecznie zakwalifikowany przez lekarza - endoskopistę wykonującego daną procedurę, po uzyskaniu pisemnej świadomej zgody pacjenta.
4. Opisy badań dokonywane są przez lekarza – endoskopistę na bieżąco i wydawane pacjentom (dołączane do dokumentacji szpitalnej) bezpośrednio po badaniu.

**Załącznik Nr 29**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie diagnostyki bakteriologicznej, mikologicznej, wirusologicznej i serologii chorób zakaźnych.

§ 2

Nadzór merytoryczny i organizacyjny nad całym Zakładem Diagnostyki Mikrobiologicznej pełni Kierownik, natomiast w przypadku nieobecności Kierownika – Zastępca Kierownika.

§ 3

1. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej zapewnia szeroki zakres badań mikrobiologicznych (diagnostyka bakteriologiczna, mikologiczna, wirusologiczna, parazytologiczna i serologii chorób zakaźnych) świadczonych w oparciu o aktualną wiedzę oraz najnowsze, obowiązujące standardy medyczne.

2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą również do realizacji zadań dydaktycznych dotyczących zarówno studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie jak i absolwentów, czy specjalizantów.

3. Lista prowadzonych badań mikrobiologicznych jest co najmniej raz w roku aktualizowana i zatwierdzana przez Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie.

§ 4

Do podstawowym zadań Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej należy w szczególności:

- Zapewnienie właściwej jakości i wiarygodności badań z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej.
- Uczestnictwo Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej zarówno w kontroli wewnątrzlaboratoryjnej jak i zewnątrzlaboratoryjnej.
- Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
- Monitorowanie i ciągła poprawa jakości procesu diagnostycznego.
- Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
- Ścisła współpraca z Klinikami, Przychodniami USK Nr 1 w Lublinie oraz jednostkami opieki zdrowotnej posiadającymi umowę zawartą z USK Nr 1 w Lublinie.

§ 5

1. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej posiada:

Przy ulicy Stanisława Staszica 11:

- Pracownię bakteriologiczną
- Pracownię serologiczną
- Punkt przyjmowania materiału biologicznego i wydawania wyników
- Odrębnie wydzieloną jednostkę – Pracownię Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową (PDMiCHPDP) wraz z punktem pobrań, przyjmowania materiału biologicznego oraz wydawania wyników.

Przy ulicy Stanisława Staszica 16 (przy Klinice Chorób Zakaźnych):

- Pracownię biologii molekularnej wraz z punktem przyjmowania materiału biologicznego i wydawania wyników.

§ 6

Nad realizacją i przestrzeganiem obowiązujących standardów medycznych oraz sprawnym funkcjonowaniem systemu jakości w zakresie diagnostyki mikrobiologicznej czuwa osoba pełniąca funkcję Pełnomocnika ds. Zarządzania Jakością w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej.

**Prawa pacjenta**

§ 7

1. Prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego USK Nr 1 w Lublinie.
2. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej umożliwia pacjentowi zapoznanie się z przysługującymi mu prawami.
3. Wszyscy pracownicy Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej znają i przestrzegają prawa pacjenta, a ponadto zobowiązani są do udzielania pacjentowi informacji w zakresie przysługujących mu praw.

**Przepisy szczególne**

§ 8

1. Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych ustalany i aktualizowany jest na bieżąco przez Kierownika Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej, po uzyskaniu akceptacji Dyrektora USK Nr 1 w Lublinie.
2. Organizacja czasu pracy w Zakładzie dostępna jest na stronie internetowej Szpitala.

§ 9

Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej wykonuje mikrobiologiczne badania diagnostyczne dla pacjentów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie na podstawie prawidłowo wypełnionego przez lekarzy USK Nr 1 w Lublinie skierowania bądź to w formie elektronicznej (e-skierowanie), bądź papierowej.

2. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej wykonuje mikrobiologiczne badania diagnostyczne dla pacjentów Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ mieszczących się przy ul. Mariana Langiewicza 6A

w Lublinie na podstawie prawidłowo wypełnionego przez lekarzy w/w Zespołu Poradni skierowania w formie elektronicznej (e-skierowania) bądź papierowej.

3. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej wykonuje mikrobiologiczne badania diagnostyczne dla pacjentów kierowanych z innych jednostek opieki zdrowotnej zgodnie z oddzielną umową zawartą pomiędzy USK Nr 1 w Lublinie, a daną jednostką na podstawie skierowań wystawionych przez osoby do tego upoważnione.

4. Mikrobiologiczne badania diagnostyczne u pacjentów posiadających skierowanie na badanie wystawione przez osoby do tego upoważnione, lecz nie będące skierowaniem z USK Nr 1 w Lublinie ani z jednostki mającej zawartą odrębną umowę z USK Nr 1 w Lublinie, wykonywane są odpłatnie.

5. Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej świadczy również odpłatnie mikrobiologiczne badania diagnostyczne dla pacjentów nieposiadających skierowania lekarskiego. Opłata, zgodnie z cennikiem badań diagnostycznych corocznie aktualizowanym i akceptowanym przez Dyrektora USK nr 1 w Lublinie, pobierana jest w kasie USK Nr 1 w Lublinie.

a) W pracowniach Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej przy ulicy Staszica 11, z uwagi na brak punktu pobrań materiału do badań, badania odpłatne, wykonywane są po dostarczeniu materiału diagnostycznego w odpowiednim sterylnym podłożu transportowym lub sterylnym pojemniku nabytym w aptece lub otrzymanym wcześniej w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej z okazaniem dowodu tożsamości pacjenta. W przypadku badań wymagających pobrania krwi pacjent jest kierowany do Punktu Pobrań Działu Diagnostyki Laboratoryjnej przy ul. Staszica 16. O formie pobrania materiału i dostarczenia go do Zakładu pacjent instruowany jest przez pracownika Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej.

b) W Pracowni Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową materiał diagnostyczny do badań odpłatnych pobierany jest w punkcie pobrań znajdującym się przy Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej przy ulicy Staszica 11 w Lublinie.

§ 10

1. Pobieranie materiału biologicznego do badania, jego transport lub ewentualne zabezpieczenie przeprowadzane jest zgodnie z obowiązującymi w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie procedurami ogólnymi.

   Materiał do badań mikrobiologicznych przeznaczonych do badań w trybie rutynowym oraz na cito jest dostarczany do Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej przez osoby do tego upoważnione, zgodnie z Procedurą Ogólną „Transport materiału do badań mikrobiologicznych".

   Pracownia Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową pobiera materiał biologiczny do badań diagnostycznych w punkcie pobrań mieszczącym się przy Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej przy ulicy Staszica 11 w Lublinie.

   Materiał biologiczny pobrany na oddziale szpitalnym od pacjentów hospitalizowanych dostarczany jest do Pracowni od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 14:00.

   Do Pracowni Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową pacjent zgłasza się przygotowany do badania, poinformowany wcześniej o jego przebiegu przez lekarza lub

pracownika PDMiCHPDP (zgodnie z obowiązującą procedurą „Pobieranie materiału do badań mikrobiologicznych").

§ 11

1. Wersja elektroniczna wyniku jest dostępna w systemie Clininet zaraz po odprawieniu przez asystenta wyniku w systemie Lab3000. Pod koniec dnia asystent podpisuje formularz HL7 CDA wyniku.

2. Wydawanie wyników badań w formie papierowej odbywa się w punkcie przyjmowania materiału biologicznego i wydawania wyników w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej. Wyniki badań pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych w USK Nr 1 w Lublinie przekazywane są gońcom szpitalnym po dokonaniu wpisu odbioru w zeszycie ,,Wydawania Wyników" w godzinach 8:00 – 14:00. Listy osób upoważnionych do odbioru wyników znajdują się w Gabinecie Kierownika oraz w Punkcie przyjęć materiału biologicznego i wydawania wyników.

3. Wyniki badań pacjentów wykonujących je odpłatnie wydawane są pacjentom osobiście bądź osobie upoważnionej po okazaniu odpowiedniego upoważnienia.

4. W szczególnych przypadkach pracownik Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej może udzielić pacjentowi, wykonującemu badanie odpłatne, telefonicznej informacji dotyczącej wyniku badania, po weryfikacji danych pacjenta (zgodnie z Kartą Praw Pacjenta).

5. W przypadku gdy pacjent nie może osobiście odebrać wyniku badania wykonywanego odpłatnie w ZDM, istnieje możliwość przesłania wyniku w formie PDF na prywatną pocztę elektroniczną pacjenta po uprzednim uzgodnieniu z pracownikiem Zakładu hasła odbioru.

§ 12

We wszystkich pracowniach Zakładu Diagnostyki Mikrobiologicznej obowiązuje drugi poziom bezpieczeństwa biologicznego (BSL-2) oraz przestrzeganie zasad pracy w warunkach aseptycznych.

§ 13

Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej prowadzi ścisłą współpracę z podwykonawcami wraz z coroczną oceną udzielanych przez nich świadczeń z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej.

**Załącznik Nr 30**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZESPOŁU PORADNI SPECJALISTYCZNYCH I POZ

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, położnej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia.

§ 2

Do podstawowych zadań Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ należy:
1. Udzielane świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.
3. Organizowanie i prowadzenie oświaty zdrowotnej.
4. Orzekanie o zdolności do wykonywania pracy, zawodu lub czasowej niezdolności do pracy.
5. Wykonywanie szczepień ochronnych, zabiegów pielęgniarskich.
6. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.

§ 3

1. Zespołem Poradni Specjalistycznych i POZ (przy ul. Langiewicza) kieruje i nadzoruje pracę Lekarz Kierujący służbowo podległy Z-cy Dyrektora ds. Medycznych, a w razie nieobecności Kierownika wyznaczony przez niego lekarz.
2. Nadzór nad organizacją pracy pielęgniarki i położnej sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 4

Świadczenia zdrowotne udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ:
1. Poradnia Diabetologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
2. Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
3. Poradnia Chirurgii Ogólnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
4. Poradnia Okulistyczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
5. Poradnia Otolaryngologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
6. Poradnia Neurologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
7. Poradnia Położniczo- Ginekologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
8. Poradnia Stomatologiczna (przy ulicy Langiewicza 6A)
9. Poradnia Medycyny Pracy (przy ulicy Langiewicza 6A)
10. Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej (przy ulicy Langiewicza 6A)
11. Pracownia USG (przy ulicy Langiewicza 6A)
12. Pracownia EKG (przy ulicy Langiewicza 6A)
13. Pracownia Fizjoterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
14. Pracownia Fizykoterapii (przy ulicy Langiewicza 6A)
15. Gabinet Pielęgniarki POZ (przy ulicy Langiewicza 6A)
16. Gabinet Położnej POZ (przy ulicy Langiewicza 6A)

17. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy (przy ulicy Langiewicza 6A)
18. Punkt Szczepień (przy ulicy Langiewicza 6A)
19. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Okulistyki (przy ulicy Langiewicza 6A)
20. Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Otolaryngologii (przy ulicy Langiewicza 6A)

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Poradni Położniczo-Ginekologicznej, Poradni Stomatologicznej i Poradni Medycyny Pracy udzielane są bez skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne w Poradniach: Chirurgii Ogólnej, Okulistycznej, Otolaryngologicznej, Neurologicznej udzielane są pacjentom na podstawie skierowania.
3. Świadczenia mogą być udzielane bezpłatnie lub za odpłatnością, na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego.

§ 6

W Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.

**Przepisy porządkowe**

§ 7

Na terenie Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych, ponadto niedozwolone jest jakiekolwiek samodzielne wykonywanie czynności mogących mieć wpływ na stan oraz jakość pracy aparatury i urządzeń medycznych, jak i innych sprzętów technicznych, przez osoby nieuprawnione.

§ 8

Pacjenci zobowiązani są do:
- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek lekarzy, pielęgniarek i innych członków personelu medycznego,
- zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

**Prawa pacjenta**

§ 9

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 10

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (z*goda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 11

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
   - niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo),

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 12

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli, lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 13

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.

2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (*małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).*
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 14

1. Pozostałe prawa pacjenta w Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Zespół Poradni Specjalistycznych i POZ umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

**Przepisy szczególne**

§ 15

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej (przy ul. Langiewicza 6A) w dni powszednie w godzinach od 07:00 do 18:00, natomiast w godz. 18.00 - 07.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta pacjenci mają zapewnione świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ, zgodnie z opisem na tablicy informacyjnej. Każdy ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Zmiana lekarza, pielęgniarki i położnej POZ przysługuje bezpłatnie osobie ubezpieczonej nie częściej niż 3 razy w roku kalendarzowym. W przypadku czwartej i każdej kolejnej zmiany pacjent wnosi opłatę w wysokości 80 zł na rachunek LOW NFZ.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Poradni POZ w dni powszednie w godzinach od 07.00 do 14.35, od godz. 10.25 do 18.00 ww. świadczenia udzielane są w Zespole Poradni Specjalistycznych i POZ przy ul. Langiewicza 6A, natomiast w godz. 18.00 - 07.00 dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta pacjenci mają zapewnione świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ, zgodnie z opisem na tablicy informacyjnej. Każdy ubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ. Zmiana lekarza, pielęgniarki i położnej POZ przysługuje bezpłatnie osobie ubezpieczonej nie częściej niż 3 razy w roku kalendarzowym. W przypadku czwartej i każdej kolejnej zmiany pacjent wnosi opłatę w wysokości 80 zł na rachunek LOW NFZ.
3. Świadczenia zdrowotne w Poradniach: Chirurgii Ogólnej, Okulistycznej, Otolaryngologicznej Neurologicznej, Położniczo- Ginekologicznej, udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy poradni. Harmonogram znajduje się na tablicy informacyjnej.
4. Świadczenia zdrowotne w Poradni Stomatologicznej udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy poradni. Harmonogram znajduje się na tablicy informacyjnej. Świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane są zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych regulowanych przepisami prawa. Świadczenia udzielone przy użyciu materiałów innych niż gwarantowane bądź świadczenia inne niż gwarantowane nie są refundowane przez NFZ – pacjent pokrywa 100% kosztów udzielonego świadczenia.
5. Świadczenia zdrowotne, zabiegi fizjoterapeutyczne w Pracowni Fizjoterapii udzielane są w dni powszednie w godzinach od 07:30 do 17:30 według kolejności zgłoszeń na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, które jest ważne 30 dni od daty wystawienia. Pacjent ma prawo do fizjoterapii w cyklu terapeutycznym do 10 dni zabiegowych, nie więcej niż 5 procedur dziennie.

6. Świadczenia w Pracowniach diagnostyki laboratoryjnej – punkt pobrań, rentgenodiagnostyki ogólnej, USG, audiometrycznej, EKG i spirometrii wykonywane są na podstawie aktualnych skierowań wystawionych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie jest ważne 30 dni od daty wystawienia. Badania diagnostyczne bez skierowania wykonane na prośbę pacjenta są odpłatne na zasadach określonych w cennikach, stanowiących załączniki do regulaminu organizacyjnego (badanie w zakresie rentgenodiagnostyki wykonuje się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza).
7. Świadczenia zdrowotne w Poradni Medycyny Pracy udzielane są przez lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych w trybie odrębnych przepisów, a także lekarzy specjalistów i pielęgniarki medycyny pracy. Badania profilaktyczne przeprowadzane są na podstawie oryginału skierowania wystawionego przez pracodawcę lub inny podmiot według obowiązujących przepisów. Skierowanie powinno zawierać wszystkie niezbędne informacje o występowaniu czynników szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia na stanowisku pracy. W przypadku badań kontrolnych po okresie 30 dniowej absencji w pracy pracownik oprócz skierowania od pracodawcy powinien posiadać zaświadczenie o zakończonym leczeniu od lekarza prowadzącego. Zakres badań pracownika zależy od charakterystyki danego stanowiska pracy. Odpłatność za wykonanie świadczeń profilaktycznych ponosi pracodawca zgodnie z zawartymi z Zakładem umowami.
8. W uzasadnionych przypadkach świadczenia zdrowotne udzielane są w domu pacjenta.

§ 16

1. Rejestracja pacjentów odbywa się osobiście, przez członków rodziny lub telefonicznie, z wyznaczeniem dnia i godziny realizacji świadczenia zdrowotnego.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w dniu zgłoszenia lub w terminie uzgodnionym z pacjentem.

§ 17

1. Lekarze Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ kierują osoby zapisane na swoje listy, do poradni specjalistycznych poprzez wystawienie skierowania na konsultację jednorazową, a gdy wymaga tego proces leczenia - skierowania na leczenie stałe.
2. Lekarze Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ kierują pacjenta na leczenie szpitalne, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty ambulatoryjnie, a konieczność hospitalizacji zostanie uzasadniona na skierowaniu.
3. Skierowanie na konsultację, poradę specjalistyczną lub planowaną hospitalizację, powinno być poprzedzone badaniami diagnostycznymi, uzasadniającymi i uzupełniającymi skierowanie, należącymi do zakresu badań diagnostycznych lekarza POZ.
4. Lekarze Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ mogą kierować pacjentów zdiagnozowanych na zabiegi fizjoterapeutyczne.

**Załącznik Nr 31**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY ZAKŁADU RADIOTERAPII

## Przepisy ogólne

§ 1

Głównym celem działalności Zakładu Radioterapii jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie leczenia napromienianiem w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowych.

§ 2

Do podstawowych zadań Zakładu Radioterapii należy:

1. Zapewnienie właściwej opieki pacjentom napromienianym.
2. Realizowanie napromieniania według aktualnej wiedzy medycznej.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Działalność oświatowo-zdrowotna i promocja zdrowia.

§ 3

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Zakładu Radioterapii sprawuje Kierownik Zakładu Radioterapii - lekarz kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy Pracowni Fizyki Medycznej sprawuje Kierownik Pracowni Fizyki Medycznej.
3. Nadzór nad organizacją pracy zespołu techników elektroradiologii sprawuje Kierownik Zespołu Techników Elektroradiologii.
4. Kierownik Pracowni Fizyki Medycznej i Kierownik Zespołu Techników Elektroradiologii raportują Kierownikowi Zakładu Radioterapii uwagi dotyczące organizacji pracy podległych zespołów.

§ 4

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym są udzielane w:
   a. Pracowni Teleradioterapii i Radioterapii Śródoperacyjnej, obejmuje poziom 0 budynku przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie, mieszczący dwa akcelatory liniowe Versa HD, pracownie tomografii komputerowej, modelarnię oraz pracownię fizyki medycznej;
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są dla pacjentów Oddziału Radioterapii Kliniki Chirurgii Onkologicznej w:
   a. Pracowni Teleradioterapii i Radioterapii Śródoperacyjnej, obejmuje poziom 0 budynku przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie, mieszczący dwa akcelatory liniowe Versa HD, pracownie tomografii komputerowej, modelarnię oraz pracownię fizyki medycznej,
   b. Na Bloku Operacyjnym Sala nr 2 Oddziału Chirurgii Onkologicznej (poziom 1 budynku przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie) mieszczącym akcelerator Mobetron 2000.

§ 5

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i ambulatoryjnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.

2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym i ambulatoryjnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

§ 6

1. W Zakładzie Radioterapii udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

**Przepisy porządkowe**

§ 7

Na terenie Zakładu Radioterapii obowiązuje zakaz palenia tytoniu, spożywania napojów alkoholowych oraz środków psychoaktywnych.

§ 8

Pacjenci zobowiązani są do:

1. Stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Zakładzie.
2. Niewychodzenia poza Zakład bez wiedzy i zgody personelu medycznego w przypadku pacjentów, którym udzielane są świadczenia szpitalne (Zakład Radioterapii nie ponosi odpowiedzialności za pacjentów, którzy samodzielnie i bez zgody opuszczają teren Zakładu).
3. Przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom.

§ 9

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
2. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
3. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
4. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 10

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej w formie pisemnej.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę

upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu pełnej informacji.

§ 11

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody. Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 12

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   a. która nie ukończyła 16 lat,
   b. ubezwłasnowolnioną i niemającą rozeznania,
   c. niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo)

   osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy.
2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 13

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
a. małoletnią, która ukończyła 16 lat,
b. ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
c. chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,

   osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich.
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 14

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku, gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (w szczególności małżonkom, przedstawicielom ustawowym /w tym rodzicom/, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 15

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczegółowe**

§ 16

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Poradni Radioterapii od poniedziałku do piątku w godzinach od 09:00 do 15:00.
2. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Zakładzie Radioterapii od poniedziałku do piątku w godzinach od 07.00 do 15.05.
3. W sytuacji wyłączenia z pracy jednego akceleratora (przeglądy, awarie) napromienianie będzie realizowane na drugim akceleratorze od 7:00 do godz. 20:00.
4. W przypadku ograniczonych możliwości udzielania odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Radioterapii i Poradni Radioterapii prowadzona jest lista osób oczekujących.

§ 17

1. Harmonogram dnia:

a) Zespołu Lekarzy:

- 07:30 – 08:30 – raport lekarski,
- 08:30 – 15:05 – wewnętrzne konsylia Zakładu Radioterapii, przyjmowanie pacjentów pierwszorazowych w Gabinetach Radioterapii, kwalifikacja do napromieniania, działalność dydaktyczna, przygotowanie i realizacja napromieniania pacjentów, kontrola pacjentów napromienianych raz w tygodniu oraz w razie potrzeby, wydawanie wypisów, udział w zewnętrznych konsyliach.
- 10:25 – 18:00 – praca kliniczna w uzasadnionych przypadkach (II zmiana)

b) Zespołu Fizyków:

- 6:00 – 8:00 – dozymetria poranna, w tym pomiary do stereotaksji,
- 8:00 – 15:05 – wykonywanie obowiązków zgodnych z zakresem obowiązków wynikających z charakteru pracy,
- 15:00 – 22:00 – dozymetria wynikająca z przeglądów okresowych akceleratorów oraz weryfikacji systemów planowania leczenia.

Zmiany uwzględnione w grafikach fizyków medycznych:

- 6:00 – 13:35 – pierwsza zmiana,
- 7:30 – 15:05 – druga zmiana,
- 12:00 – 19:35 – trzecia zmiana.

c) Zespołu Techników Elektroradiologii:

- 05:30 – 06:30 – uruchomienie i testy eksploatacyjne akceleratorów Elekta 1, Elekta 2, dozymetria poranna, w tym pomiary do zabiegów stereotaksji (w uzasadnionych przypadkach),
- 7:00 – 14:35 – dozymetria poranna, testy eksploatacyjne (aparaty terapeutyczne Elekta 1, Elekta 2, Tomograf Komputerowy), praca kliniczna,
- 7:30 -15:05 – praca kliniczna,
- 10:25 – 18:00 – praca kliniczna w uzasadnionych przypadkach (II zmiana)

d) pielęgniarki, rejestratorki i sekretarki medyczne:

- 7:00 – 14:35 – pierwsza zmiana,
- 7:30 – 15:05 – druga zmiana,

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizacją pracy w Zakładzie, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

   W przypadku awarii, okresowych przeglądów aparatów oraz weryfikacji systemów planowania leczenia praca Zakładu Radioterapii może być wydłużona do godziny 22:00.

§ 18

1. Wypisy pacjentów po zakończonym leczeniu odbywają się w godzinach od 11.00 do 15.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:

- dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
- dwa egzemplarze karty informacyjnej zawierającej rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
- wskazówki do dalszego postępowania,
- odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia.
- zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 32**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN
# KORZYSTANIA Z POKOI NOCLEGOWYCH DLA PACJENTÓW

## I. Warunki ogólne

1. Regulamin określa warunki korzystania z pokoi noclegowych dla pacjentów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
2. Pokoje są przeznaczone dla pacjentów szpitala, którzy korzystają z leczenia w ramach umowy z NFZ w zakresie chemioterapii w trybie całodobowym lub w ramach świadczeń teleradioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym.
3. Udostępniający pokoje noclegowe zwany jest w dalszej części Regulaminu „Szpitalem", natomiast osoba korzystająca z pokoju zwana jest w dalszej części Regulaminu „Pacjentem".
4. Regulamin dostępny jest w hallu oraz w każdym pokoju noclegowym.
5. Pokoje noclegowe przydzielane są pacjentom na podstawie skierowania lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, zawierającego co najmniej pieczęć jednostki kierującej, datę, pieczęć i podpis lekarza oraz wskazanie okresu, w jakim pacjent będzie uprawniony do korzystania z noclegu.
6. Pokoje noclegowe udostępniane są pacjentom nieodpłatnie wyłącznie w okresie wskazanym w skierowaniu. W pozostałe dni, nieobjęte skierowaniem, pacjenci mają prawo do odpłatnego zakwaterowania, z odpłatnością według stawek określonych w aktualnie obowiązującym w Szpitalu cenniku.
7. Osoby towarzyszące pacjentom są uprawnione wyłącznie do odpłatnego korzystania z pokoi z odpłatnością według stawek określonych w aktualnie obowiązującym w Szpitalu cenniku.
8. Szpital nie gwarantuje dostępności pokoi dla wszystkich pacjentów (pokoje będą udostępniane w zależności od możliwości organizacyjnych szpitala).

## II. O obiekcie

1. Pokoje noclegowe dla pacjentów znajdują się na I piętrze budynku A-13 przy ul. Radziwiłłowskiej 13 w Lublinie. Budynek A-13 w dalszej części Regulaminu jest zwany „Obiektem".
2. W budynku znajduje się winda.
3. W obiekcie funkcjonuje czynna całą dobę portiernia. Portier w szczególności udziela wszelkich informacji związanych z pobytem, obsługuje szatnię, kieruje pacjentów do pokoi, wydaje i odbiera klucze do pokoi, sprawdza stan pokoi podczas opuszczania ich przez pacjentów oraz dba o porządek na terenie obiektu i na terenie posesji.
4. Do dyspozycji pacjentów są pokoje jedno i wieloosobowe.
5. We wszystkich pokojach znajdują się łazienki z dostępem do WC i prysznica.
6. Pokoje wyposażone są w pościel (koc, poduszka, bielizna pościelowa) oraz podstawowe umeblowanie.
7. Do dyspozycji pacjentów jest ogólnodostępna kuchnia wyposażona w talerze, kubki, sztućce oraz lodówkę.

## III. Obowiązki Szpitala

1. Szpital ma obowiązek zapewnić:
   a) warunki całodobowego i nieskrępowanego pobytu pacjentów / osób towarzyszących,
   b) bezpieczeństwo pobytu oraz ochronę danych osobowych pacjentów / osób towarzyszących,
   c) sprzątanie pokoi,
   d) wykonywanie niezbędnych napraw urządzeń znajdujących się w pokojach.
2. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy pozostawione w pokojach przez Pacjentów lub towarzyszące im osoby.
3. Szpital nie ponosi odpowiedzialności z tytułu kradzieży pieniędzy, innych rzeczy, uszkodzenia lub zniszczenia papierów wartościowych, kosztowności albo przedmiotów czy urządzeń elektronicznych należących do Pacjentów lub towarzyszących im osób.

## IV. Odpowiedzialność Pacjentów

1. Pacjent ponosi pełną odpowiedzialność materialną za wszelkie szkody w mieniu Szpitala (w szczególności wszelkiego rodzaju uszkodzenia lub zniszczenia wyposażenia i urządzeń technicznych Szpitala) powstałe na skutek działania lub zaniechania pacjenta, osób mu towarzyszących lub odwiedzających go osób.
2. Szpital zastrzega sobie prawo do obciążenia Pacjenta kosztami naprawienia wszelkich szkód w obiekcie powstałych w związku z jego pobytem (w tym stwierdzonych po jego wyjeździe) i ma prawo dochodzić od Pacjenta odszkodowania do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.
3. W przypadku niezidentyfikowania osoby, która wyrządziła szkodę w mieniu Szpitala znajdującym się w pokoju, odpowiedzialność solidarną ponoszą wszyscy Pacjenci zakwaterowani w pokoju.
4. W przypadku wystąpienia / spowodowania / zauważenia jakichkolwiek usterek lub uszkodzeń w obiekcie (w tym w pokoju), Pacjent jest zobowiązany niezwłocznie poinformować o tym portiera lub pracownika Rejestracji Kliniki.
5. Ze względów bezpieczeństwa Pacjent opuszczający pokój powinien każdorazowo zamknąć okno, zakręcić krany, wyłączyć światło oraz zamknąć drzwi.
6. Pacjent po zakończonym pobycie zwraca niezwłocznie portierowi kartę do drzwi od pokoju.
7. W przypadku zgubienia lub zniszczenia karty do pokoju Pacjent zostanie obciążony dodatkową opłatą związaną z zakupem nowej karty.

## V. Zwrot rzeczy pozostawionych

1. Przedmioty osobiste, pozostawione w pokoju przez wyjeżdżającego Pacjenta, zostaną odesłane na koszt Pacjenta na wskazany adres.
2. W przypadku nieotrzymania od Pacjenta dyspozycji dotyczących odesłania pozostawionych rzeczy zastosowanie znajdują odpowiednie zapisy właściwej procedury w sprawach depozytu obowiązującej w Szpitalu (na dzień sporządzenia niniejszego Regulaminu: *Procedury postępowania z ubraniami i depozytami wartościowych rzeczy pacjentów*). Artykuły spożywcze będą przechowywane przez 24 godziny, po czym wyrzucane.

## VI. Cisza nocna

1. W obiekcie obowiązuje zachowanie ciszy nocnej od godziny 22:00 do godziny 06:00 dnia następnego.
2. Zachowanie Pacjentów i towarzyszących im osób nie powinno zakłócać spokojnego pobytu innych Pacjentów.

## VII. Postanowienia dodatkowe

1. Ze względu na bezpieczeństwo przeciwpożarowe zabrania się w pokoju stosowania otwartego ognia np. świeczek czy urządzeń elektrycznych niestanowiących wyposażenia pokoju.
2. W całym obiekcie i na terenie posesji obowiązuje całkowity zakaz palenia wyrobów tytoniowych.
3. W całym obiekcie i na terenie posesji obowiązuje całkowity zakaz posiadania i zażywania substancji odurzających i psychotropowych.
4. W całym obiekcie i na terenie posesji obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu.
5. Zakazuje się prowadzenia na terenie obiektu i na terenie posesji akwizycji i sprzedaży obnośnej.
6. Pacjent/osoby towarzyszące/odwiedzające mają obowiązek zachowywania się na terenie obiektu w sposób niezakłócający spokojnego pobytu innym osobom (w szczególności zabrania się hałasowania, powodowania nieprzyjemnych zapachów, głośnego prowadzenia rozmów, w tym telefonicznych).
7. Odwiedziny pacjentów mogą odbywać się w godzinach od 07.00 do 20.00. Poza tymi godzinami osoby odwiedzające nie mają prawa do przebywania w obiekcie.
8. Pacjentom nie wolno dokonywać jakichkolwiek zmian w pokojach i ich wyposażeniu poza nieznacznym przestawieniem mebli i wyposażenia, w sposób nienaruszający funkcjonalności pomieszczenia i bezpieczeństwa Pacjentów.
9. Ze względów bezpieczeństwa personel Szpitala ma prawo do sprawdzenia pokoi Pacjentów, jeśli zachodzi podejrzenie złamania Regulaminu, w obecności Pacjenta i bez prawa do dokonywania przeglądania rzeczy osobistych Pacjenta.

**Załącznik Nr 33**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN
# APTEKI SZPITALNEJ

## § 1

**Apteka Szpitalna jest komórką organizacyjną USK Nr 1 podlegającą Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, realizującą następujące zadania:**

1. Zaopatrywanie wszystkich Oddziałów i innych uprawnionych jednostek USK Nr 1 (np. zakłady, poradnie, pracownie) w produkty lecznicze, materiały szewne, materiały opatrunkowe, płyny infuzyjne, preparaty do leczenia żywieniowego, środki dezynfekujące, sterylne wyroby medyczne (w tym materiały, wyroby medyczne wszczepienne) oraz w sporządzone w Aptece Szpitalnej leki recepturowe (po uprzednim sprawdzeniu autentyczności w bazie KOWAL).
2. Dokonywanie zamówień na produkty lecznicze, materiały szewne, materiały opatrunkowe, płyny infuzyjne, preparaty do leczenia żywieniowego, środki dezynfekujące, sterylne wyroby medyczne (w tym materiały, wyroby medyczne wszczepienne) w oparciu o umowy przetargowe oraz w oparciu o procedury poza przetargiem w sytuacjach przewidzianych obowiązującym prawem.
3. Utrzymanie prawidłowego zapasu produktów leczniczych i pozostałego asortymentu w Aptece Szpitalnej oraz ich prawidłowe przechowywanie i zabezpieczenie.
4. Świadczenie usług farmaceutycznych obejmujących:
    a) sporządzanie leków recepturowych,
    b) sporządzanie leków aptecznych,
    c) przygotowanie leków w dawkach dziennych.
5. Wprowadzanie do systemu informatycznego danych z faktur zakupionego przez Aptekę Szpitalną asortymentu.
6. Prowadzenie prawidłowej ewidencji przychodowo – rozchodowej produktów leczniczych oraz pozostałego asortymentu Apteki Szpitalnej.
7. Udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.
8. Udział w racjonalizacji farmakoterapii.
9. Zaopatrywanie pacjentów włączonych do terapii w ramach programów lekowych, procedury Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych oraz chemioterapii w trybie ambulatoryjnym. Wydanie leku następuje z Apteki Szpitalnej.
10. Współpraca z Krajowym Centrum ds. AIDS w zakresie zaopatrywania pacjentów włączonych do terapii antyretrowirusowej, na podstawie Umowy o Realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej.
11. Współuczestniczenie w racjonalnej gospodarce produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.
12. Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala, poprzez udział farmaceutów w zespołach badawczych.
13. Przyjmowanie oraz wydawanie tzw. bezpłatnych próbek reklamowych (zgodnie z procedurą wewnętrzną USK Nr 1).
14. Koordynacja wymiany produktów leczniczych, materiałów szewnych, materiałów opatrunkowych, płynów infuzyjnych, preparatów do leczenia żywieniowego, środków dezynfekujących oraz sterylnych wyrobów medycznych pomiędzy uprawnionymi jednostkami USK Nr 1.
15. Współpraca z Działem Zamówień Publicznych, podczas przygotowania specyfikacji przetargowych.
16. Kontrola i nadzór nad realizacją umów przetargowych.
17. Koordynacja działań na terenie USK Nr 1 w przypadku wycofania lub wstrzymania w obrocie przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego produktów leczniczych lub wyrobów medycznych.
18. Koordynacja i ewidencja gospodarki gazami medycznymi o statusie leku lub wyrobu medycznego (przy współpracy z Działem Eksploatacji).

19. Kontrola Apteczek Oddziałowych w zakresie prawidłowego przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
20. Monitorowanie stanów magazynowych Apteczek Oddziałowych pod kątem bieżącego zużycia zasobów.
21. Coroczne przygotowanie prognozy wydatków na produkty lecznicze oraz pozostały asortyment Apteki Szpitalnej, na kolejny rok kalendarzowy.
22. Koordynowanie procesu uzyskania darowizny lekowej na mocy umowy darowizny oraz obrót przedmiotem tej umowy, zgodnie z przeznaczeniem.
23. Prowadzenie ewidencji produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie umowy darowizny.
24. Prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych znajdujących się na terenie Apteki Szpitalnej oraz współpraca z Działem Projektów oraz Sekcją Badań Klinicznych.
25. Zamawianie, przyjmowanie, wprowadzanie do ewidencji i wydawanie uprawnionym jednostkom USK Nr 1 bezpłatnych szczepionek oraz produktów leczniczych dostarczanych przez:
    a) Wojewódzką Stację Sanitarno – Epidemiologiczną,
    b) Agencję Rezerw Materiałowych MZ.
26. Współpraca z Wojewódzkim Inspektoratem Farmaceutycznym w Lublinie w zakresie wykonywanych zadań.
27. Współpraca z Działem Usług Medycznych i Rozliczeń w zakresie poprawnej sprawozdawczości do NFZ.
28. Uczestniczenie w pracach Komitetu Terapeutycznego oraz konsyliach w ramach współpracy interdyscyplinarnej.
29. Ustalanie procedur wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta.
30. Udział w ustalaniu procedur Komitetu Terapeutycznego.
31. Sporządzanie retrospektywnych analiz zużycia antybiotyków w Szpitalu, we współpracy z Zespołem ds. Antybiotykoterapii.
32. Współpraca z Zespołem ds. Antybiotykoterapii i Działem Epidemiologii w zakresie nadzoru nad antybiotykoterapią oraz polityką antybiotykową.
33. Prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego w zakresie gospodarki lekiem w oddziale w celu bezpiecznego i racjonalnego użytkowania leków oraz optymalizacji kosztów leczenia.
34. Realizacja praktyk studentów wydziałów farmaceutycznych oraz słuchaczy medycznych szkół zawodowych.
35. Uczestniczenie w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.
36. Współpraca z innymi jednostkami Szpitala w zakresie racjonalnej gospodarki lekowej.

**§ 2**

**W strukturze Apteki Szpitalnej wyodrębniono:**

a) Dział Rozliczeń Aptecznych,
b) Dział Leków Gotowych i Recepturowych,
c) Dział Wyrobów Medycznych,
d) Dział Analiz Farmacji Klinicznej,
e) Pracownia Płynów do Żywienia Pozajelitowego,
f) Pracownia Cytostatyków.

**§ 3**

Do zadań **Działu Rozliczeń Aptecznych** w Aptece Szpitalnej należy:

1. Prowadzenie ewidencji badanych produktów leczniczych znajdujących się na terenie Apteki Szpitalnej.
2. Prowadzenie ewidencji tzw. bezpłatnych próbek reklamowych (przyjętych do Apteki Szpitalnej i wydanych do uprawnionych jednostek USK Nr 1).

3. Prowadzenie ewidencji produktów leczniczych i wyrobów medycznych otrzymywanych w formie umowy darowizny.
4. Monitorowanie i formalna obsługa realizacji umów w Aptece Szpitalnej (umowy przetargowe, umowy porozumienie, umowy darowizny i inne).
5. Analiza zmian list refundacyjnych w odniesieniu do leków stosowanych w ramach chemioterapii oraz programów lekowych.
6. Monitorowanie cen leków znajdujących się na terenie Apteki Szpitalnej oraz uprawnionych jednostek USK Nr 1, w odniesieniu do zmian list refundacyjnych.
7. Nadzór nad Pracownią Cytostatyków w realizacji zadania w zakresie monitorowania cen leków, zgodnie z aktualnym obwieszczeniem MZ.
8. Prowadzenie pełnej dokumentacji księgowej w Aptece Szpitalnej, w tym m.in. wprowadzanie do systemu informatycznego danych z faktur zakupionego przez Aptekę Szpitalną asortymentu.
9. Monitorowanie prawidłowości ewidencji przychodowo – rozchodowej produktów leczniczych oraz pozostałego asortymentu Apteki Szpitalnej.
10. Ocena wniosków wystawionych z uprawnionych jednostek USK Nr 1 w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych oraz prowadzenie ewidencji w tym zakresie.
11. Monitorowanie zadań realizowanych z wykorzystaniem substancji czynnych stosowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych z NFZ.
12. Sporządzanie analiz dotyczących kontroli zużycia i zastosowania leków i wyrobów medycznych oraz ich kosztów.
13. Współuczestniczenie w racjonalnej gospodarce produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu.
14. Sporządzanie postępowań przetargowych na zakup produktów leczniczych i wyrobów medycznych, poprzez przygotowanie przedmiotu zamówienia na potrzeby Apteki Szpitalnej.
15. Kontrola i nadzór nad realizacją umów przetargowych w Aptece Szpitalnej.
16. Kontrola i nadzór nad formalną obsługą wszystkich umów przetargowych realizowanych w Aptece Szpitalnej (umowy przetargowe, darowizny, porozumienia i inne).
17. Uczestniczenie w ustalaniu procedur Apteki Szpitalnej.
18. Nadzór nad funkcjonalnością i prawidłowością danych gromadzonych i przetwarzanych w systemie informatycznym – Moduł Apteka Szpitalna.
19. Uczestniczenie w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.
20. Współpraca z innymi jednostkami Szpitala w zakresie racjonalnej gospodarki lekowej.

**§ 4**

Do zadań **Działu Wyrobów Medycznych** w Aptece Szpitalnej należy:

1. Zaopatrywanie wszystkich Klinik Szpitala w wyroby medyczne sterylne oraz materiały medyczne wszczepienne.
2. Realizowanie zamówień na wyroby medyczne sterylne oraz wszczepienne zlecone przez jednostki USK Nr 1 w oparciu o umowy przetargowe oraz poza przetargiem według określonych procedur zgodnie
   z obowiązującym prawem.
3. Dokonywanie zamówień na wszczepienne wyroby medyczne na podstawie umów przetargowych zawierających depozyt.
4. Zachowywanie i przechowywanie w formie elektronicznej kodów UDI wyrobów, które zostały dostarczone do Działu (jeżeli wyroby te należą do wyrobów do implantacji klasy III).
5. Zabezpieczenie minimalnego zapasu sterylnych wyrobów medycznych w Szpitalu oraz kontrola nad ich przechowywaniem według określonych norm.
6. Monitorowanie terminów ważności asortymentu oraz utylizacja przeterminowanych lub uszkodzonych wyrobów medycznych.
7. Udzielanie informacji o sterylnych wyrobach medycznych, które znajdują się w Dziale.
8. Wprowadzanie do systemu informatycznego danych z faktur do zakupionego przez Aptekę Szpitalną asortymentu.

9. Prowadzenie ewidencji przychodowo – rozchodowej wyrobów medycznych oraz przenoszenie kosztów na odpowiednie jednostki USK Nr 1.
10. Współpraca z Działem Księgowości w zakresie przekazywania faktur, wystawiania not korygujących i obciążeniowych oraz przygotowywanie miesięcznych raportów przychodów i rozchodów.
11. Przyjmowanie, wydawanie i ewidencjonowanie tzw. bezpłatnych próbek reklamowych i darowizn na wyroby medyczne.
12. Koordynowanie wymiany wyrobów medycznych sterylnych pomiędzy uprawnionymi jednostkami USK Nr 1 w celu kontroli nad terminem ważności.
13. Przygotowywanie przedmiotu zamówienia, jego ilości oraz pozyskiwanie wycen szacunkowych od dostawców i producentów w celu przygotowania postępowania przetargowego.
14. Współpraca z uprawnionymi jednostkami USK Nr 1 w zakresie gospodarowania sterylnymi wyrobami medycznymi w Szpitalu.
15. Udział w tworzeniu corocznego Planu Zamówień Publicznych.
16. Kontrola i nadzór nad realizacją umów przetargowych.
17. Prowadzenie ewidencji komunikatów bezpieczeństwa umieszczanych przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.
18. Koordynacja działań w przypadku wstrzymania lub wycofania z obrotu wyrobów medycznych przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
19. Sporządzanie corocznych prognoz wydatków ponoszonych na wyroby medyczne, na kolejny rok kalendarzowy.
20. Ustalanie procedur wydawania sterylnych wyrobów medycznych oraz materiałów wszczepiennych na oddziały i bloki operacyjne.
21. Uczestniczenie w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

**§ 5**

Do zadań **Działu Leków Gotowych i Recepturowych** w Aptece Szpitalnej należy:

1. Świadczenie usług farmaceutycznych obejmujących:
   a) sporządzanie leków recepturowych,
   b) sporządzanie leków aptecznych,
   c) przygotowanie leków w dawkach dziennych,
   d) współpraca w organizowaniu zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne,
   e) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych do uprawnionych jednostek USK Nr 1, zgodnie z obowiązującymi procedurami,
   f) współuczestniczenie w racjonalnej gospodarce produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu,
   g) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych,
   h) udział w monitorowaniu bezpieczeństwa farmakoterapii (zgłaszanie działań niepożądanych, incydentów medycznych oraz wątpliwości w zakresie jakości leku, wstrzymanie lub wycofanie produktów leczniczych) oraz prowadzenie ewidencji w tym zakresie,
   i) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala, poprzez udział farmaceutów w zespołach badawczych.
2. Przygotowanie leków do utylizacji oraz nadzór nad całościową procedurą utylizacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych.
3. Aktualizacja Szpitalnej Listy Leków oraz współpraca z Komitetem Terapeutycznym w tym zakresie.
4. Współpraca z Zespołem ds. Antybiotykoterapii i Działem Epidemiologii w zakresie nadzoru nad antybiotykoterapią oraz polityką antybiotykową.
5. Sporządzanie retrospektywnych analiz zużycia antybiotyków Szpitalu, we współpracy z Zespołem ds. Antybiotykoterapii.
6. Nadzór nad koordynacją działań na terenie USK Nr 1 w Lublinie w przypadku wycofania lub wstrzymania w obrocie przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego produktów leczniczych lub wyrobów medycznych.

7. Nadzór nad utrzymaniem prawidłowego zapasu produktów leczniczych w Aptece Szpitalnej oraz ich prawidłowe przechowywanie i zabezpieczenie.
8. Uczestniczenie w ustalaniu procedur Apteki Szpitalnej.
9. Realizacja praktyk studentów wydziałów farmaceutycznych oraz słuchaczy medycznych szkół zawodowych.
10. Monitorowanie stanów magazynowych Apteczek Oddziałowych pod kątem bieżącego zużycia zasobów.
11. Uczestniczenie w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.
12. Współpraca z innymi jednostkami Szpitala w zakresie racjonalnej gospodarki lekowej.

**§ 6**

Do zadań **Działu Analiz Farmacji Klinicznej** w Aptece Szpitalnej należy:

1. Udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.
2. Współuczestnictwo w racjonalnej gospodarce produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w USK Nr 1 w Lublinie.
3. Uczestnictwo w zespołach terapeutycznych (zgodnie z realizacją standardu FA 1).
4. Wykonywanie przeglądów lekowych w oparciu o realizację standardu FA 1 pt. *Szpital prowadzi nadzór nad stosowaną farmakoterapią.*
5. Prowadzenie konsultacji farmakokinetycznych i farmakodynamicznych (PK/PD) w ramach TDM, tj. terapii monitorowanej stężeniem leku we krwi, w tym interpretacja wyników oznaczeń stężeń leków oraz przekazanie informacji dotyczących indywidualizacji dawkowania do lekarza prowadzącego (konsultacja na życzenie lekarza prowadzącego).
6. Uczestniczenie w pracach Komitetu Terapeutycznego USK Nr 1, Zespołu ds. Antybiotykoterapii, Zespołu ds. Żywienia oraz pozostałych powołanych zespołów realizujących zadania w obszarze bezpiecznej farmakoterapii.
7. Rozwój opieki farmaceutycznej w USK Nr 1 we współpracy z Komitetem Terapeutycznym.
8. Sporządzanie retrospektywnych analiz zużycia antybiotyków w USK Nr 1 oraz prezentowanie wyników na posiedzeniach Zespołu ds. Antybiotykoterapii – min. 1 raz w roku.
9. Współpraca z Zespołem ds. Antybiotykoterapii, Działem Epidemiologii oraz każdą inną komórką organizacyjną Szpitala w zakresie kształtowania polityki antybiotykowej oraz nadzoru nad antybiotykoterapią.
10. Prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego USK Nr 1 w zakresie gospodarki lekiem w oddziałach, które mają na celu podniesienie bezpieczeństwa farmakoterapii, racjonalnego użytkowania leków oraz optymalizacji kosztów leczenia.
11. Uczestniczenie w opracowywaniu procedur w zakresie Szpitalnej Listy Leków.

**§ 7**

Do zadań **Pracowni Cytostatyków** w Aptece Szpitalnej należy:

1. Przyjmowanie zleceń lekarskich na przygotowanie roztworów leków przeciwnowotworowych dla konkretnego pacjenta.
2. Potwierdzanie przyjętych zleceń lekarskich, przed przystąpieniem do sporządzania roztworów leków przeciwnowotworowych.
3. Sprawdzanie poprawności zlecenia pod względem zleconej dawki leku, rodzaju rozpuszczalnika i stężenia leku w roztworze.
4. Przygotowywanie etykiet na wykonane preparaty ze szczegółowymi danymi:
    a) pacjenta,
    b) leku (seria, data ważności produktu wyjściowego),
    c) farmaceuty wykonującego preparat,
    d) daty i godziny produkcji,
    e) trwałości i warunków przechowywania.
5. Przygotowywanie roztworów leków przeciwnowotworowych w warunkach aseptycznych.

6. Wydawanie przygotowanych roztworów leków cytostatycznych na konkretny oddział szpitalny, za pośrednictwem wyznaczonego pracownika Apteki Szpitalnej, przeszkolonego w zakresie transportu leków cytostatycznych.
7. Sprawozdawczość w szpitalnym systemie informatycznym w zakresie rozchodu leków na pacjenta, produktów leczniczych sporządzanych przez Pracownię Cytostatyków.
8. Sprawozdawczość w szpitalnym systemie informatycznym w zakresie resztek niewykorzystanych leków, generowanych podczas produkcji wlewów – z wyszczególnieniem kosztów dla poszczególnych oddziałów.
9. Nadzór nad czystością mikrobiologiczną w lożach laminarnych i na blatach roboczych, przy współpracy z Działem Epidemiologii.
10. Nadzór nad czystością w boksie aseptycznym oraz w pozostałych pomieszczeniach przynależnych do Pracowni Cytostatyków.
11. Prowadzenie elektronicznego rejestru zgłoszonych działań niepożądanych leków, wydanych z Pracowni Cytostatyków.
12. Prowadzenie elektronicznego rejestru leków cytostatycznych zwróconych z oddziałów do Pracowni Cytostatyków.
13. Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala, poprzez udział farmaceutów w zespołach badawczych.
14. Monitorowanie cen leków znajdujących się na stanie Pracowni Cytostatyków oraz uprawnionych jednostek USK Nr 1, w odniesieniu do zmian list refundacyjnych oraz ścisła współpraca z Działem Rozliczeń Aptecznych w tym zakresie.
15. Nadzór nad optymalnym stanem leków będących na stanie Pracowni Cytostatyków.
16. Przygotowywanie leków cytostatycznych przeterminowanych do utylizacji oraz przekazywanie ich wraz z obowiązującym dokumentem do Kierownika Działu Leków Gotowych i Recepturowych.
17. Uczestniczenie w ustalaniu procedur Apteki Szpitalnej.
18. Realizacja praktyk studentów wydziałów farmaceutycznych oraz słuchaczy medycznych szkół zawodowych.
19. Uczestniczenie w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.
20. Współpraca z innymi jednostkami Szpitala w zakresie racjonalnej gospodarki lekowej leków będących w asortymencie Pracowni Cytostatyków.

**§ 8**

Do zadań **Pracowni Płynów do Żywienia Pozajelitowego** w Aptece Szpitalnej należy:

1. Przyjmowanie zleceń lekarskich na przygotowanie roztworu do żywienia parenteralnego dla konkretnego pacjenta.
2. Sprawdzanie poprawności zlecenia pod względem składu i stabilności mieszaniny.
3. Przygotowywanie etykiet na wykonane preparaty ze szczegółowymi danymi:
    a) pacjenta,
    b) składu mieszaniny,
    c) farmaceuty wykonującego preparat,
    d) daty i godziny produkcji,
    e) trwałości oraz warunków przechowywania.
4. Przygotowywanie roztworów do żywienia pozajelitowego w warunkach aseptycznych.
5. Wydawanie przygotowanych roztworów do żywienia pozajelitowego na konkretny oddział szpitalny, za pośrednictwem wyznaczonego pracownika Apteki Szpitalnej, przeszkolonego w zakresie transportu preparatów do żywienia pozajelitowego.
6. Nadzór nad czystością mikrobiologiczną w lożach laminarnych i na blatach roboczych, przy współpracy z Działem Epidemiologii.
7. Nadzór nad czystością w boksie aseptycznym oraz w pozostałych pomieszczeniach przynależnych do Pracowni Płynów do Żywienia Pozajelitowego.
8. Miesięczna ewidencja pracy (uwzględniająca następujące informacje: zlecenia zrealizowane, worki zwrócone).

9. Udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala, poprzez udział farmaceutów w zespołach badawczych.
10. Nadzór nad optymalnym stanem preparatów do żywienia parenteralnego będących na stanie Apteki Szpitalnej.
11. Przygotowywanie przeterminowanych preparatów do żywienia parenteralnego do utylizacji oraz przekazanie ich wraz z obowiązującym dokumentem do Kierownika Działu Leków Gotowych i Recepturowych.
12. Uczestniczenie w ustalaniu procedur Apteki Szpitalnej.
13. Realizacja praktyk studentów wydziałów farmaceutycznych oraz słuchaczy medycznych szkół zawodowych.
14. Uczestniczenie w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

**§ 9**

1. Do obowiązków Apteki Szpitalnej należy przestrzeganie warunków przechowywania i zabezpieczenia leków w Aptece Szpitalnej.
2. Apteka Szpitalna odpowiedzialna jest za prawidłową gospodarkę lekami w Aptece, tj. kontrolowanie terminów ważności leków poprzez odpowiednią ich rotację.
3. Apteka Szpitalna odpowiedzialna jest za prawidłowe zabezpieczenie leków przeterminowanych w Aptece oraz przekazanych przez oddziały – do czasu utylizacji.

**§ 10**

Apteka Szpitalna prowadzi książkę kontroli obrotu środkami odurzającymi, lekami psychotropowymi oraz prekursorami.

**§ 11**

Zakup leków spoza Receptariusza Szpitalnego wymaga akceptacji Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub osoby upoważnionej przez Dyrektora Naczelnego.

**§ 12**

1. Apteka Szpitalna odpowiada za prawidłowość przyjęcia leków od dostawców.
2. Uprawnionym do przyjęcia leków jest magister farmacji lub technik farmaceutyczny oraz pomocniczy personel Apteki Szpitalnej (jako asystent dla personelu fachowego).
3. Przyjęcie leków obejmuje następujące czynności:
   1) sprawdzenie dostarczonych leków z fakturą, tj.: sprawdzenie:
      a) nazwy dostawcy (hurtowni),
      b) nazwy odbiorcy (Apteki Szpitalnej USK Nr 1 w Lublinie),
      c) nazwy, dawki, postaci, wielkości opakowania, ilości, nr serii, daty ważności, ewentualnie kodu EAN każdej pozycji na fakturze,
   2) potwierdzenie przyjęcia towaru własnoręczną parafką/podpisem, imienną pieczątką, datą przyjęcia towaru oraz pieczątką o treści:

      *Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie*
      *APTEKA SZPITALNA*
      *Przyjęto towar zgodny z fakturą*

   3) wypisanie ewentualnych niezgodności towaru z danymi na fakturze i przekazanie reklamacji do realizacji,
   4) weryfikację towaru w Systemie Weryfikacji Autentyczności Leków (SWAL),
   5) dostarczenie towaru do wybranego działu lub magazynu w Aptece Szpitalnej,
   6) wprowadzenie do programu aptecznego dokumentu przyjęcia: faktury zakupowej/ dokumentu PZ i jego wydruk, do czego uprawniony jest Dział Rozliczeń Aptecznych oraz farmaceuci i technicy farmaceutyczni,

7) sprawdzenie poprawności wprowadzonych do systemu danych z danymi z faktur zakupowych, za co odpowiedzialny jest Dział Rozliczeń Aptecznych,
8) przekazanie faktur zakupowych z Apteki Szpitalnej do Działu Księgowości w terminie do 3 dni roboczych (w sytuacjach standardowych).

**§ 13**

1. W zakresie kontroli Apteczek Oddziałowych czynności sprawdzające wykonują farmaceuci – magistrowie farmacji.
2. Szczegółowemu sprawdzeniu podlega prawidłowość przechowywania i zabezpieczenia leków z grupy N i P, tj. środków odurzających, psychotropowych i prekursorów.
3. Sprawdzeniu podlegają leki bardzo silnie działające (wykaz A), leki bardzo silnie działające o działaniu cytostatycznym (chemioterapia – wykaz A), leki termolabilne, leki światłoczułe, leki w postaci koncentratów oraz pozostały asortyment wg protokołu kontroli zawartego w obowiązującej procedurze szpitalnej.
4. Kontrole przeprowadza się jeden raz do roku we wszystkich uprawnionych do posiadania leków i wyrobów medycznych jednostkach Szpitala USK Nr 1.
5. Roczny harmonogram kontroli sporządzany jest przez Aptekę Szpitalną do zatwierdzenia przez Dyrektora w terminie do dnia 15 grudnia.
6. W wyjątkowych i szczególnych okolicznościach Apteka Szpitalna może zmienić kolejność kontroli jednostek.
7. Apteka Szpitalna może przeprowadzić kontrolę doraźną w przypadku uzasadnionej potrzeby.

**§ 14**

1. Apteka Szpitalna udziela informacji nt. dostępności produktów leczniczych, sposobów ich uzyskania, sposobu przechowywania i zabezpieczenia leków, koordynuje wymianę asortymentu Apteki pomiędzy uprawnionymi jednostkami USK Nr 1 w celu zminimalizowania przeterminowania się leków w Szpitalu, koordynuje poszukiwania w Szpitalu leków potrzebnych w trybie pilnym.
2. Personel wykonujący czynności fachowe w Aptece Szpitalnej udziela informacji nt. spectrum działania, postaci, dawki i ewentualnie ceny.

**§ 15**

1. Apteka Szpitalna pracuje w trybie całodobowym w następującym schemacie:
   1) w dni robocze Apteka Szpitalna pracuje w pełnej obstawie personelu w godzinach: 7:30 – 15:05,
   2) w dni robocze dyżur medyczny pełniony jest przez 1 farmaceutę – magistra farmacji w godzinach: 15:05 – 7:30,
   3) w dni weekendowe dyżur medyczny pełniony jest następująco:
      a) soboty:
         a. Apteka Szpitalna – dyżur medyczny pełniony jest przez 1 farmaceutę w godzinach 7:30 – 7:30 (tryb 24-godzinny),
         b. Pracownia Płynów do Żywienia Pozajelitowego oraz Pracownia Cytostatyków – dyżur medyczny pełniony jest przez 1 farmaceutę w godzinach 7:30 – 16:00 (tryb 8,5-godzinny) oraz 1 technika farmaceutycznego w godzinach 7:30 – 15:00,
      b) niedziele / święta / dni ustawowo wolne od pracy:
         a. Apteka Szpitalna – dyżur medyczny pełniony jest przez 1 farmaceutę w godzinach 7:30 – 7:30 (tryb 24-godzinny),
         b. Pracownia Płynów do Żywienia Pozajelitowego oraz Pracownia Cytostatyków – dyżur medyczny pełniony jest przez 1 farmaceutę w godzinach 7:30 – 15:00 (tryb 7,5-godzinny).
2. Grafik dyżurów medycznych w Aptece Szpitalnej ustala Kierownik Apteki lub osoba upoważniona.

3. Dyżury medyczne w Aptece Szpitalnej są dodatkową pracą zleconą przez Kierownika Apteki.
4. Dyżury medyczne są przydzielane na podstawie oceny efektywności pracy podczas dyżurów.
5. Farmaceuta pełniący dyżur medyczny w danym dniu odpowiada za:
    1) nadzór nad decyzjami Głównego Inspektora Farmaceutycznego w zakresie wstrzymania lub wycofania produktu leczniczego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku wydania powyższej decyzji – odpowiada za niezwłoczne powiadomienie wszystkich uprawnionych jednostek USK Nr 1 w Lublinie,
    2) sprawdzenie wszystkich wydań z Apteki Szpitalnej w danym dniu, uwzględniając wydania leków w ramach programów lekowych oraz procedury RDDTL, a w przypadku jakichkolwiek niezgodności lub wątpliwości w tym zakresie, niezwłocznie informuje o tym fakcie Kierownika Apteki Szpitalnej (lub Z-cę Kierownika Apteki Szpitalnej).
6. Farmaceuta pełniący dyżur medyczny jest zobowiązany do wykonania innych czynności zleconych przez Kierownika Apteki Szpitalnej na czas pełnienia niniejszego dyżuru.
7. W przypadku braku dodatkowych zadań zleconych na czas dyżuru, farmaceuta wykonuje lub sprawdza staranność wykonanych przez siebie czynności – zgodnie z zakresem obowiązków.
8. Pierwszeństwo do dyżurów medycznych mają farmaceuci – magistrowie farmacji, których praca w trybie dyżurowym wykazuje największą pożyteczność przy realizowaniu zadań w Aptece Szpitalnej. Niniejszej oceny bieżąco dokonuje Kierownik Apteki Szpitalnej lub osoba upoważniona.
9. Kierownik Apteki Szpitalnej ma prawo do nieuwzględniania w dyżurach medycznych wszystkich farmaceutów wykazujących gotowość do podjęcia pracy na dyżurach medycznych.
10. Przyjmowanie dostaw leków i wyrobów medycznych, w trybie normalnym, odbywa się w dni robocze w godzinach: 7:30 – 14:00, a w sytuacjach szczególnych – całą dobę, także przez farmaceutę dyżurnego.
11. Wydanie produktów leczniczych, materiałów szewnych, materiałów opatrunkowych, płynów infuzyjnych, preparatów do leczenia żywieniowego, środków dezynfekujących, sterylnych wyrobów medycznych (w tym materiałów wszczepiennych) oraz sporządzonych w Aptece Szpitalnej leków recepturowych – odbywa się zgodnie z harmonogramem zawartym w obowiązującej procedurze.
12. Przyjmowanie zleceń oraz wydawanie sporządzonych leków w Pracowni Cytostatyków oraz preparatów żywieniowych w Pracowni Płynów do Żywienia Pozajelitowego określają procedury Apteki Szpitalnej.
13. W godzinach 14:30 – 15:05 odbywa się uzupełnianie zapasów magazynu w Izbie Ekspedycyjnej oraz uzupełnianie dokumentów rozchodowych.

**§ 16**

1. Apteka Szpitalna posiada udział sieciowy tzw. Dysk Wspólny Apteki Szpitalnej, na którym są sporządzane i regularnie aktualizowane elektroniczne rejestry w zakresie bieżącej pracy Apteki Szpitalnej.
2. Za aktualizację poszczególnych rejestrów odpowiadają pracownicy Apteki Szpitalnej zgodnie z zakresem obowiązków.
3. Podgląd do Dysku Wspólnego Apteki Szpitalnej mają wszyscy fachowi pracownicy Apteki Szpitalnej oraz pracownicy Szpitala upoważnieni przez Dyrektora Naczelnego lub Kierownika Apteki Szpitalnej.

**§ 17**

Podczas świadczonej pracy wszyscy pracownicy Apteki Szpitalnej zobowiązani są do noszenia strojów medycznych w kolorze białym, tj. biały fartuch (zapięty) lub strój dwuczęściowy oraz identyfikator przyczepiony w widocznym miejscu do odzieży medycznej. Wyjątek stanowią pracownicy Pracowni Cytostatyków oraz Płynów do Żywienia Pozajelitowego, u których dopuszcza się noszenie stroju medycznego dwuczęściowego w innym kolorze niż biały.

**§ 18**

Apteka Szpitalna współpracuje ze wszystkimi jednostkami Szpitala, w celu jak najlepszej realizacji zadań wskazanych w niniejszym Regulaminie.

**Załącznik Nr 34**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY
# KLINIKI CHORÓB METABOLICZNYCH i IMMUNOONKOLOGII

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2.

Do podstawowych zadań Kliniki należą w szczególności:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie stanu chorobowego pacjenta, optymalne leczenie i pielęgnacja.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Podejmowanie działań edukacyjnych w stosunku do pacjenta i jego rodziny oraz promocja zdrowia.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których stworzona jest Klinika sprawuje Kierownik Kliniki - Lekarz Kierujący.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa.
3. Opiekę lekarską nad pacjentem przyjętym do Oddziałów Kliniki sprawuje lekarz prowadzący przyporządkowany do konkretnego pacjenta/pacjentki. W przypadku absencji lekarza prowadzącego w trakcie pobytu danego pacjenta, nowego lekarza prowadzącego wyznacza Kierownik Kliniki.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
   a. Oddział Onkologii Klinicznej
   b. Oddział Chemioterapii Dziennej – Pododdział Onkologii Klinicznej
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w:
   a. Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13,
   b. Gabinecie Diagnostyczno – Zabiegowym Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13,
   c. Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Staszica 16,
   d. Gabinecie Diagnostyczno – Zabiegowym Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Staszica 16.[1]

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

na podstawie skierowania.
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne w Poradni Onkologicznej udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, skierowanie nie jest wymagane.

§ 6.

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
3. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Oddziale prowadzona jest lista osób oczekujących.

**Przepisy porządkowe**

§ 7.

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 20.00.
1. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
2. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
3. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
4. W szczególnych przypadkach związanych z obniżoną odpornością pacjentów możliwym jest ograniczenie odwiedzin celem zapewnienia optymalnego bezpieczeństwa pacjenta.

§ 8.

1. Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.
2. W czasie przekazania pacjenta do innych jednostek Szpitala zapewnia się stałą opiekę wykwalifikowanego personelu.

§ 9.

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału.

§ 10.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11.

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,

- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający pracy urządzeń medycznych oraz porządku.

§ 12.

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
1. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
2. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
3. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14.

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,

- ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
- niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).

2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18.

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 20.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale Onkologii Klinicznej przez całą dobę, zaś w Oddziale Chemioterapii Dziennej – Pododdziale Onkologii Klinicznej w godz. 7.00 – 19.00 natomiast świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy Poradni Onkologii Klinicznej aktualizowanym na bieżąco.
2. Przyjęcia planowe do odbywają się w dni robocze w godz. od 07.00 do 14.00 – do Oddziału Onkologii Klinicznej w Punkcie Przyjęć przy ul. Radziwiłłowskiej 13, zaś do Oddziału Chemioterapii Dziennej – Pododdziału Onkologii Klinicznej w Punkcie Przyjęć przy ul. Staszica 16.

§ 21.

1. Harmonogram dnia Oddziału Onkologii Klinicznej:

| | |
|---|---|
| 06:00 – 07:00 | pomiar parametrów życiowych (m. in. temperatury, tętna, ciśnienia, bólu), toaleta poranna, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentów |
| 07:00-07:15 | raport pielęgniarski |
| 07:15 – 08:00 | wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, |
| 08:00 – 09:00 | śniadanie pacjentów, pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, realizacja zleceń lekarskich leków doustnych |
| 09:00 – 12:00 | przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wizyty lekarskie, |
| 12:00 – 12:30 | czas wolny dla pacjentów, |
| 12:30 – 13:30 | obiad pacjentów, , pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, realizacja zleceń lekarskich leków doustnych, |
| 13:30 – 15:00 | czas wolny dla pacjentów |
| 15:00 – 17:00 | realizacja zabiegów lekarsko- pielęgniarskich, zabiegi pielęgnacyjne, prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej, |
| 17:00 - 17:30 | kolacja pacjentów, pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, Realizacja zleceń lekarskich leków doustnych |
| 17:30 – 19:00 | pomiar parametrów życiowych, realizacja zleceń lekarskich, wizyta wieczorna, |
| 19:00 – 19:15 | raport pielęgniarski |
| 19:15 – 22:00 | wykonywanie zleceń lekarsko–pielęgniarskich, toaleta wieczorna, |
| 22:00 – 06:00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia Oddziału Chemioterapii Dziennej – Pododdziału Onkologii Klinicznej:

07:00 – 11:00 PRZYJĘCIA PACJENTÓW DO ODDZIAŁU:

1) uzupełnianie dokumentacji medycznej
2) pomiar parametrów życiowych
3) pobieranie materiału do badań laboratoryjnych
4) zakładanie wkłuć obwodowych i igieł do portów naczyniowych
5) wydawanie posiłków chorym
6) realizacja zleceń lekarskich

08:00 – 19:00 KWALIFIKOWANIE CHORYCH DO CHEMIOTERAPII

1) realizacja zleceń lekarskich

3. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22.

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się we wszystkie dni tygodnia od godz. 09.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - kartę informacyjną EDM zawierającą rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania, w tym informacje dotyczące samoopieki i samopielęgnacji,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 35**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY KLINIKI RADIOTERAPII

## Przepisy ogólne

§ 1.

Głównym celem działalności Kliniki jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie: opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych.

§ 2.

Do podstawowych zadań Kliniki należą w szczególności:
1. Zapewnienie właściwej opieki hospitalizowanym pacjentom.
2. Rozpoznanie stanu chorobowego pacjenta, optymalne leczenie i pielęgnacja.
3. Udzielanie profesjonalnej pomocy w nagłych wypadkach.
4. Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.
5. Monitorowanie i ciągła poprawa jakości opieki.
6. Udzielanie świadczeń konsultacyjnych.
7. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego.
8. Podejmowanie działań edukacyjnych w stosunku do pacjenta i jego rodziny oraz promocja zdrowia.

§ 3.

1. Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem komórek organizacyjnych, na bazie których stworzona jest Klinika sprawuje Lekarz Kierujący Oddziałem Onkologii Klinicznej w zakresie świadczeń zdrowotnych oraz Kierownik Kliniki Radioterapii w zakresie działalności naukowo-dydaktycznej.
2. Nadzór nad organizacją pracy personelu pielęgniarskiego sprawuje Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Onkologii Klinicznej.
3. Opiekę lekarską nad pacjentem przyjętym do Oddziału Kliniki sprawuje lekarz prowadzący przyporządkowany do konkretnego pacjenta/pacjentki. W przypadku absencji lekarza prowadzącego w trakcie pobytu danego pacjenta, nowego lekarza prowadzącego wyznacza Lekarz Kierujący Oddziałem Onkologii Klinicznej.

§ 4.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są w następujących komórkach organizacyjnych Kliniki:
   a. Oddział Radioterapii – Pododdział Onkologii Klinicznej
2. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są w Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13 oraz w Gabinecie Diagnostyczno – Zabiegowym Poradni Onkologicznej i Prehabilitacji przy ul. Radziwiłłowskiej 13.[1]

§ 5.

1. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym na podstawie skierowania.

[1] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

2. Świadczenia zdrowotne o charakterze szpitalnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym bez skierowania w przypadku konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.
3. Świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są bezpłatnie osobom uprawnionym do korzystania, skierowanie nie jest wymagane.[2]

§ 6.

1. W Klinice udzielane są świadczenia zdrowotne odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej.
2. Udzielane świadczenia zdrowotne służą także realizacji zadań dydaktycznych i naukowych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
3. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń zdrowotnych w Oddziale prowadzona jest lista osób oczekujących.

**Przepisy porządkowe**

§ 7.

1. Pacjenci hospitalizowani mają prawo do codziennych odwiedzin. Na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. Zalecane godziny odwiedzin: od 11.00 do 20.00.
1. Odwiedziny poza wyznaczonym czasem są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.
2. W przypadku odwiedzin po godzinie 22.00 konieczne jest poinformowanie o tym fakcie lekarza dyżurnego.
3. W procesie opieki nad pacjentem realizowanym w trakcie hospitalizacji mogą uczestniczyć osoby wskazane przez pacjenta. Zakres opieki należy ustalić z personelem pielęgniarskim i w pełni stosować się do zaleceń personelu. W sytuacjach zagrożeń epidemiologicznych lub z powodu istotnych kwestii organizacyjnych, mając na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom, personel medyczny oddziału ma prawo ograniczyć udział w procesie opieki nad pacjentem przez osoby bliskie.
4. W szczególnych przypadkach związanych z obniżoną odpornością pacjentów możliwym jest ograniczenie odwiedzin celem zapewnienia optymalnego bezpieczeństwa pacjenta.

§ 8.

1. Pacjenci udają się na badania specjalistyczne i inne zabiegi poza Oddział pod opieką personelu medycznego.
2. W czasie przekazania pacjenta do innych jednostek Szpitala zapewnia się stałą opiekę wykwalifikowanego personelu.

§ 9.

Dostarczanie pacjentom żywności poza szpitalnym jadłospisem jest dopuszczalne po uzgodnieniu z lekarzem lub pielęgniarką Oddziału Radioterapii - Pododdział Onkologii Klinicznej

§ 10.

Na terenie Szpitala obowiązuje zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

§ 11.

Pacjenci zobowiązani są do:

- stosowania się do wszystkich zaleceń i wskazówek personelu medycznego w trakcie pobytu w Oddziale,

[2] zmieniono na podstawie Uchwały Nr 22/2026 Rady Społecznej USK Nr 1 w Lublinie z dnia 25 września 2026 r.

- niewychodzenia poza Oddział bez wiedzy i zgody personelu medycznego,
- przebywania w Oddziale podczas obchodów lekarskich,
- przestrzegania ciszy i zachowywania się w sposób niezakłócający spokoju innym pacjentom,
- dbania, aby w czasie odwiedzin osoby odwiedzające go nie zakłócały porządku szpitalnego swoim zachowaniem,
- w miarę możliwości do posiadania własnych przyborów do higieny osobistej,
- oddania osobom towarzyszącym odzieży i obuwia lub przekazania za pokwitowaniem do magazynu Szpitala,
- oddania osobom towarzyszącym przedmiotów wartościowych lub w uzasadnionych przypadkach, przekazania za pokwitowaniem do depozytu szpitalnego,
- niemanipulowania przy aparatach i urządzeniach leczniczych,
- korzystania z telefonu komórkowego w sposób nie zakłócający pracy urządzeń medycznych oraz porządku.

§ 12.

1. Pacjent ma obowiązek poinformować lekarza prowadzącego o stale przyjmowanych lekach niezwiązanych z jednostką chorobową, która jest przyczyną hospitalizacji. Używanie tych leków w czasie pobytu w Szpitalu wymaga zgody lekarza.
1. W czasie hospitalizacji pacjent nie może przyjmować leków ani poddawać się zabiegom innym niż zlecone przez lekarza lub pielęgniarkę.
2. Lekarz lub pielęgniarka informują pacjenta o konieczności przekazania leków własnych do depozytu w Oddziale.
3. Leki własne pacjenta są przechowywane w depozycie w Oddziale w indywidualnych pojemnikach oznakowanych danymi identyfikującymi pacjenta.

**Prawa pacjenta**

§ 13.

1. Lekarz udziela świadczenia zdrowotnego po uzyskaniu zgody pacjenta wyrażonej we właściwej formie. Zgoda może być wyrażona ustnie, a nawet poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się czynnościom medycznym. Wyrażenie zgody w formie pisemnej wymagane jest zawsze, jeżeli proponowane świadczenia stwarza podwyższone ryzyko.
2. Przed uzyskaniem zgody lekarz udziela pacjentowi przystępnej informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania (zarówno będących normalnym skutkiem, jak i możliwych powikłaniach), wynikach leczenia oraz rokowaniu.
3. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta. W takich przypadkach lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Na żądanie pacjenta lekarz ma jednak obowiązek udzielić mu żądanej informacji.

§ 14.

Osobą uprawnioną do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest pacjent, o ile ukończył 18 lat, posiada pełną zdolność do czynności prawnych i jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody (*zgoda wyłączna*). Odmowa udzielenia zgody jest wiążąca.

§ 15.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - która nie ukończyła 16 lat,

- ubezwłasnowolnioną i niemająca rozeznania,
- niezdolną do świadomego wyrażenia zgody (np. nieprzytomną, chorą psychicznie lub opóźnioną umysłowo) osobą uprawnioną do wyrażenia wyłącznej zgody jest przedstawiciel ustawowy (*zgoda zastępcza*).

2. Przedstawicielami ustawowymi dziecka są jego rodzice lub opiekun, ustanowiony przez sąd opiekuńczy, jeżeli żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom zgodę na udzielanie świadczeń stwarzających podwyższone ryzyko wyrażają oboje rodzice.
3. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie jest opiekun ustanowiony przez sąd. Przedstawicielem ustawowym osoby ubezwłasnowolnionej częściowo jest kurator, jeżeli wynika to z postanowienia sądu.
4. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
5. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zgody przedstawiciela ustawowego bądź zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu, o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 16.

1. Jeżeli pacjent jest osobą:
   - małoletnią która ukończyła 16 lat,
   - ubezwłasnowolnioną, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem,
   - chorą psychicznie lub upośledzoną umysłowo, lecz dysponującą dostatecznym rozeznaniem, osobami uprawnionymi do wyrażenia zgody na udzielenia świadczenia są przedstawiciel ustawowy i pacjent, i należy uzyskać zgodę każdego z nich (*zgoda równoległa*).
2. Jeżeli pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego, porozumienie z nim jest niemożliwe lub odmawia udzielenia zgody a udzielenie świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
3. Jeżeli przedstawiciel ustawowy i pacjent składają sprzeczne oświadczenia woli lub ani przedstawiciel, ani pacjent nie wyrażają zgody, a udzielenia świadczenia jest niezbędne dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego.
4. W przypadkach, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania wymaganych zgód groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia świadczenia udziela się bez zezwolenia sądu opiekuńczego, po zasięgnięciu o ile jest to możliwe, opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

§ 17.

1. Informacja o stanie zdrowia udzielana jest pacjentowi lub osobom przez niego wskazanym.
2. W przypadku gdy pacjent w chwili przyjęcia do Szpitala był niezdolny do wskazania osoby do udzielania informacji, informacji udziela się osobom bliskim (małżonkom, rodzicom, teściom, dzieciom, wnukom, osobie pozostającej we wspólnym pożyciu).
3. Informacja o stanie zdrowia dziecka udzielana jest przedstawicielom ustawowym dziecka lub osobom przez nich wskazanym.
4. Informacji w formie telefonicznej udziela się w wyjątkowych przypadkach, gdy nie ma wątpliwości co do tego, że informacja udzielana jest osobie upoważnionej.

§ 18.

1. Pozostałe prawa pacjenta w Klinice określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Karta Praw Pacjenta.
2. Klinika umożliwia pacjentom zapoznanie się z przysługującymi im prawami oraz je realizuje.
3. Personel Kliniki sprawujący opiekę nad pacjentami zobowiązany jest do przestrzegania praw pacjentów oraz udzielania informacji w zakresie przysługujących im praw.

§ 19.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogą być obecne osoby odbywające kształcenie przed i podyplomowe.

**Przepisy szczególne**

§ 20.

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Oddziale Radioterapii - Pododdział Onkologii Klinicznej prowadzone są przez całą dobę, natomiast świadczenia zdrowotne o charakterze ambulatoryjnym udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy Poradni Onkologii Klinicznej aktualizowanym na bieżąco.
2. Przyjęcia planowe do Oddziału Radioterapii - Pododdział Onkologii Klinicznej odbywają się w dni robocze w godz. od 07.00 do 14.00 w Punkcie Przyjęć przy ul. Radziwiłłowskiej 13.

§ 21.

1. Harmonogram dnia Oddziału Radioterapii – Pododdział Onkologii Klinicznej:

| | |
|---|---|
| 06:00 – 07:00 | pomiar parametrów życiowych (m. in. temperatury, tętna, ciśnienia, bólu), toaleta poranna, zmiana bielizny pościelowej i osobistej pacjentów |
| 07:00-07:15 | raport pielęgniarski |
| 07:15 – 08:00 | wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, |
| 08:00 – 09:00 | śniadanie pacjentów, pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, realizacja zleceń lekarskich leków doustnych |
| 09:00 – 12:00 | przygotowanie pacjentów do zabiegów diagnostycznych, wykonywanie zabiegów pielęgniarskich, wykonywanie zabiegów diagnostycznych i leczniczych, wizyty lekarskie, |
| 12:00 – 12:30 | czas wolny dla pacjentów, |
| 12:30 – 13:30 | obiad pacjentów, , pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, realizacja zleceń lekarskich leków doustnych, |
| 13:30 – 15:00 | czas wolny dla pacjentów |
| 15:00 – 17:00 | realizacja zabiegów lekarsko- pielęgniarskich, zabiegi pielęgnacyjne, prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej, |
| 17:00 - 17:30 | kolacja pacjentów, pomoc chorym przy spożywaniu posiłku, karmienie, Realizacja zleceń lekarskich leków doustnych |
| 17:30 – 19:00 | pomiar parametrów życiowych, realizacja zleceń lekarskich, wizyta wieczorna, |
| 19:00 – 19:15 | raport pielęgniarski |
| 19:15 – 22:00 | wykonywanie zleceń lekarsko–pielęgniarskich, toaleta wieczorna, |
| 22:00 – 06:00 | cisza nocna. |

2. Harmonogram dnia określa w sposób ramowy planową organizację pracy w Klinice, w uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość odstępstw od harmonogramu.

§ 22.

1. Wypisywanie pacjentów odbywa się we wszystkie dni tygodnia od godz. 09.00.
2. W dniu wypisu pacjent otrzymuje:
   - dokumentację stanowiącą własność pacjenta w dniu jego przyjęcia do szpitala (wyniki badań diagnostycznych, konsultacji, kart informacyjnych z pobytów w szpitalu),
   - kartę informacyjną EDM zawierającą rozpoznanie, wyniki badań obejmujące powód hospitalizacji, główny typ leczenia, efekty i powikłania leczenia oraz zalecenia,
   - wskazówki do dalszego postępowania, w tym informacje dotyczące samoopieki i samopielęgnacji,
   - odpowiednie recepty i skierowania niezbędne do kontynuacji procesu leczenia,
   - zwolnienie od pracy w razie potrzeby.

**Załącznik Nr 35 a**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# REGULAMIN WEWNĘTRZNY PRACOWNI PATOMORFOLOGII

§ 1.

Głównym celem działalności Pracowni Patomorfologii jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu świadczeń w zakresie oceny histopatologicznej materiału tkankowego narządów pobranych w czasie zabiegów operacyjnych i diagnostycznych oraz oceny cytologicznej płynów, aspiratów z biopsji cienkoigłowej i rozmazów ginekologicznych.

§ 2.

Nadzór merytoryczny nad funkcjonowaniem Pracowni oraz nadzór nad organizacją pracy personelu wyższego i średniego sprawuje Kierownik Pracowni Patomorfologii.

§ 3.

Pracownia Patomorfologii posiada:
1. Punkt przyjmowania materiału tkankowego i rejestracji badań,
2. Pracownię badań histopatologicznych,
3. Pracownię immunohistochemiczną/cytologiczną,
4. Archiwum,
5. Magazyn tkanek i narządów, magazyn chemiczny.

§ 4.

Do podstawowych zadań Pracowni Patomorfologii należy w szczególności:
1. Przyjmowanie materiału tkankowego i cytologicznego zgodnie z procedurą pn. „Postępowanie z tkankami i narządami przeznaczonymi do badania histopatologicznego w klinikach i Poradniach USK Nr 1”,
2. Opracowywanie techniczne dostarczonego materiału oraz ocena mikroskopowa wykonanych preparatów histopatologicznych i cytologicznych,
3. Wykonywanie badań śródoperacyjnych,
4. Wydawanie wyników badań histopatologicznych i cytologicznych w oparciu o obowiązującą w USK Nr 1 procedurę „Wydawania wyników w Pracowni Patomorfologii”,
5. Monitorowanie błędów przedlaboratoryjnych,
6. Prowadzenie dokumentacji medycznej w obowiązującym w Szpitalu systemie elektronicznym,
7. Archiwizacja danych w formie elektronicznej,
8. Ścisła współpraca z klinikami, poradniami USK Nr 1 w Lublinie oraz jednostkami opieki zdrowotnej posiadającymi umowę zawartą z USK Nr 1 w Lublinie,
9. Współpraca na zasadzie konsultacji i wymiany doświadczeń z innymi Zakładami Patomorfologii na terenie całego kraju,
10. Dbałość o podnoszenie kwalifikacji personelu Pracowni,
11. Działalność na rzecz ochrony środowiska w zakresie wykonywanych czynności.

§ 5.

1. Pracownia Patomorfologii świadczy usługi z zakresu badań histopatologicznych i cytologicznych dla pacjentów hospitalizowanych w USK Nr 1 w Lublinie w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 – 15:00.
2. Podstawą wykonania badania jest prawidłowo wypełnione przez lekarzy USK Nr 1 w Lublinie skierowanie w formie elektronicznej (e-skierowanie) lub papierowej.

§ 6.

1. Prawa pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz Karta Praw Pacjenta stanowiąca Załącznik Nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego USK Nr 1 w Lublinie.
2. Wszyscy pracownicy Pracowni Patomorfologii znają i przestrzegają prawa pacjenta.

§ 7.

1. Badania wykonywane w Pracowni Patomorfologii podlegają wewnętrznej kontroli jakości.
2. Stała wewnętrzna kontrola jakości badań obejmuje:
   1) Przebieg, prawidłowość i skuteczność stosowanych metod i procedur diagnostycznych;
   2) Analizę błędów przedlaboratoryjnych polegającą na ocenie kompletności i spójności informacji zawartych w skierowaniu na badania;
   3) Analizę zewnętrznych konsultacji badań;
   4) Analizę błędów diagnostycznych;
   5) Analizę problemów technicznych i diagnostycznych oraz sposób ich rozwiązywania.
3. W przypadku stwierdzenia niezgodności lub błędów Kierownik Pracowni Patomorfologii wprowadza działania korygujące i zapobiegawcze.
4. W Pracowni Patomorfologii prowadzi się dokumentację wewnętrznej kontroli jakości badań, która przechowywana jest następnie przez okres co najmniej 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym przeprowadzono kontrolę.

**Załącznik Nr 36**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE LECZNICTWA SZPITALNEGO**
**dla osób nie uprawnionych do świadczeń finansowanych**
**ze środków publicznych**

| **Wartość świadczenia wg katalogów obowiązujących w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia*** |
|---|
| **MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** |
| ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO |
| ODDZIAŁ TRAUMATOLOGII |
| ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII |
| ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ |
| ODDZIAŁ CHIRURGII CHORÓB PIERSI |
| ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ |
| ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO, DIABETOLOGII, ENDOKRYNOLOGII i GERIATRII |
| ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ I GINEKOLOGII |
| ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA I PATOLOGII CIĄŻY |
| ODDZIAŁ NOWORODKÓW |
| ODDZIAŁ DERMATOLOGII I WENEROLOGII |
| ODDZIAŁ DERMATOLOGII DZIECIĘCEJ |
| ODDZIAŁ OKULISTYKI |
| ODDZIAŁ OKULISTYKI DZIECIĘCEJ |
| ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII |
| ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ |
| ODDZIAŁ HEMATOONKOLOGII, TRANSPLANTACJI SZPIKU I CHEMIOTERAPII |
| ODDZIAŁ CHEMIOTERAPII DZIENNEJ - PODODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ |
| ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH I HEPATOLOGII |

***w przypadkach, w których koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych przekroczą wartości określone powyżej, wysokość opłat pobieranych od pacjentów przez Szpital odpowiadać będzie faktycznej wysokości poniesionych kosztów udzielonych świadczeń**

| Oddziały rozliczane osobodniami | Cena netto za 1 osobodzień pobytu w zł |
|---|---|
| ODDZIAŁ OGÓLNOPSYCHIATRYCZNY | 510,00 |
| ODDZIAŁ PSYCHIATRII DLA DZIECI I MŁODZIEŻY | 900,00 |
| ODDZIAŁ SĄDOWO-PSYCHIATRYCZNY | 860,00 |
| ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY | 250,00 |
| ODDZIAŁ DZIENNY PSYCHIATRYCZNY DLA MŁODZIEŻY | 430,00 |
| ODDZIAŁ DZIENNY LECZENIA ZABURZEŃ NERWICOWYCH I ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI | 270,00 |
| Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych - w oddziałach dla dorosłych | 1 360,00 |
| Leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych - w Oddziale Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży | 1 210,00 |

**Cennik świadczeń za osobodzień pobytu w Szpitalu**

| Miejsce udzielania świadczeń | Cena netto w zł** |
|---|---|
| ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ, GASTROENTEROLOGICZNEJ I NOWOTWORÓW UKŁADU POKARMOWEGO | 1 700,00 |
| ODDZIAŁ TRAUMATOLOGII | 1 600,00 |
| ODDZIAŁ CHIRURGII NACZYNIOWEJ I ANGIOLOGII | 1 400,00 |
| ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ | 1 700,00 |
| ODDZIAŁ CHIRURGII CHORÓB PIERSI | 1 700,00 |
| ODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ | 800,00 |
| ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH, INTENSYWNEGO NADZORU KARDIOLOGICZNEGO, DIABETOLOGII, ENDOKRYNOLOGII I GERIATRII | 1 300,00 |
| ODDZIAŁ GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ I GINEKOLOGII | 1 400,00 |
| ODDZIAŁ POŁOŻNICTWA I PATOLOGII CIĄŻY | 1 550,00 |
| ODDZIAŁ NOWORODKÓW | 1 400,00 |
| ODDZIAŁ DERMATOLOGII I WENEROLOGII, ODDZIAŁ DERMATOLOGII DZIECIĘCEJ | 1 300,00 |
| ODDZIAŁ OKULISTYKI, ODDZIAŁ OKULISTYKI DZIECIĘCEJ | 1 350,00 |
| ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII | 7 450,00 |
| ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ | 2 100,00 |
| ODDZIAŁ HEMATOONKOLOGII, TRANSPLANTACJI SZPIKU I CHEMIOTERAPII | 1 150,00 |
| ODDZIAŁ HEMATOONKOLOGII, TRANSPLANTACJI SZPIKU I CHEMIOTERAPII - POBYT PACJENTA W WARUNKACH CHEMIOTERAPII DZIENNEJ | 650,00 |
| ODDZIAŁ CHEMIOTERAPII DZIENNEJ - PODODDZIAŁ ONKOLOGII KLINICZNEJ | 650,00 |
| ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH I HEPATOLOGII | 1 350,00 |

**** cena nie zawiera kosztów zabiegu, diagnostyki, leków i sprzętu medycznego**

**Załącznik Nr 37**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
## w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

| MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ | Cena netto 1 porady w zł |
|---|---|
| Poradnia chirurgiczna/chirurgii ogólnej | 170,00 |
| Poradnia chirurgii urazowej | 170,00 |
| Poradnia chirurgii naczyniowej i angiologii | 170,00 |
| Poradnia ginekologiczna z ośrodkiem diagnostyki onkologicznej | 170,00 |
| Poradnia ginekologiczno-położnicza | 170,00 |
| Poradnia okulistyczna/okulistyczna ogólna | 170,00 |
| Poradnia dermatologiczna | 170,00 |
| Poradnia psychiatryczna | 170,00 |
| Poradnia psychiatryczna dla dzieci i młodzieży | 230,00 |
| Poradnia kardiologiczna | 170,00 |
| Poradnia endokrynologiczna | 170,00 |
| Poradnia diabetologiczna | 170,00 |
| Poradnia onkologiczna/chirurgii onkologicznej/radioterapii | 170,00 |
| Poradnia hematoonkologii | 195,00 |
| Poradnia transplantacji szpiku | 195,00 |
| Poradnia chorób zakaźnych | 195,00 |
| Poradnia diagnostyczno-lecznicza | 195,00 |
| Poradnia hepatologiczna | 195,00 |
| Podstawowa opieka zdrowotna (porada lekarska) | 115,00 |
| Poradnia otolaryngologiczna | 170,00 |
| Poradnia neurologiczna | 170,00 |
| Poradnia genetyczna | 195,00 |
| Poradnia preanestetyczna | 200,00 |
| Poradnia neonatologiczna | 170,00 |
| Poradnia chorób wewnętrznych | 170,00 |
| Poradnia perinatalna | 170,00 |
| Poradnia andrologiczna | 170,00 |

1. Cena porady obejmuje: wywiad, badania przedmiotowe, zlecenia.

2. Niezależnie od odpłatności ponoszonej za poradę lekarską, pacjent ponosi dodatkową odpłatność za faktycznie wykonane badania diagnostyczne, zgodnie z obowiązującymi w USK Nr 1 w Lublinie cennikami, oraz za faktycznie wykonany zabieg w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie ze słownikami procedur obowiązującymi w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, określonymi na stronach internetowych NFZ: www.NFZ.lublin.pl, za wyjątkiem poniższych zabiegów okulistycznych

wykonywanych w Poradni Okulistycznej Ogólnej i Izbie Przyjęć Okulistki, za które pobiera się odpłatność w wysokości:

| Rodzaj zabiegu okulistycznego | Cena netto w zł |
|---|---|
| zgłębnikowanie otworu łzowego | 245,00 |
| przywrócenie drożności dróg łzowych - inne | 155,00 |
| obliteracja otworu łzowego | 305,00 |
| płukanie dróg łzowych | 235,00 |
| skrobanie rogówki na rozmaz lub posiew | 235,00 |
| cyklokrioterapia | 440,00 |
| cyklofotokoagulacja | 555,00 |
| gonioplastyka laser | 555,00 |
| przecięcie wtórnej błony (po zaćmie); kapsulotomia laserowa YAG | 710,00 |
| usuniecie szwów, staplerów gdzie indziej nie wymienione | 155,00 |
| nacięcie tęczówki z użyciem lasera | 575,00 |
| nakłucie przedniej komory oka | 555,00 |
| zniszczenie zmiany naczyniówki/ siatkówki - krioterapia | 735,00 |
| fotokoagulacja (laser) zmiany naczyniówki/ siatkówki - w znieczuleniu miejscowym | 735,00 |
| fotokoagulacja (laser) zmiany naczyniówki/ siatkówki - w znieczuleniu ogólnym | 1 220,00 |
| usunięcie ciała obcego wbitego w powiekę lub spojówkę bez nacięcia | 235,00 |

**Załącznik Nr 38**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK ŚWIADCZEŃ REALIZOWANYCH W IZBACH PRZYJĘĆ

| Lp. | Wykonana procedura | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Porada w Izbie Przyjęć | 220,00 |
| 2 | EKG bez opisu | 55,00 |
| 3 | EKG z opisem | 75,00 |
| 4 | Farmakoterapia doustna | 20,00 |
| 5 | Iniekcje dożylne | 60,00 |
| 6 | Iniekcja domięśniowa | 35,00 |
| 7 | Iniekcja podskórna | 35,00 |
| 8 | Wlew kroplowy | 70,00 |
| 9 | Unieruchomienie kręgosłupa | 70,00 |
| 10 | Cewnikowanie/wymiana cewnika założonego na stałe w drogach moczowych | 70,00 |
| 11 | Znieczulenie miejscowe powierzchniowe | 70,00 |
| 12 | Znieczulenie nasiękowe | 70,00 |
| 13 | Znieczulenie odcinkowe | 140,00 |
| 14 | Znieczulenie całkowite dożylne | 680,00 |
| 15 | Zaopatrzenie ran powierzchownych, w tym oczyszczenie i opatrunek – szycie/nacięcie powłok - ewakuacja, sączkowanie krwiaka i/lub ropnia, ciało obce- usunięcie z powłok i/lub z naturalnych otworów ciała | 140,00 |
| 16 | Nastawienie złamania (zwichnięcia) i/lub unieruchomienie zewnętrzne | 755,00 |
| 17 | Punkcja diagnostyczno-terapeutyczna stawów, skóry i torbieli z diagnostyką | 245,00 |
| 18 | Założenie szyny przy zwichnięciu zębów | 650,00 |
| 19 | Opanowanie krwotoku z nosa – tamponada tylna (świadczenie wykonywane w znieczuleniu miejscowym | 170,00 |
| 20 | Opanowanie krwotoku z nosa – tamponada przednia – w znieczuleniu miejscowym | 90,00 |

1. Cena porady w Izbie Przyjęć obejmuje: wywiad, ocenę, badania przedmiotowe lekarza i pielęgniarki dyżurnej Izby Przyjęć.
2. Niezależnie od odpłatności ponoszonej za poradę, pacjent ponosi dodatkową odpłatność za faktycznie wykonane badania diagnostyczne, konsultacje i procedury medyczne zgodnie z obowiązującymi w USK Nr 1 w Lublinie cennikami.
3. W przypadku wykonania kilku świadczeń odpłatność stanowi sumę poszczególnych usług.

| Lp. | ZAKRES KONSULTACJI REALIZOWANYCH W IZBACH PRZYJĘĆ (bezpośrednie) | Cena netto 1 konsultacji | Cena netto 1 konsultacji |
|---|---|---|---|

| | /INNYCH JEDNOSTKACH (zdalne)<br>USK Nr 1 w Lublinie | bezpośredniej w zł | zdalnej w zł |
|---|---|---|---|
| 1 | Chirurgiczna ogólna | 205,00 | 170,00 |
| 2 | Ortopedyczna | 205,00 | 170,00 |
| 3 | Chirurgii naczyniowej i angiologii | 205,00 | 170,00 |
| 4 | Ginekologiczno-położnicza | 205,00 | 170,00 |
| 5 | Okulistyczna | 205,00 | 170,00 |
| 6 | Dermatologiczna/wenerologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 7 | Chirurgii szczękowo-twarzowej/chirurgii stomatologicznej | 205,00 | 170,00 |
| 8 | Stomatologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 9 | Kardiologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 10 | Internistyczna | 205,00 | 170,00 |
| 11 | Endokrynologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 12 | Diabetologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 13 | Onkologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 14 | Hematologiczna | 235,00 | 180,00 |
| 15 | Transplantacji szpiku | 235,00 | 180,00 |
| 16 | Chorób zakaźnych | 235,00 | 180,00 |
| 17 | Otolaryngologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 18 | Neurologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 19 | Neonatologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 20 | Anestezjologiczna | 245,00 | 195,00 |
| 21 | Psychiatryczna | 205,00 | 170,00 |
| 22 | Psychiatrii dziecięcej | 275,00 | 205,00 |
| 23 | Psychologiczna | 205,00 | 170,00 |
| 24 | Radioterapeutyczna | 275,00 | 220,00 |

1. Cena konsultacji obejmuje: wywiad, badania przedmiotowe, zlecenia.

**Załącznik Nr 39**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**Cennik na konsultacje specjalistyczne, konsultacje eksperckie i zabiegi operacyjne wykonywane przez lekarzy-pracowników USK Nr 1 w Lublinie na rzecz innych podmiotów, w tym podmiotów leczniczych oraz trybu ich przeprowadzania**

§ 1

1. Procedura przyjmowania zleceń odbywa się telefonicznie.
2. Kierownik Kliniki wskazuje lekarza, który wykona zlecone świadczenie zdrowotne.

§ 2

1. Dokumentami potwierdzającymi wykonanie świadczenia na rzecz innych podmiotów leczniczych są:
   a) formularz rozliczeniowy na świadczenie konsultacji specjalistycznych, stanowiący Załącznik Nr A oraz kopia skierowania,
   b) formularz rozliczeniowy na wykonywanie zabiegów operacyjnych, stanowiący Załącznik Nr B.
2. Lekarze USK Nr 1 w Lublinie dokonują rozliczenia za podejmowane czynności na rzecz innych podmiotów leczniczych, oraz przekazują informację do Działu Usług Medycznych i Rozliczeń.

§ 3

**Cena zabiegu operacyjnego/świadczenia zabiegowego** przeprowadzonego przez lekarza - pracownika USK Nr 1 w Lublinie na rzecz innego podmiotu leczniczego uzależniona jest od trybu wykonania świadczenia:

1. **Opłata za wykonanie zabiegu operacyjnego/świadczenia zabiegowego w siedzibie Zleceniodawcy** składa się z następujących elementów:
   1.1 opłaty za czas wykonania świadczenia (od momentu opuszczenia siedziby USK Nr 1 do momentu powrotu), za każdą godzinę, według poniższych stawek:
      a) w przypadku zabiegu wykonanego w dni powszednie w godz. 6-15:
         - lekarz specjalista: 450,00 zł netto,
         - pielęgniarka: 175,00 zł netto,
      b) w przypadku zabiegu wykonanego w dni powszednie w godz. 15-6 oraz w dni świąteczne - 150% stawek określonych w punkcie „a)", tj.:
         - lekarz specjalista:660,00 zł netto,
         - pielęgniarka: 270,00 zł netto,
   1.2 opłaty za zużyte materiały i środki farmaceutyczne stanowiące własność USK Nr 1 w Lublinie wg cen faktycznego ich zakupu,
   1.3 opłaty ryczałtowej w wysokości 100,00 zł netto (koszty przejazdu i parking), uwzględnianej w sytuacji kiedy transport do innego zakładu opieki zdrowotnej nie jest zapewniony przez jednostkę zlecającą.

2. **Opłata za wykonanie zabiegu operacyjnego/świadczenia zabiegowego w siedzibie USK Nr 1 w Lublinie** – według katalogu świadczeń finansowanych przez NFZ.

§ 4

**Cena konsultacji specjalistycznej** udzielonej przez lekarza-pracownika USK Nr 1 w Lublinie na rzecz innego podmiotu leczniczego uzależniona jest od trybu wykonania świadczenia:

1. **Opłata za konsultację wykonaną w siedzibie Zleceniodawcy:**
   a) zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem na konsultacje specjalistyczne w Izbach Przyjęć,
   b) w przypadku gdy transport odbywa się na koszt USK Nr 1 w Lublinie lub transportem własnym lekarza konsultanta, dolicza się dodatkowo kwotę: 100,00 zł netto (podana kwota obejmuje koszt przejazdu i parking).
2. **Opłata za konsultację wykonaną w siedzibie USK Nr 1 w Lublinie** – zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem na konsultacje specjalistyczne w Izbach Przyjęć oraz cennikiem na usługi stomatologiczne.
3. **W przypadku przeprowadzenia badań diagnostycznych** zleconych przez lekarza-konsultanta, w jednostkach organizacyjnych USK Nr 1 w Lublinie, o cenę tych badań zwiększa się koszt wykonanego świadczenia zgodnie z aktualnie obowiązującym cennikiem na świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostycznych.

§ 5

1. Cena za konsultację eksperta będącego pracownikiem USK Nr 1 w Lublinie, polegająca na wydaniu opinii (nie dotyczącej stanu zdrowia lub choroby pacjenta) - 520 zł netto za 1 godzinę.
2. Dokumentem potwierdzającym wykonanie konsultacji na rzecz innych podmiotów, w tym leczniczych jest formularz rozliczeniowy na świadczenie konsultacji eksperckich, stanowiący Załącznik Nr C.
3. Pracownicy USK Nr 1 w Lublinie dokonują rozliczenia za podejmowane czynności na rzecz innych podmiotów, w tym podmiotów leczniczych oraz przekazują informację do Działu Usług Medycznych i Rozliczeń.

§ 6

Prawidłowo wypełnione i dostarczone dokumenty, o których mowa w § 2 oraz § 5 ust.2 stanowią podstawę do wystawienia przez Dział Usług Medycznych i Rozliczeń USK Nr 1 w Lublinie faktury obciążającej jednostkę, na rzecz której wykonano świadczenie zdrowotne.

§ 7

1. Pracownikowi korzystającemu z własnego środka transportu w celu przeprowadzenia konsultacji lub zabiegu operacyjnego na zewnątrz, przysługuje zwrot kosztów z tego tytułu, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
2. Rozliczenia kosztów przejazdu w związku z poleceniem służbowym świadczenia pracy na rzecz innego podmiotu leczniczego dokonuje Dział Usług Medycznych i Rozliczeń USK Nr 1 w Lublinie.

*Załącznik nr A*

**Formularz rozliczeniowy na świadczenia konsultacji specjalistycznych na rzecz innych podmiotów leczniczych przez lekarzy USK Nr 1 w Lublinie**

**Nazwa jednostki zewnętrznej na rzecz której wykonane zostało świadczenie:**

**.....**

**pieczęć jednostki Zlecającej**

**Imię i nazwisko lekarza kierującego**:.....

**Oddział na rzecz którego wykonano konsultację**:.....

**Data wykonania świadczenia**: .....

**Rozpoznanie wg ICD-10**:.....

**Imię i nazwisko pacjenta**: .....

**Pesel pacjenta:** ……

**Miejsce wykonania świadczenia:** Siedziba USK Nr 1/ Siedziba Zleceniodawcy (niepotrzebne skreślić)
**Rodzaj transportu (**właściwe wybrać):

- zapewniony przez jednostkę zewnętrzną
- własnym transportem lekarza konsultanta
- transportem USK Nr 1

**Dodatkowe badania diagnostyczne wykonane w USK Nr 1 w Lublinie:**

**.....**

**.....**

**.....**

**.....**

..... .....

**pieczęć i podpis lekarza konsultanta**

**pieczęć i podpis lekarza jednostki na rzecz której wykonano konsultację**

*Załącznik Nr B*

**Formularz rozliczeniowy na wykonywanie zabiegów operacyjnych/świadczeń zabiegowych na rzecz innych podmiotów leczniczych przez lekarzy USK Nr 1**

**Nazwa jednostki zewnętrznej na rzecz której wykonane zostało świadczenie**

**.....**

**pieczęć jednostki Zlecającej**

**Imię i nazwisko lekarza zlecającego:** .....

**Oddział na rzecz którego wykonano zabieg**:.....

**Data wykonania zabiegu:** .....

**Imię i nazwisko pacjenta:** .....

**Pesel pacjenta:** ……

**Kod wykonanej procedury:** .....

**Uwagi dodatkowe dotyczące zabiegu:** .....

**<u>W przypadku wykonania świadczenia w siedzibie Zleceniodawcy należy podać:</u>**

1. **Rodzaj i ilość zużytych materiałów własnych (USK Nr 1):**

**……**
**……**
**……**
**……**

2. **Czas wykonania świadczenia (od momentu opuszczenia siedziby USK Nr 1 do momentu powrotu, z zaznaczeniem czasu zabiegu po godz. 15)** ……...
3. **Skład zespołu wyjazdowego (ilość osób)** ..……..……
4. **Transport do siedziby Zleceniodawcy:** zapewniony przez jednostkę zewnętrzną/prywatny (niepotrzebne skreślić).

…….

**pieczęć i podpis lekarza USK Nr 1 wykonującego świadczenie**

.....

**pieczęć i podpis lekarza jednostki dla której wykonano świadczenie**

***Załącznik Nr C***

Formularz rozliczeniowy konsultacji udzielonej przez eksperta będącego pracownikiem zatrudnianym przez USK Nr 1 w Lublinie polegającej na wydaniu opinii (nie dotyczącej stanu zdrowia lub choroby pacjenta) na rzecz podmiotów, w tym podmiotów leczniczych .

**Nazwa podmiotu, na rzecz którego udzielono konsultacji**

**.....**

**pieczęć jednostki Zlecającej**

**Imię i nazwisko pracownika – konsultanta** .....

**Przedmiot i forma konsultacji**: .....

**Data udzielenia konsultacji**: .....

**Miejsce udzielenia konsultacji:** ……

**Liczba godzin*:** ……

.....
**pieczęć i podpis lekarza konsultanta**

.....
**podpis podmiotu, na rzecz którego wykonano konsultację**

***) każda rozpoczęta godzina**

**Załącznik Nr 40**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK ZA GOTOWOŚĆ DO REALIZACJI ŚWIADCZEŃ W USK NR 1 W LUBLINIE
## (opłata ryczałtowa)

| Lp. | Gotowość (opłata ryczałtowa) | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1* | Opłata miesięczna za gotowość do udzielania świadczeń<br>- dotyczy jednego zakresu świadczeń z wyłączeniem zabiegów operacyjnych i terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii<br>- naliczana w kolejnym miesiącu w sytuacji braku realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym miesiącu będących przedmiotem danej umowy. | 250,00 |
| 2 | Opłata miesięczna za gotowość do realizacji zabiegów operacyjnych/terapii w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. | 1 000,00 |

*) nie dotyczy umów na profilaktykę po ekspozycyjną zakażenia HIV i WZW typu B i C

**Załącznik Nr 41**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Nazwa testu diagnostycznego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Pobranie materiału | 7 |
| | **Badania hematologiczne** | |
| 2 | Morfologia krwi bez rozmazu z analizatora | 11 |
| 3 | Morfologia krwi + rozmaz z analizatora | 13 |
| 4 | Morfologia krwi + rozmaz z analizatora + rozmaz manualny | 40 |
| 5 | Morfologia krwi + rozmaz z analizatora + retikulocyty | 33 |
| 6 | Morfologia krwi + rozmaz manualny + retikulocyty | 46 |
| 7 | Retikulocyty | 20 |
| 8 | Morfologia krwi na ciepło | 20 |
| 9 | Morfologia krwi + rozmaz w kierunku malarii | 52 |
| 10 | Test serologiczny w kierunku malarii | 46 |
| 11 | Płytki krwi pobrane na cytrynian | 13 |
| 12 | Płytki krwi – antykoagulant z jonami magnezu | 13 |
| 13 | Odczyn opadania krwinek (OB) | 8 |
| 14 | Komórki LE | 33 |
| 15 | Rozmaz krwi obwodowej | 33 |
| 16 | HPC | 130 |
| | **Hemostaza (osocze cytrynianowe)** | |
| 17 | Czas protrombinowy (PT) | 16 |
| 18 | INR (parametr wyliczany) | |
| 19 | Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT) | 16 |
| 20 | Fibrynogen | 26 |
| 21 | D – Dimery | 39 |
| 22 | Czas trombinowy(TT) | 26 |
| 23 | Antytrombina III | 52 |
| 24 | Białko C | 97 |
| 25 | Wolne białko S-antygen | 136 |
| 26 | Oporność na białko C-współczynnik APC-R | 84 |
| 27 | Antykoagulant toczniowy – wskaźnik NR dRVVT | 110 |
| 28 | Czynnik von Willebranda-Ag | 130 |
| 29 | Czynnik von Willebranda-aktywność ACT | 156 |

| Lp. | Nazwa testu diagnostycznego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 30 | Czynnik II | 136 |
| 31 | Czynnik V | 117 |
| 32 | Czynnik VII | 117 |
| 33 | Czynnik VIII | 136 |
| 34 | Czynnik IX | 117 |
| 35 | Czynnik X | 136 |
| 36 | Czynnik XI | 117 |
| 37 | Czynnik XII | 117 |
| 38 | Czynnik XIII | 117 |
| 39 | Krążący antykoagulant | 39 |
| 40 | Inhibitor czynnika VIII | 517 |
| 41 | Inhibitor czynnika IX | 324 |
| 42 | Anty-Xa | 130 |
| 43 | Rivaroxaban | 130 |
| 44 | Apixaban | 130 |
| 45 | Dabigatran | 130 |
| **Chemia kliniczna (surowica)** | | |
| 46 | Glukoza | 11 |
| 47 | Białko całkowite | 9 |
| 48 | Albumina | 13 |
| 49 | Bilirubina całkowita | 9 |
| 50 | Bilirubina bezpośrednia | 13 |
| 51 | Bilirubina pośrednia (parametr wyliczany) | |
| 52 | Aminotransferaza asparaginianowa (AST) | 11 |
| 53 | Aminotransferaza alaninowa (ALT) | 11 |
| 54 | Fosfataza alkaliczna (ALP) | 13 |
| 55 | Fosfataza kwaśna (ACP) | 20 |
| 56 | Gamma-glutamylotransferaza (GGT) | 13 |
| 57 | Dehydrogenaza mleczanowa (LDH) | 13 |
| 58 | Amylaza | 13 |
| 59 | Lipaza | 13 |
| 60 | Kinaza kreatynowa (CK) | 13 |
| 61 | Kinaza kreatynowa – izoenzym MB (CK-MB) | 20 |
| 62 | Cholesterol całkowity | 9 |
| 63 | Cholesterol HDL | 11 |
| 64 | Triglicerydy | 11 |
| 65 | Cholesterol LDL (parametr wyliczany) | |
| 66 | Cholesterol nie-HDL (parametr wyliczany) | |
| 67 | Mocznik | 11 |

| Lp. | Nazwa testu diagnostycznego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 68 | Kreatynina | 11 |
| 69 | eGFR (parametr wyliczany) | |
| 70 | Kwas moczowy | 13 |
| 71 | Sód | 8 |
| 72 | Potas | 8 |
| 73 | Chlorki | 8 |
| 74 | Wapń całkowity | 11 |
| 75 | Fosforany nieorganiczne | 11 |
| 76 | Magnez całkowity | 11 |
| 77 | Lit | 13 |
| 78 | Żelazo | 13 |
| 79 | Transferyna | 26 |
| 80 | Wysycenie transferyny żelazem (parametr wyliczany) | |
| 81 | Haptoglobina | 33 |
| 82 | Ferrytyna | 33 |
| 83 | ßeta2 mikroglobulina | 52 |
| 84 | Składnik dopełniacza C3 | 78 |
| 85 | Składnik dopełniacza C4 | 78 |
| 86 | Kwasy żółciowe całkowite | 26 |
| 87 | CRP | 13 |
| 88 | Krzywa żelazowa 4 punktowa | 52 |
| 89 | Krzywa insulinowa 2 punktowa | 78 |
| 90 | Krzywa insulinowa 3 punktowa | 117 |
| 91 | Etanol | 17 |
| 92 | Ceruloplazmina | 22 |
| 93 | Lipoproteina(a) | 55 |
| **Chemia kliniczna (osocze, krew pobrana na fluorek sodu)** | | |
| 94 | Test tolerancji glukozy (75g) (doustny test obciążenia glukozą: każde oznaczenie) | 11 |
| 95 | Test tolerancji glukozy u ciężarnej (75g) (doustny test obciążenia glukozą: każde oznaczenie) | 11 |
| **Chemia kliniczna (krew pełna wersenianowa)** | | |
| 96 | Hemoglobina glikowana (HbA1c) | 33 |
| **Immunochemia (surowica)** | | |
| 97 | Tyreotropina (TSH) | 24 |
| 98 | Trijodotyronina wolna(FT3) | 24 |
| 99 | Tyroksyna wolna(FT4) | 24 |
| 100 | P/ciała p/peroksydazie tarczycowej | 39 |
| 101 | P/ciała p/tyreoglobulinie | 39 |
| 102 | Prolaktyna | 33 |

| Lp. | Nazwa testu diagnostycznego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 103 | Hormon folikulotropowy (FSH) | 33 |
| 104 | Hormon luteinizujący (LH) | 33 |
| 105 | Estradiol | 33 |
| 106 | Progesteron | 33 |
| 107 | Testosteron | 33 |
| 108 | HCG+podjednostka ßeta | 39 |
| 109 | Wolna podjednostka ßeta HCG | 80 |
| 110 | DHEA SO4 | 46 |
| 111 | Kortyzol | 41 |
| 112 | Parathormon (PTH) | 46 |
| 113 | PSA całkowity | 46 |
| 114 | PSA wolny | 46 |
| 115 | Ca 125 | 50 |
| 116 | HE4 | 52 |
| 117 | ROMA (parametr wyliczany) | |
| 118 | Ca 19-9 | 39 |
| 119 | CEA | 39 |
| 120 | Ca 72-4 | 39 |
| 121 | Ca 15-3 | 39 |
| 122 | Alfa-fetoproteina (AFP) | 39 |
| 123 | Prokalcytonina | 91 |
| 124 | P/ciała p/cyklicznemu cytrulinowemu peptydowi (anty-CCP) | 91 |
| 125 | Czynnik reumatoidalny | 20 |
| 126 | IgE całkowite | 47 |
| 127 | hs-Troponina T | 33 |
| 128 | NT-proBNP | 78 |
| 129 | Kwas walproinowy | 33 |
| 130 | Karbamazepina | 33 |
| 131 | Kwas foliowy | 46 |
| 132 | Witamina B12 | 46 |
| 133 | Witamina D3 | 59 |
| 134 | Insulina | 39 |
| 135 | Peptyd C | 39 |
| 136 | Homocysteina | 52 |
| 137 | Interleukina-6 | 117 |
| 138 | AMH (hormon anty-mullerowski) | 108 |
| 139 | P/ciała p/TSHR | 52 |
| 140 | Witamina B12 aktywna | 50 |
| 141 | PAPPA-A | 33 |

| Lp. | Nazwa testu diagnostycznego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 142 | Wankomycyna | 60 |
| **Immunochemia (krew pobrana na EDTA)** | | |
| 143 | ACTH | 52 |
| 144 | Amoniak | 26 |
| 145 | Cyklosporyna | 130 |
| 146 | Takrolimus | 100 |
| **Markery Chorób Zakaźnych (osocze wersenianowe)** | | |
| 147 | P/ciała p/HAV IgM | 59 |
| 148 | HIV antygen/przeciwciała | 39 |
| 149 | Antygen HBs | 33 |
| 150 | Antygen HBs - test potwierdzenia | 65 |
| 151 | Antygen HBs - test ilościowy | 52 |
| 152 | P/ciała p/HBs | 40 |
| 153 | P/ciała p/HBc Total | 46 |
| 154 | P/ciała p/HBc IgM | 65 |
| 155 | Antygen HBe | 59 |
| 156 | P/ciała p/HBe | 59 |
| 157 | P/ciała p/HCV | 39 |
| 158 | P/ciała p/CMV IgM | 52 |
| 159 | P/ciała p/CMV IgG | 39 |
| 160 | P/ciała p/wirusowi różyczki IgM | 52 |
| 161 | P/ciała p/wirusowi różyczki IgG | 39 |
| 162 | P/ciała p/Toxoplasma gondii IgM | 39 |
| 163 | P/ciała p/Toxoplasma gondii IgG | 39 |
| 164 | Avidność Toksoplazmoza IgG | 91 |
| **Białka specyficzne (surowica)** | | |
| 165 | Wolne lekkie łańcuchy Kappa | 117 |
| 166 | Wolne lekkie łańcuchy Lambda | 117 |
| 167 | Wolne lekkie łańcuchy Kappa/Wolne lekkie łańcuchy Lambda (parametr wyliczany) | |
| 168 | Elektroforeza | 33 |
| 169 | Immunofiksacja | 91 |
| 170 | Elektroforeza z immunofiksacją | 123 |
| 171 | Krioglobuliny | 52 |
| 172 | Immunoglobulina IgG | 33 |
| 173 | Immunoglobulina IgM | 26 |
| 174 | Immunoglobulina IgA | 26 |
| 175 | Immunoglobulina IgG4 | 108 |
| 176 | Elektroforeza w moczu | 543 |

| Lp. | Nazwa testu diagnostycznego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| | **Analityka ogólna** | |
| 177 | Analiza ogólna moczu | 13 |
| 178 | Równowaga kasowo-zasadowa (gazometria) | 39 |
| 179 | Mleczany z równowagi kwasowo-zasadowej | 39 |
| 180 | Methemoglobina z równowagi kwasowo-zasadowej | 39 |
| 181 | Panelowy test na narkotyki w moczu (10 narkotyków) | 39 |
| 182 | Płyn mózgowo – rdzeniowy - badanie ogólne | 65 |
| 183 | Albumina CSF | 22 |
| 184 | Płyn z jam ciała – badanie ogólne | 78 |
| 185 | Krew utajona w kale metodą jakościową | 26 |
| 186 | Krew utajona w kale metodą ilościową | 60 |
| | **Płyn z jamy ciała - badania dodatkowe** | |
| 187 | Amylaza | 13 |
| 188 | Lipaza | 13 |
| 189 | Cholesterol całkowity | 9 |
| 190 | Glukoza | 11 |
| 191 | Bilirubina całkowita | 9 |
| 192 | Triglicerydy | 11 |
| 193 | Mocznik | 11 |
| 194 | Kreatynina | 11 |
| 195 | Kwas moczowy | 13 |
| 196 | CEA | 39 |
| 197 | Ca 19-9 | 39 |
| 198 | Ca 125 | 50 |
| | **Chemia kliniczna (mocz DZM)** | |
| 199 | Białko całkowite DZM | 20 |
| 200 | Albumina DZM | 26 |
| 201 | Kreatynina DZM | 11 |
| 202 | Mocznik DZM | 11 |
| 203 | Sód DZM | 8 |
| 204 | Potas DZM | 8 |
| 205 | Wapń całkowity DZM | 11 |
| 206 | Fosforany nieorganiczne DZM | 11 |
| 207 | Kwas moczowy DZM | 13 |
| | **Chemia kliniczna (mocz - próbka jednorazowa)** | |
| 208 | Białko całkowite | 20 |
| 209 | Albumina | 26 |
| 210 | Kreatynina | 11 |
| 211 | Wskaźnik ACR (parametr wyliczany) | |
| 212 | Mocznik | 11 |

| Lp. | Nazwa testu diagnostycznego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 213 | Sód | 8 |
| 214 | Potas | 8 |
| 215 | Wapń całkowity | 11 |
| 216 | Fosforany nieorganiczne | 11 |
| 217 | Kwas moczowy | 13 |
| 218 | Amylaza | 13 |
| 219 | Glukoza | 11 |
| **Test kasetkowy** | | |
| 220 | Test kasetkowy SARS-CoV-2 | 104 |

**Załącznik Nr 42**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# ***CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH***

Dział Diagnostyki Laboratoryjnej
Pracownia Cytometrii Przepływowej i Cytomorfologii
USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł | Czas oczekiwania na wynik |
|---|---|---|---|
| **1.** | Immunofenotypowanie komórek krwi obwodowej, szpiku, płynów ustrojowych (łącznie z oceną): | | 3-5 dni roboczych (tryb pilny: 24 godz.) |
| **1.1** | Panel podstawowy różnicujący poszczególne subpopulacje komórkowe (markery powierzchniowe):<br>CD45/CD14 – leucogate (określenie odsetka poszczególnych subpopulacji leukocytów)<br>CD3/CD8/CD45/CD4 – odsetek limfocytów T, Th, Tc<br>CD45/CD19 – odsetek limfocytów B<br>NK (CD3/CD16+56+) – odsetek komórek NK | **100,00**<br>(za pojedynczy marker) | |
| **1.2** | Diagnostyka rozszerzona w zależności od jednostki chorobowej (ceny zależą od ilości zużytych przeciwciał): | | |
| ➢ | B-NHL chłoniaki B-komórkowe (markery powierzchniowe: CD5, CD19, CD20, CD22, CD23, CD10, CD43, CD44, CD71, CD200, sIgM, CD11c, CD25, CD38, CD103, łańcuchy kappa, lambda, markery cytoplazmatyczne: cyklina D1, ZAP-70)<br>– rozszerzony panel diagnostyczny<br>– ocena choroby resztkowej | <br><br><br><br>**2 288,00**<br>**1 293,00** | |
| ➢ | T-NHL chłoniaki T-komórkowe (markery powierzchniowe: CD3, CD2, CD7, CD5, CD1a, CD16, CD56, CD25, CD26, TCRa/b, TCRg/d, markery cytoplazmatyczne: TDT, CD3)<br>– rozszerzony panel diagnostyczny<br>– ocena komórek Sezary'ego<br>– ocena choroby resztkowej | <br><br><br>**2 288,00**<br>**1 293,00**<br>**1 293,00** | |
| ➢ | B-ALL ostre białaczki limfoblastyczne B-komórkowe (markery powierzchniowe: CD10, CD19, CD20, CD22, CD34, CD38, CD33, łańcuchy kappa, lambda, sIgM, markery cytoplazmatyczne: cIgM, CD79a, CD22, TDT)<br>– rozszerzony panel diagnostyczny<br>– ocena choroby resztkowej | <br><br><br>**3 050,00**<br>**1 293,00** | |
| ➢ | T-ALL ostre białaczki limfoblastyczne T-komórkowe (markery powierzchniowe: CD1a, CD2, CD3, CD5, CD7, markery cytoplazmatyczne: TdT, CD3)<br>– rozszerzony panel diagnostyczny<br>– ocena choroby resztkowej | <br><br><br>**3 050,00**<br>**1 293,00** | |

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł | Czas oczekiwania na wynik |
|---|---|---|---|
| ➢ | AML ostre białaczki szpikowe (markery powierzchniowe: CD117, CD13, CD33, CD34, CD15, CD56, CD11c, DR, CD19, CD64, CD65, CD2, CD7, Glikoforyna A, CD71, markery cytoplazmatyczne: MPO, TDT)<br>– rozszerzony panel diagnostyczny<br>– ocena choroby resztkowej | **3 812,00**<br>**1 293,00** | |
| ➢ | szpiczaki plazmocytowe (markery powierzchniowe: CD138, CD38, CD45, CD19, CD20, CD56, CD117, wewnątrzcytoplazmatyczne łańcuchy lekkie kappa i lambda) | **1 680,00** | |
| ➢ | badanie funkcji płytek metodą cytometrii przepływowej (CD61, CD63, CD62P) | **453,00** | |
| ➢ | mastocytoza (markery powierzchniowe CD45, CD33, CD2, CD117, CD25) | **543,00** | |
| ➢ | ocena ilościowa komórek macierzystych i żywotności (markery powierzchniowe: CD45, CD34, 7AAD) | **453,00** | |
| ➢ | podstawowy panel różnicujący AML/limfoproliferacja (CD34, CD3, CD19, CD5, CD23, CD117, CD33) | **1 939,00** | |
| **2.** | Badanie funkcji płytek w aparacie PFA-200, testy Col/Epi, Col/ADP | **246,00** | 30 min. |
| **3.** | Badanie funkcji agregacji płytek w aparacie Multiplate pod wpływem agonistów: ADP, kolagenu, kwasu arachidonowego, TRAP (białko aktywujące receptor trombiny), Ristocetyny | **181,00**<br>(za pojedynczy test - max. 905,00) | 30 min |
| **4.** | Diagnostyka NNH:<br>- ultraczułe badanie leukocytów: Flaer, CD157, CD45, CD15, CD64<br>- badanie erytrocytów: CD59, CD235a | **685,00** | 2 dni robocze |
| **5.** | Tromboelastometria:<br>- testy INTEM, EXTEM, FIBTEM<br>- dodatkowe testy HEPTEM, APTEM | **504,00**<br>(**156,00** za pojedynczy test, max. 780,00) | |
| **6.** | Wykonanie rozmazu szpiku wraz z barwieniem i ocena mielogramu | **130,00 zł** | 24 godz. |
| **7.** | Badania cytochemiczne i immunoenzymatyczne komórek krwi obwodowej lub szpiku (łącznie z oceną): | | |
| ➢ | peroksydaza (POX) | **91,00 zł** | 24 godz. |
| ➢ | PAS | **115,00 zł** | 24 godz. |
| ➢ | niespecyficzna esteraza | **143,00 zł** | 24 godz. |
| ➢ | fosfataza kwaśna oporna na winian (TRAP) | **209,00 zł** | 24 godz. |
| ➢ | fosfataza alkaliczna granulocytów (FAG score) | **186,00 zł** | 5 dni roboczych |
| ➢ | sideroblasty | **86,00 zł** | 24 godz. |

**Załącznik Nr 43**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**
**wykonywanych w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej**
**Laboratorium Diagnostyki Molekularnej USK Nr 1 w Lublinie**

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| **A** | **BADANIA MOLEKULARNE (PCR)** | |
| 1 | transkrypt BCR::ABL1 (b3a2, b2a2, e1a2) - RT-PCR | 515,00 |
| 2 | transkrypt BCR::ABL1 (b3a2, b2a2, e1a2) - nested PCR | 550,00 |
| 3 | mutacja genu JAK2 pV617F - ASO-PCR | 445,00 |
| 4 | panel MPN (transkrypt BCR::ABL1 + mutacja genu JAK2 pV617F) | 895,00 |
| 5 | mutacje genu FLT3 (ITD + TKD) - ASO-PCR oraz PCR-RFLP | 450,00 |
| 6 | mutacje genu BRCA1 (trzy najczęstsze mutacje) - PCR-RFLP | 420,00 |
| 7 | izolacja DNA/RNA z krwi obwodowej/szpiku | 80,00 |
| **B** | B**ADANIA CYTOGENETYCZNE (CYTOGENETYKA KLASYCZNA)** | |
| 1 | kariotyp limfocytów krwi obwodowej w nowotworach ukł. krwiotwórczego | 890,00 |
| 2 | kariotyp komórek szpiku | 890,00 |
| **C** | **BADANIA CYTOGENETYCZNE (FISH)** | |
| 1 | t(8;21)(q22;q22) RUNX1::RUNX1T1 | 1 010,00 |
| 2 | t(9;22)(q34;q11.2) BCR::ABL1 | 1 140,00 |
| 3 | t(15;17)(q22-24;q21.1) PML::RARA | 1 010,00 |
| 4 | rearanżacja 11q23 KMT2A | 1 010,00 |
| 5 | inv(16)(p16;q22) CBFB | 1 010,00 |
| 6 | rearanżacja 3q26.2 MECOM | 1 010,00 |
| 7 | delecja 11q22 ATM / delecja 17p13.1 TP53 | 1 010,00 |
| 8 | delecja 17p13.1 TP53 / centromer chromosomu 17. | 1 010,00 |
| 9 | rearanżacja 2p23 ALK | 1 010,00 |
| 10 | rearanżacja 3q27 BCL6 | 1 010,00 |
| 11 | rearanżacja 8q24 MYC | 1 010,00 |
| 12 | rearanżacja 14q32 IGH | 1 010,00 |
| 13 | rearanżacja 18q21 BCL2 | 1 010,00 |
| 14 | t(8;14)(q24;q32) MYC::IGH | 1 010,00 |
| 15 | t(11;14)(q13;q32) CCND1::IGH | 1 010,00 |
| 16 | t(14;18)(q32;q21) BCL2::IGH | 1 010,00 |
| 17 | t(14;18)(q32;q21) MALT1::IGH | 1 010,00 |
| 18 | X (DXZ1) / Y (DYZ3) | 1 010,00 |
| 19 | centromer chromosomu 8. | 760,00 |
| 20 | centromer chromosomu 9. | 760,00 |
| 21 | delecja 5q31-q33 / 5p15 | 950,00 |
| 22 | delecja 7q31 D7S486 / centromer chromosomu 7. | 885,00 |
| 23 | delecja 20q12 D20S108 / 20q13.1 MYBL2 | 760,00 |
| 24 | rearanżacja 4q12 FIP1L1/CHIC2/PDGFRA | 1 140,00 |
| 25 | rearanżacja 5q32-q33 PDGFRB | 1 010,00 |
| 26 | rearanżacja 8p11 FGFR1 | 1 010,00 |
| 27 | rearanżacja 9p24 JAK2 | 1 010,00 |
| 28 | panel CLL 1 (ATM/TP53; D13S319/13q34/centromer 12) | 1 900,00 |
| 29 | panel CLL 2 (TP53/CEP 17; rearanżacja IGH) | 1 790,00 |
| 30 | panel MM 1 (aberracje CDKN2C/CKS1B; TP53/CEP 17; rearanżacja IGH) | 2 675,00 |
| 31 | panel MM 2 (FGFR3::IGH; MYEOV::IGH; MAF::IGH) | 2 785,00 |

**Załącznik Nr 44**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Mikrobiologicznej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Kod IC-D 9 | Nazwa pracowni/ Nazwa badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|---|
| **Pracownia Bakteriologii** | | | |
| 1 | 91.32 | Posiew moczu | 38,00 |
| 2 | 91.32 | Posiew moczu z cewnika | 38,00 |
| 3 | 90.53 | Posiew krwi (hodowla tlenowa) | 45,00 |
| 4 | 90.53 | Posiew krwi (hodowla beztlenowa) | 45,00 |
| 5 | 90.53 | Posiew krwi noworodki (1 butelka) | 55,00 |
| 6 | 90.53 | Posiew krwi z cewnika/portu - tlenowy | 45,00 |
| 7 | 90.53 | Posiew krwi z portu - beztlenowy | 45,00 |
| 8 | 91.73 | Posiew wymazu z rany pooperacyjnej | 38,00 |
| 9 | 91.831 | Posiew wymazu z rany - tlenowo | 38,00 |
| 10 | 91.831 | Posiew wymazu z rany - beztlenowo | 45,00 |
| 11 | 91.83 | Posiew półilościowy i ilościowy cewnika naczyniowego | 45,00 |
| 12 | 90.03 | Posiew płynu mózgowo-rdzeniowego | 38,00 |
| 13 | 90.23 | Posiew wymazu z oka | 38,00 |
| 14 | 90.23 | Posiew wydzieliny z rogówki | 38,00 |
| 15 | 90.23 | Posiew z worka spojówkowego | 38,00 |
| 16 | 90.23 | Posiew z komory przedniej oka | 50,00 |
| 17 | 90.23 | Posiew wydzieliny z ciała szklistego | 50,00 |
| 18 | 90.33 | Posiew wydzieliny z ucha środkowego | 38,00 |
| 19 | 90.33 | Posiew wymazu z ucha zewnętrznego | 38,00 |
| 20 | 90.33 | Posiew wymazu z nosa | 35,00 |
| 21 | 90.33 | Posiew wymazu z nosogardła | 38,00 |
| 22 | 90.33 | Posiew wymazu z gardła | 38,00 |
| 23 | 90.33 | Posiew wymazu z języka | 38,00 |
| 24 | 91.831 | Posiew treści zatoki szczękowej – tlenowy | 38,00 |
| 25 | 91.831 | Posiew treści zatoki szczękowej – beztlenowy | 50,00 |
| 26 | 90.43 | Posiew BAL | 38,00 |
| 27 | 90.43 | Posiew mini BAL | 38,00 |
| 28 | 90.43 | Posiew plwociny | 45,00 |
| 29 | 90.43 | Posiew płynu z opłucnej (tlenowo+beztlenowo) | 85,00 |

| Lp. | Kod IC-D 9 | Nazwa pracowni/ Nazwa badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|---|
| 30 | 91.13 | Posiew płynu z otrzewnej (tlenowo+beztlenowo) | 85,00 |
| 31 | 91.831 | Posiew płynu stawowego (tlenowo+beztlenowo) | 85,00 |
| 32 | 90.93 | Posiew wydzieliny z jamy brzucha | 35,00 |
| 33 | 91.831 | Posiew z ropnia | 38,00 |
| 34 | 91.831 | Posiew z odleżyny | 48,00 |
| 35 | 91.831 | Posiew z owrzodzenia | 48,00 |
| 36 | 91.33 | Posiew wymazu z cewki moczowej | 38,00 |
| 37 | 91.33 | Posiew nasienia | 38,00 |
| 38 | 91.433 | Posiew wymazu z pochwy | 38,00 |
| 39 | 91.433 | Posiew wymazu z pochwy/szyjki macicy w kierunku Gardnerella vaginalis | 25,00 |
| 40 | 91.443 | Posiew wymazu z szyjki macicy | 35,00 |
| 41 | 90.92 | Posiew kału w kierunku *Salmonella Shigella* | 35,00 |
| **Badania przesiewowe** | | | |
| 42 | 90.93 | Posiew wymazu z odbytu w kierunku *Enterobacterales* wytwarzających karbapenemazy CPE | 35,00 |
| 43 | 90.93 | Posiew wymazu z odbytu w kierunku nosicielstwa *Enterococcus* opornych na glikopepetydy VRE | 30,00 |
| 44 | 90.432 | Posiew wymazu z pochwy i odbytu w kierunku *Streptococcus agalactiae* | 38,00 |
| 45 | 90.32 | Posiew wymazu z nosa w kierunku nosicielstwa metycylinooopornego *Staphylococcus aureus* (MRSA) | 30,00 |
| **Pracownia Serologii Mikrobiologicznej** | | | |
| 46 | X13.06.1133 | Badanie kału w kierunku *Giardia lamblia* | 50,00 |
| 47 | U15.06. | Oznaczanie antygenu *Helicobacter pylori* w kale | 25,00 |
| 48 | F37 | Badanie kału na obecność Rota- i Adenowirusów | 25,00 |
| 49 | F11 | Badanie kału na obecność Norowirusów | 48,00 |
| 50 | 91.432 | Badanie czystości pochwy | 15,00 |
| 51 | S25.11.1133 | Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą ELISA w surowicy krwi | 34,00 |
| 52 | S21.11.1133 | Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą ELISA w surowicy krwi | 34,00 |
| 53 | S27.11.1106 | Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą Western Blot w surowicy krwi | 105,00 |
| 54 | S23.11.1106 | Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą Western Blot w surowicy krwi | 105,00 |
| 55 | S25.28.1133 | Borelioza w płynie mózgowo-rdzeniowym (surowica + płyn mózgowo rdzeniowy) oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą ELISA | 85,00 |
| 56 | S27.28.1133 | Borelioza w płynie mózgowo-rdzeniowym (surowica + płyn mózgowo rdzeniowy) oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą ELISA | 85,00 |
| 57 | S27.28.1106 | Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgM metodą Western Blot w płynie mózgowo-rdzeniowym | 110,00 |

| Lp. | Kod IC-D 9 | Nazwa pracowni/ Nazwa badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|---|
| 58 | S23.28.1106 | Borelioza - oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą Western Blot w płynie mózgowo-rdzeniowym | 110,00 |
| 59 | X05 | Bąblowica - oznaczanie obecności przeciwciał IgG metodą ELISA w surowicy krwi | 90,00 |
| 60 | X05.11.1106 | Bąblowica - oznaczanie obecności przeciwciał IgG przeciwko *Echinococcus multilocularis* i *Echinococcus granulosus* metodą Western Blot w surowicy krwi | 116,00 |
| 61 | W01.11.1133 | Antygen rozpuszczalny *Aspergillus spp*.; metoda ELISA | 90,00 |
| 62 | W17.11.1133 | Antygen rozpuszczalny *Candida spp*.; metoda ELISA | 90,00 |
| 63 | F55.11 | Oznaczanie obecności przeciwciał heterofilnych IgM przeciwko antygenowi kapsydowemu wirusa mononukleozy zakaźnej (EBV) w surowicy | 25,00 |
| 64 | F56.11.1106 | Oznaczanie obecności przeciwciał IgM przeciwko antygenom wirusa mononukleozy zakaźnej (EBV) w surowicy (metoda Euroline) | 80,00 |
| 65 | F.54.11.1106 | Oznaczanie obecności przeciwciał IgG przeciwko antygenom wirusa mononukleozy zakaźnej (EBV) w surowicy (metoda Euroline) | 80,00 |
| 66 | S81.06.1133 | Badanie obecności toksynotwórczych *Clostridioides difficile* w kale (antygen GDH, toksyna A/B *C. difficile*) | 75,00 |
| 67 | S81.06.1133/ | Badanie obecności toksynotwórczych *Clostridioides difficile* w kale (antygen GDH, posiew mikrobiologiczny, toksyna A/B *C. difficile*) | 130,00 |
| 68 | U20 | Oznaczanie antygenu Legionella pneumophila serogrupy I w moczu | 34,00 |
| 69 | U79.11.811 | Oznaczanie obecności reagin kiłowych w surowicy – RPR Carbon | 15,00 |
| 70 | U84.11 | Oznaczanie przeciwciał przeciwko *Treponema pallidum* – test immunochromatograficzny | 18,00 |
| 71 | U81.11.814 | Wykrywanie przeciwciał przeciwko *Treponema pallidum* w teście TPHA | 45,00 |
| 72 | V100 | Wykrywanie obecności antygenu wirusa SARS-CoV-2 w wymazie z nosogardzieli – test immunochromatograficzny | 32,00 |
| 73 | V101 | Wykrywanie obecności antygenów wirusa SARS-CoV-2/ grypy A/B/ RSV - w wymazie z nosogardzieli – test immunochromatograficzny | 32,00 |
| 74 | W31.11 | Wykrywanie antygenu kryptokokowego w surowicy/płynie mózgowo-rdzeniowym | 55,00 |
| 75 | U94.11.1133 | Badanie obecności przeciwciał IgG przeciwko pałeczkom *Yersinia* w surowicy krwi metodą ELISA | 34,00 |
| 76 | U92.11.1133 | Badanie obecności przeciwciał IgA przeciwko pałeczkom *Yersinia* w surowicy krwi metodą ELISA | 34,00 |
| 77 | S83.06.882 | Xpert *C. difficile*; Wykrywanie toksyn *Clostridioides difficile* (toksyna B, binarna, szczep hiperepidemiczny NAP1/B1/027) w próbce kału techniką Real-time PCR | 260,00 |
| 78 | 0571.882 | Xpert Carba-R; jednoczesna detekcja i identyfikacja genów różnych klas karbapenemaz: KPC, NDM, VIM, OXA-48, IMP-1 | 260,00 |
| 79 | U99.032 | Xpert vanA/vanB jednoczesna detekcja i identyfikacja genów oporności na glikopeptydy | 260,00 |
| 80 | S,W mix.-10.77.032 | Test BioFire Blood Culture Identification Panel – wykrywanie 43 patogenów i genów oporności metodą PCR bezpośrednio z dodatnich próbek krwi | 540,00 |

| Lp. | Kod IC-D 9 | Nazwa pracowni/ Nazwa badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|---|
| 81 | S,F,W – mix. 06.032 | Test BioFire Gastrointestinal Panel – wykrywanie 22 patogenów metodą PCR z próbek kału | 625,00 |
| 82 | S,F,W – mix. 28.032 | Test BioFire Meningitis/Encephalitis Panel – wykrywanie 14 patogenów metodą PCR w płynie mózgowo - rdzeniowym | 780,00 |
| 83 | U.99.882 | Test BioFire Pneumonia *plus* panel - wykrywanie 27 patogenów dolnych dróg oddechowych oraz 7 genów oporności na antybiotyki metodą PCR w plwocinie, aspiratach tchawiczych lub BALu | 757,00 |
| 84 | U.91.882 | Test BioFire Joint Infection panel – wykrywanie metodą PCR w płynie stawowym 39 patogenów i genów oporności na antybiotyki, najczęściej związanych z infekcjami stawów | 810,00 |
| 85 | U.17.882 | Test Panel BioFire Respiratory 2.1 plus panel - wykrywanie metodą PCR z wymazu z nosogardzieli 23 najczęstszych patogenów odpowiedzialnych za zakażenia górnych dróg oddechowych | 575,00 |
| 86 | | Test Panel BioFire Tropical Fever panel - wykrywanie metodą PCR z krwi 6 najczęstszych patogenów wywołujących chorobę tropikalną | 675,00 |
| **Pracownia Wirusologii** | | | |
| 87 | 0571.882 | Detekcja wirusa grypy z rozróżnieniem wirusów A, B oraz wirusa SARS-CoV-2, RSV techniką Real-time PCR | 290,00 |
| 88 | F26.882 | CMV-DNA w moczu - badanie ilościowe | 53,00 |
| 89 | S79.20.882 | STI: detekcja genomowego DNA Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalim, Trichomonas vaginalis w wymazie z szyjki macicy/pochwy techniką Real-time PCR | 72,00 |
| 90 | S79.20.882 | STI: detekcja genomowego DNA Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalim, Trichomonas vaginalis w moczu techniką Real-time PCR | 72,00 |
| 91 | F38.882 | HPV; detekcja 14 typów wysokiego ryzyka HPV techniką Real-time PCR | 60,00 |
| 92 | V55.123.882 | Jakościowa ocena obecności RNA-HCV | 150,00 |
| 93 | V56.123.882 | Ilościowa ocena wirusa RNA-HCV | 150,00 |
| 94 | V47.123.882 | Ilościowa ocena wirusa DNA-HBV | 150,00 |
| 95 | F26.882 | Ilościowa ocena DNA wirusa CMV | 205,00 |
| 96 | F49.882 | Ilościowa ocena DNA wirusa EBV | 180,00 |
| 97 | F92.882 | Ilościowa ocena wirusa RNA-HIV | 170,00 |
| 98 | C43.872 /C45.872 | Oznaczenie limfocytów T CD3+/CD4+/CD8+ | 120,00 |
| 99 | C43.872 /C45.872 | Oznaczenie limfocytów T CD3+/CD4+/CD8+ (badanie wykonane na odczynnikach Krajowego Centrum ds. AIDS) | 54,00 |
| **Badanie czystości mikrobiologicznej** | | | |
| 100 | UW27.783 | Badanie jałowości preparatów pozajelitowych | 50,00 |
| 101 | 90.53 | Badanie jałowości materiałów przeszczepowych (tlenowy+beztlenowy) | 80,00 |
| 102 | UW99.77.781 | Badanie mikrobiologiczne materiału ze środowiska | 30,00 |
| 103 | UW99.77.781 | Badanie mikrobiologiczne skuteczności procesu dekontaminacji endoskopów | 30,00 |

| Lp. | Kod IC-D 9 | Nazwa pracowni/ Nazwa badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|---|
| **Identyfikacja drobnoustrojów** | | | |
| 104 | UWMS1 | Identyfikacja bakterii i grzybów metoda spektometrii mas | 10,00 |
| 105 | 91.831 | Identyfikacja bakterii i grzybów metoda koloymetryczną (system Vitek) | 28,00 |
| **Badanie lekowrażliwości drobnoustrojów** | | | |
| 106 | U843 | Badanie lekowrażliwości drobnoustrojów metodą automatyczną | 30,00 |
| 107 | U841P | Badanie lekowrażliwości drobnoustrojów metodą dyfuzyjno- krążkową (antybiogram podstawowy) | 20,00 |
| 108 | U841 | Badanie lekowrażliwości drobnoustrojów metodą dyfuzyjno- krążkową (antybiogram rozszerzony) | 25,00 |
| 109 | U82/1 | Oznaczanie najmniejszego stężenia antybiotyku (Minimal Inhibitory Concentration, MIC – wzrost bakterii metoda gradientu stężeń 1 lek | 30,00 |

**Załącznik Nr 45**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
# wykonywanych w Pracowni Diagnostyki Mikologicznej i Chorób Przenoszonych Drogą Płciową USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Kod IC-D 9 | Nazwa badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|---|
| 1 | 90.91 | Preparat bezpośredni w kierunku grzybów | 30,00 |
| 2 | 90.91 | Preparat bezpośredni w kierunku pasożytów skóry: świerzbowiec, *Demodex* spp. | 35,00 |
| 3 | 91.821 | Posiew mikologiczny | 50,00 |
| 4 | W05.26 | Badanie w lampie Wooda | 10,00 |

**Załącznik Nr 46**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Pracowni Patomorfologii USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Badanie histopatologiczne podstawowe H+E (wycinek/bloczek) | 50,00 |
| 2 | Badanie histochemiczne | 25,00 |
| 3 | Ocena histologiczna gastrobiopsji, z uwzględnieniem odczynu immunohistochemicznego HP | 100,00 |
| 4 | Ocena histologiczna gotowego preparatu wykonanego poza Pracownią | 35,00 |
| 5 | Wykonanie preparatu histopatologicznego bez oceny | 32,00 |
| 6 | Biopsja gruboigłowa: wątroba, trzustka - z uwzględnieniem niezbędnych barwień histochemicznych<br>• odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem | 136,00 |
| 7 | Biopsja gruboigłowa piersi obejmuje podstawowe badanie histopatologiczne H+E oraz 2 odczyny immunohistochemiczne (z wyłączeniem odczynu HER2)<br>• pozostałe odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem | 110,00 |
| 8 | Cytologia złuszczeniowa (za wyjątkiem ginekologicznej) np.: rozmazy z płynów jamy ciała, z jamy brzusznej, popłuczyny, plwocina | 36,00 |
| 9 | Cytologia ginekologiczna (wg systemu Bethesda 2014r.) | 30,00 |
| 10 | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa BAC | 70,00 |
| 11 | Barwienie preparatu cytologicznego bez oceny | 12,00 |
| 12 | Barwienie immunohistochemiczne - jeden odczyn | 110,00 |
| 13 | Barwienie immunohistochemiczne HER 2 lub p16 | 250,00 |
| 14 | Badanie śródoperacyjne - z uwzględnieniem niezbędnych barwień histochemicznych<br>• niezbędne odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem | 250,00 |
| 15 | Konsultacja (dla jednostek zewnętrznych) obejmuje podstawowe badanie histopatologiczne H+E oraz 2 odczyny immunohistochemiczne zgodnie z cennikiem | 440,00 |

**Załącznik Nr 47**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Zakładzie Radiologii Lekarskiej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Pracownia USG | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | USG jamy brzusznej | 190,00 |
| 2 | USG tarczycy | 190,00 |
| 3 | USG piersi | 190,00 |
| 4 | USG węzłów chłonnych | 190,00 |
| 5 | USG - inne | 190,00 |

| Lp. | Pracownia Mammografii Cyfrowej | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Mammografia – badanie podstawowe | 130,00 |
| 2 | Mammografia – badanie wykonane metodą tomosyntezy | 160,00 |
| 3 | Mammografia spektralna z kontrastem | 210,00 |
| 4 | Mammografia – zdjęcie celowane | 65,00 |
| 5 | Mammografia – pojedyncza projekcja | 65,00 |

| Lp. | Pracownia Tomografii Komputerowej | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Głowa (mózgowie) – badanie podstawowe bez kontrastu | 295,00 |
| 2 | Głowa (mózgowie) – badanie z kontrastem | 400,00 |
| 3 | Twarzoczaszka – badanie podstawowe bez kontrastu | 345,00 |
| 4 | Twarzoczaszka – badanie z kontrastem | 455,00 |
| 5 | Zatoki – badanie podstawowe bez kontrastu | 295,00 |
| 6 | Zatoki – badanie z kontrastem | 400,00 |
| 7 | Oczodoły – badanie podstawowe bez kontrastu | 345,00 |
| 8 | Oczodoły – badanie z kontrastem | 455,00 |
| 9 | Piramida kości skroniowej (ucho środkowe i wewnętrzne) – badanie bez kontrastu | 400,00 |
| 10 | Twarzoczaszka i głowa (mózgowie) – badanie z kontrastem | 575,00 |
| 11 | Oczodoły i głowa (mózgowie) – badanie z kontrastem | 575,00 |
| 12 | Szyja i głowa (mózgowie) – badanie z kontrastem | 575,00 |
| 13 | Szyja (tkanki miękkie) – badanie z kontrastem | 455,00 |
| 14 | Szyja i klatka piersiowa – badanie z kontrastem | 735,00 |
| 15 | Szyja, klp, j. brzuszna i miednica mała – badanie z kontrastem | 1 080,00 |
| 16 | Klatka piersiowa – badanie bez kontrastu | 345,00 |
| 17 | Klatka piersiowa – HRCT płuc | 345,00 |

| Lp. | Pracownia Tomografii Komputerowej | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 18 | Klatka piersiowa – badanie z kontrastem | 455,00 |
| 19 | Klatka piersiowa i j. brzuszna – badanie z kontrastem | 735,00 |
| 20 | Klatka piersiowa, j. brzuszna i miednica mała – badanie z kontrastem | 960,00 |
| 21 | Jama brzuszna – badanie podstawowe bez kontrastu (od kopuły przepony do talerzy biodrowych) | 345,00 |
| 22 | Jama brzuszna – badanie z kontrastem (od kopuły przepony do talerzy biodrowych) | 455,00 |
| 23 | Jama brzuszna – badanie wielofazowe z kontrastem (od kopuły przepony do talerzy biodrowych) | 510,00 |
| 24 | Miednica – badanie podstawowe bez kontrastu | 345,00 |
| 25 | Miednica – badanie z kontrastem | 455,00 |
| 26 | Jama brzuszna oraz miednica mała – badanie z kontrastem (od kopuł przepony do spojenia łonowego) | 735,00 |
| 27 | TK wirtualna kolonoskopia | 680,00 |
| 28 | Angiografia TK – tętnice mózgu | 625,00 |
| 29 | Angiografia TK – tętnice szyjne | 625,00 |
| 30 | Angiografia TK – tętnice płucne | 625,00 |
| 31 | Angiografia TK – aorta piersiowa | 625,00 |
| 32 | Angiografia TK – aorta brzuszna, tętnice trzewne, tętnice biodrowe | 625,00 |
| 33 | Angiografia TK – tętnice jednej kończyny | 625,00 |
| 34 | Angiografia TK – badanie kardiologiczne (tętnice wieńcowe) | 855,00 |
| 35 | Angiografia TK – dwie i więcej okolic anatomicznych | 1 080,00 |
| 36 | Ocena uwapnienia tętnic wieńcowych – Calcium Score | 400,00 |
| 37 | Kręgosłup – jeden odcinek (szyjny / piersiowy / lędźwiowy) – badanie podstawowe bez kontrastu | 345,00 |
| 38 | Kręgosłup – dwa odcinki (szyjny / piersiowy / lędźwiowy) – badanie podstawowe bez kontrastu | 575,00 |
| 39 | Kręgosłup – jeden odcinek, badanie z kontrastem | 455,00 |
| 40 | Kręgosłup – dwa odcinki, badanie z kontrastem | 680,00 |
| 41 | Kości długie kończyn i stawy, jedna okolica – badanie podstawowe bez kontrastu | 345,00 |
| 42 | Kości długie kończyn i stawy, jedna okolica – badanie z kontrastem | 455,00 |
| 43 | Kości – badanie niskodawkowe całego kośćca | 680,00 |
| 44 | Kończyna, jedna okolica anatomiczna – badanie podstawowe bez kontrastu | 400,00 |
| 45 | Kończyna, jedna okolica anatomiczna – badanie z kontrastem | 510,00 |
| 46 | TK – inna okolica anatomiczna bez kontrastu | 400,00 |
| 47 | TK – inna okolica anatomiczna z kontrastem | 510,00 |
| 48 | TK – dwie okolice anatomiczne bez kontrastu | 625,00 |
| 49 | TK – dwie okolice anatomiczne z kontrastem | 735,00 |
| 50 | TK – trzy okolice anatomiczne bez kontrastu | 855,00 |

| Lp. | Pracownia Tomografii Komputerowej | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 51 | TK – trzy okolice anatomiczne z kontrastem | 960,00 |
| 52 | TK – cztery i więcej okolic anatomicznych bez kontrastu | 905,00 |
| 53 | TK – cztery i więcej okolic anatomicznych z kontrastem | 1 080,00 |
| 54 | TK w przypadku mnogich obrażeń ciała bez kontrastu | 1 135,00 |
| 55 | TK w przypadku mnogich obrażeń ciała z kontrastem (politrauma) | 1 360,00 |
| 56 | Konsultacja lekarska TK na podstawie badań z innych ośrodków – dla jednego obszaru | 230,00 |
| 57 | Konsultacja lekarska TK na podstawie badań z innych ośrodków – dla dwóch i więcej obszarów | 345,00 |
| 58 | Konsultacja radiologiczna na podstawie wyników badań z innych ośrodków | 230,00 |

| Lp. | Pracownia RTG | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | RTG czaszki (w tym oczodoły i oczodoły na ciało obce, kość nosowa, żuchwa) 2 projekcje | 70,00 |
| 2 | RTG czaszki (w tym żuchwa, zatoki, kość nosowa, twarzoczaszka, Town, stawy skroniowo-żuchwowe, kanał nerwu wzrokowego, siodełko tureckie) 1 projekcja | 60,00 |
| 3 | RTG kręgosłupa 1 odcinek (w tym kość ogonowa, stawy krzyżowo-biodrowe P i L) projekcja AP + boczne lub skośne lub czynnościowe | 70,00 |
| 4 | RTG kręgosłupa 2 odcinki projekcja AP + boczne lub skośne lub czynnościowe | 130,00 |
| 5 | RTG kręgosłupa 3 odcinki projekcja AP + boczne/skośne lub czynnościowe | 190,00 |
| 6 | RTG kręgosłupa 1 projekcja AP lub bok (w tym kość krzyżowa, ogonowa, stawy krzyżowo-biodrowe) | 60,00 |
| 7 | RTG klatki piersiowej PA/AP/szczyty płuc wg. Przybylskiego | 70,00 |
| 8 | RTG klatki piersiowej boczne | 70,00 |
| 9 | RTG klatki piersiowej PA i boczne | 85,00 |
| 10 | RTG klatki piersiowej boczne z kontrastem | 95,00 |
| 11 | RTG żeber skośne, boczne mostka - strona P lub L | 65,00 |
| 12 | RTG żeber skośne obie strony | 85,00 |
| 13 | RTG jamy brzusznej przeglądowe | 70,00 |
| 14 | RTG kości długie kończyna górna jedna okolica (k. ramienna, przedramię) 2 projekcje AP + bok | 70,00 |
| 15 | RTG kości długie kończyna górna dwie okolice (k. ramienna, przedramię) 2 projekcje AP + bok | 130,00 |
| 16 | RTG kości długie kończyna górna jedna okolica (k. ramienna, przedramię) 1 projekcja | 60,00 |
| 17 | RTG kości długie kończyna górna dwie okolice (k. ramienna, przedramię) 1 projekcja | 95,00 |
| 18 | RTG kości i stawy kończyna górna jedna okolica (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk) 2 projekcje AP + bok lub skos | 65,00 |
| 19 | RTG kości i stawy kończyna górna dwie okolice (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk) 2 projekcje AP + bok lub skos | 90,00 |

| Lp. | Pracownia RTG | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 20 | RTG kości i stawy kończyna górna jedna okolica (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk) 1 projekcja | 60,00 |
| 21 | RTG kości i stawy dwie okolice (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk) 1 projekcja | 75,00 |
| 22 | RTG kości długie kończyna dolna jedna okolica (kość udowa, podudzie) 2 projekcje AP + bok | 70,00 |
| 23 | RTG kości długie kończyna dolna dwie okolice (kość udowa, podudzie) 2 projekcje AP + bok | 130,00 |
| 24 | RTG kości długie kończyna dolna jedna okolica (kość udowa, podudzie) 1 projekcja | 60,00 |
| 25 | RTG kości długie kończyna dolna dwie okolice (kość udowa, podudzie) 1 projekcja | 95,00 |
| 26 | RTG kości i stawy kończyna dolna jedna okolica (stawy: biodrowy, kolanowy, skokowy) 2 projekcje AP + bok lub skos | 65,00 |
| 27 | RTG kości i stawy kończyna dolna dwie okolice (stawy: biodrowy, kolanowy skokowy) 2 projekcje AP + bok lub skos | 90,00 |
| 28 | RTG kości i stawy kończyna dolna jedna okolica(miednica, stawy: biodrowy, kolanowy, skokowy) 1 projekcja | 60,00 |
| 29 | RTG kości i stawy kończyna dolna dwie okolice (miednica, stawy: biodrowy, kolanowy, skokowy) 1 projekcja | 75,00 |
| 30 | RTG osiowe rzepki 1 kąt | 60,00 |
| 31 | RTG osiowe rzepki 2 kąty | 95,00 |
| 32 | RTG osiowe rzepki 3 kąty | 135,00 |
| 33 | RTG osiowe obu rzepek 1 kąt | 75,00 |
| 34 | RTG osiowe obu rzepek 2 kąty | 130,00 |
| 35 | RTG osiowe obu rzepek 3 kąty | 160,00 |
| **Lp.** | **Pracownia radiografii cyfrowej** | **Cena netto w zł** |
| 1 | Skopia klatki piersiowej | 120,00 |
| 2 | Skopia górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądek i dwunastnica) | 175,00 |
| 3 | Pasaż przewodu pokarmowego | 230,00 |
| 4 | Wlew doodbytniczy dwukontrastowy | 230,00 |
| 5 | Cholangiografia pooperacyjna | 175,00 |
| 6 | Histerosalpingografia (HSG) | 175,00 |
| 7 | Skopia – inne badanie z podaniem kontrastu | 175,00 |
| 8 | Urografia dożylna | 295,00 |
| **Lp.** | **Pracownia Pantomografii Cyfrowej** | **Cena netto w zł** |
| 1 | Zdjęcie Pantomograficzne | 150,00 |
| 2 | CBCT | 320,00 |

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| | **GŁOWA/ SZYJA** | |
| 1 | MR głowy bez kontrastu | 580,00 |
| 2 | MR głowy z kontrastem | 820,00 |
| 3 | MR głowy z kontrastem + badanie perfuzyjne mózgu | 960,00 |
| 4 | MR przysadki mózgowej z kontrastem (badanie dynamiczne) | 820,00 |
| 5 | MR głowy i przysadki mózgowej z kontrastem | 1 120,00 |
| 6 | Angiografia MR naczyń mózgowych bez kontrastu | 630,00 |
| 7 | MR głowy bez kontrastu+angio-MR naczyń mózgowych bez kontrastu | 940,00 |
| 8 | MR głowy z kontrastem+angio-MR naczyń mózgowych z kontrastem | 1 120,00 |
| 9 | MR oczodołów bez kontrastu | 580,00 |
| 10 | MR oczodołów z kontrastem | 820,00 |
| 11 | MR oczodołów z kontrastem + Angiografia MR innych naczyń | 1 450,00 |
| 12 | MR głowy i oczodołów bez kontrastu | 940,00 |
| 13 | MR głowy i oczodołów z kontrastem | 1 240,00 |
| 14 | MR zatok bez kontrastu | 580,00 |
| 15 | MR ślinianek bez kontrastu | 580,00 |
| 16 | MR ślinianek z kontrastem | 880,00 |
| 17 | MR stawów skroniowo-żuchwowych bez kontrastu | 690,00 |
| 18 | MR stawów skroniowo-żuchwowych z kontrastem | 1 000,00 |
| 19 | MR tkanek miękkich szyi lub twarzoczaszki bez kontrastu | 580,00 |
| 20 | MR tkanek miękkich szyi lub twarzoczaszki z kontrastem | 880,00 |
| 21 | Angiografia MR twarzoczaszki lub szyi z kontrastem | 1 120,00 |
| 22 | Angiografia MR naczyń szyjnych bez kontrastu | 880,00 |
| | **KRĘGOSŁUP** | |
| 23 | MR kręgosłupa szyjnego bez kontrastu | 630,00 |
| 24 | MR kręgosłupa szyjnego z kontrastem | 880,00 |
| 25 | MR kręgosłupa piersiowego bez kontrastu | 630,00 |
| 26 | MR kręgosłupa piersiowego z kontrastem | 880,00 |
| 27 | MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego bez kontrastu | 630,00 |
| 28 | MR kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego z kontrastem | 880,00 |
| 29 | MR stawów krzyżowo-biodrowych bez kontrastu | 580,00 |
| 30 | MR stawów krzyżowo-biodrowych z kontrastem | 820,00 |
| 31 | Badanie dwóch odcinków kręgosłupa | 1 000,00 |

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 32 | Badanie dwóch odcinków kręgosłupa z kontrastem | 1 310,00 |
| 33 | Badanie trzech odcinków kręgosłupa | 1 310,00 |
| 34 | Badanie trzech odcinków kręgosłupa z kontrastem | 1 620,00 |
| 35 | Mielografia MR- dopłata do badania kręgosłupa | 250,00 |
| **KLATKA PIERSIOWA** | | |
| 36 | MR piersi z kontrastem (badanie dynamiczne) | 940,00 |
| 37 | Badanie MR śródpiersia bez kontrastu | 690,00 |
| 38 | Badanie MR śródpiersia z kontrastem | 940,00 |
| 39 | MR serca- badanie morfologiczne serca z oceną funkcji skurczowej i żywotności. Badanie bez kontrastu | 1 190,00 |
| 40 | MR serca- badanie ze wzmocnienie kontrastowym | 1 560,00 |
| 41 | Angiografia naczyń klp z kontrastem | 1 070,00 |
| **JAMA BRZUSZNA/ MIEDNICA** | | |
| 42 | Badanie MR jamy brzusznej bez kontrastu | 580,00 |
| 43 | Badanie MR jamy brzusznej z kontrastem | 880,00 |
| 44 | Cholangiografia MR (z oceną wątroby i trzustki, bez podawania środka kontrastowego ) | 690,00 |
| 45 | Badanie MR jamy brzusznej bez kontrastu + Cholangiografia MR | 1 000,00 |
| 46 | Badanie MR jamy brzusznej z kontrastem + Cholangiografia MR | 1 190,00 |
| 47 | MR miednicy bez kontrastu | 580,00 |
| 48 | MR miednicy z kontrastem | 820,00 |
| 49 | MR gruczołu krokowego z kontrastem (badanie dynamiczne) | 880,00 |
| 50 | Urografia MR bez kontrastu | 580,00 |
| 51 | Angiografia naczyń jamy brzusznej z kontrastem | 1 120,00 |
| 52 | Angiografia naczyń miednicy z kontrastem | 1 120,00 |
| 53 | Enterografia MR z kontrastem | 1 120,00 |
| **KOŃCZYNA GÓRNA** | | |
| 54 | MR stawu barkowego bez kontrastu | 630,00 |
| 55 | MR stawu barkowego z kontrastem | 880,00 |
| 56 | MR ramienia bez kontrastu | 630,00 |
| 57 | MR ramienia z kontrastem | 880,00 |
| 58 | MR stawu łokciowego bez kontrastu | 630,00 |
| 59 | MR stawu łokciowego z kontrastem | 880,00 |
| 60 | MR przedramienia bez kontrastu | 630,00 |
| 61 | MR przedramienia z kontrastem | 880,00 |
| 62 | MR nadgarstka bez kontrastu | 630,00 |
| 63 | MR nadgarstka z kontrastem | 880,00 |
| 64 | MR śródręcza bez kontrastu | 630,00 |
| 65 | MR śródręcza z kontrastem | 880,00 |
| 66 | MR palca bez kontrastu | 630,00 |

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 67 | MR palca z kontrastem | 880,00 |
| 68 | MR splotu ramiennego bez kontrastu | 690,00 |
| 69 | MR splotu ramiennego z kontrastem | 940,00 |
| 70 | Angiografia MR kończyny górnej z kontrastem | 1 120,00 |
| **KOŃCZYNA DOLNA** | | |
| 71 | MR stawów biodrowych bez kontrastu | 630,00 |
| 72 | MR stawów biodrowych z kontrastem | 880,00 |
| 73 | MR uda bez kontrastu | 630,00 |
| 74 | MR uda z kontrastem | 880,00 |
| 75 | MR stawu kolanowego bez kontrastu | 630,00 |
| 76 | MR stawu kolanowego z kontrastem | 880,00 |
| 77 | Chrząstkogram w badaniu stawu kolanowego (mapowanie chrząstki) | 130,00 |
| 78 | MR podudzia bez kontrastu | 630,00 |
| 79 | MR podudzia z kontrastem | 880,00 |
| 80 | MR stawu skokowego bez kontrastu | 630,00 |
| 81 | MR stawu skokowego z kontrastem | 880,00 |
| 82 | MR stopy bez kontrastu | 630,00 |
| 83 | MR stopy z kontrastem | 880,00 |
| 84 | MR śródstopia bez kontrastu | 630,00 |
| 85 | MR śródstopia z kontrastem | 880,00 |
| 86 | MR przodostopia bez kontrastu | 630,00 |
| 87 | MR przodostopia z kontrastem | 880,00 |
| 88 | Angiografia MR kończyn dolnych z kontrastem | 1 120,00 |
| **INNE** | | |
| 89 | Inne badanie MR bez kontrastu | 630,00 |
| 90 | Inne badanie MR z kontrastem | 880,00 |
| 91 | Angiografia bez kontrastu- innych naczyń | 880,00 |
| 92 | Angiografia z kontrastem – innych naczyń | 1 120,00 |
| 93 | Badanie płodu | 1 000,00 |
| 94 | MR całego ciała (WHOLE BODY)- badanie pod kątem przerzutów nowotworowych | 1 490,00 |
| 95 | Podanie środka kontrastowego | 250,00 |
| 96 | Konsultacja lekarska MR na podstawie badań z innych ośrodków – dla jednego obszaru | 250,00 |
| 97 | Konsultacja lekarska MR na podstawie badań z innych ośrodków – dla dwóch i więcej obszarów | 380,00 |

**Załącznik Nr 49**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK ZABIEGÓW MAŁOINWAZYJNYCH**
**wykonywanych w Pracowni Radiologii Zabiegowej USK Nr 1 w Lublinie**
**(nie zawiera kosztów hospitalizacji)**

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Przezskórny drenaż dróg żółciowych | 5 000,00 |
| 2 | Nefrostomia | 5 000,00 |
| 3 | Embolizacja mięśniaków macicy | 5 000,00 |
| 4 | Embolizacja nowotworów złośliwych | 8 800,00 |
| 5 | Embolizacja krwawienia | 5 000,00 |
| 6 | Embolizacje inne | 5 000,00 |
| 7 | Rekanalizacja jajowodów | 3 800,00 |
| 8 | Embolizacja żyły jądrowej | 5 000,00 |
| 9 | Embolizacja żył jajnikowych lub/i biodrowych wewnętrznych | 10 000,00 |
| 10 | Plastyka moczowodu (Double J) | 5 000,00 |
| 11 | Angiografia | 3 200,00 |

**Załącznik Nr 50**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki i Terapii Endoskopowej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Gastroskopia diagnostyczna | 330,00 |
| 2 | Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (1 badanie histopatologiczne) | 400,00 |
| 3 | Gastroskopia diagnostyczna z wykonaniem testu ureazowego (diagnostyka H.pylorii) | 510,00 |
| 4 | Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnione min. 3 wycinki do badania hist. pat.) | 580,00 |
| 5 | Kolonoskopia diagnostyczna | 560,00 |
| 6 | Kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione badanie hist. pat.) | 810,00 |
| 7 | Kolonoskopia z polipektomią | 1 760,00 |
| 8 | Ezofagofiberosonografia diagnostyczna | 1 700,00 |
| 9 | Gastrofiberosonografia diagnostyczna | 1 700,00 |

**Załącznik Nr 51**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**Cennik badań diagnostycznych**
**wykonywanych techniką mikrokolumnową**
**w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej USK Nr 1 w Lublinie**

| Lp. | Rodzaj badań immunohematologicznych | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Grupa krwi :<br>pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 i antygenu D z układu Rh, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych w pośrednim teście antyglobulinowym – PTA LISS (panel podstawowy 3 krwinkowy) | 90,00 |
| 2 | Wynik potwierdzony grupy krwi (dwa oznaczenia grupy krwi ) | 180,00 |
| 3 | Identyfikacja przeciwciał odpornościowych :<br>badanie w teście PTA LISS i w teście enzymatycznym LEN (panel rozszerzony 11 krwinkowy) | 432,00 |
| 4 | Grupa krwi oraz fenotyp Rh i antygen K z układu Kell | 256,00 |
| 5 | Grupa krwi i bezpośredni test antyglobulinowy – BTA | 130,00 |
| 6 | Grupa krwi oraz fenotyp Rh, antygen K z układu Kell i BTA | 296,00 |
| 7 | Próba zgodności serologicznej z jedną jednostką KKCz :<br>oznaczenie antygenów ABD u biorcy i dawcy, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych u biorcy, próba krzyżowa | 316,00 |
| 8 | Próba zgodności serologicznej z każdą następną jednostką KKCz :<br>oznaczenie antygenów ABD u dawcy, próba krzyżowa | 133,00 |
| 9 | Próba zgodności serologicznej z jedną jednostką KKCz z jednoczesnym pełnym oznaczeniem grupy krwi :<br>pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 i antygenu D z układu Rh oraz badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych u biorcy, oznaczenie antygenów ABD u biorcy i dawcy, próba krzyżowa | 393,00 |
| 10 | Rezerwacja KKCz :<br>pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 i antygenu D z układu Rh, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych pośrednim teście antyglobulinowym – PTA LISS u biorcy | 90,00 |
| 11 | Grupa krwi noworodka :<br>oznaczenie antygenów ABD oraz BTA | 120,00 |
| 12 | Próba zgodności dla noworodka z 1 opakowaniem KKCz | 316,00 |
| 13 | Grupa krwi metodą manualną :<br>pełne oznaczenie grupy krwi z układu AB0 (dwiema seriami odczynników) i antygenu D z układu Rh, badanie przeglądowe na obecność przeciwciał odpornościowych w pośrednim teście antyglobulinowym – PTA LISS | 150,00 |

**Załącznik Nr 52**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK USŁUG WYKONYWANYCH W BANKU KOMÓREK KRWIOTWÓRCZYCH USK NR 1 W LUBLINIE

| Lp. | Rodzaj świadczenia | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Przechowywanie preparatów komórek krwiotwórczych (dotyczy 1 preparatu) | 7,00 za każdą dobę |
| 2 | Procedura przetwarzania materiału komórkowego | 2 320,00 |
| 3 | Procedura zamrażania preparatów komórkowych (dotyczy 1 preparatu) | 540,00 |
| 4 | Procedura przetwarzania limfocytów pacjenta w przebiegu fotoferezy pozaustrojowej | 3 520,00 |

**Załącznik Nr 53**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**Wysokość odpłatności za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji w Banku Tkanek Oka USK Nr 1 w Lublinie**

§ 1.

Określa się wysokość stawek za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji przez bank Tkanek Oka USK Nr 1 w Lublinie, w następującej wysokości:

| | | |
|---|---|---|
| 1. | **Rogówka oczna:** | **5.460,00 zł netto** |
| 2. | **Rogówka oczna rozwarstwiona do przeszczepu tylnego DSEAK:** | **6.060,00 zł netto** |
| 3. | **Twardówka ludzka cała:** | **2.420,00 zł netto** |
| 4. | **Twardówka ludzka 1/2:** | **1.220,00 zł netto** |
| 5. | **Twardówka ludzka 1/4:** | **680,00 zł netto** |
| 6. | **Twardówka ludzka wąski pasek (1/12):** | **440,00 zł netto** |
| 7. | **Błona owodniowa 3x3 cm:** | **500,00 zł netto** |

§ 2.

Podmiot leczniczy, któremu dostarczono w celu przeszczepienia komórki, tkanki lub narządy, przekazuje środki finansowe na podstawie faktury zawierającej wyszczególnienie czynności związanych z pobraniem komórek, tkanek lub narządów, na wskazany rachunek bankowy.

§ 3.

Pobranie i przygotowanie tkanek oka przez Bank Tkanek Oka USK Nr 1 w Lublinie, odbywa się według poniższej specyfikacji:

**SPECYFIKACJA POBRANIA I PRZYGOTOWANIA TKANEK W BANKU TKANEK OKA USK NR 1 W LUBLINIE**

Tkanki oka są pobierane i przygotowane do użytku klinicznego w możliwie najlepszych warunkach sanitarnych i zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Od dnia 1 maja 2008 r. tkanki przygotowane przez Bank Tkanek Oka znakowane są w systemie ISBT 128 (kody kreskowe).

**Bank Tkanek Oka USK Nr 1 w Lublinie posiada w swojej ofercie n/w tkanki:**

1. *Rogówka oczna* konserwowana w pożywce Eusol C, max. czas przechowywania – 14 dni od daty pobrania, przechowywanie w temp. od +2 do +6 st. C.

2. *Twardówka oczna* konserwowana w alkoholu absolutnym, max. czas przechowywania – 1 rok w temperaturze pokojowej. Przed zabiegiem należy ją nawodnić (rehydracja) wg "Instrukcji postępowania z otrzymaną tkanką TWARDÓWKA", która jest zawsze dołączona do dokumentacji wysyłkowej twardówki.

Bank wysyła twardówkę w alkoholu, którą należy przechowywać w temp. pokojowej zgodnie z datą ważności tkanki. Twardówkę po rehydratacji należy wykorzystać w ciągu 48 godzin przechowując w temp. od +2 do +6 st. C.

Można zamówić twardówkę całą, połowę, ćwiartkę lub wąski pasek.

3. *Błona owodniowa*, 3 cm x 3 cm, konserwowana w pożywce Dulbecc's MEM + Glicerol, przechowywana w Banku w temp. -80 st. C. Odbiorca przechowuje ją do zabiegu (max. 1 miesiąc) w zamrażalniku w temp. ok. -20 st. C.

Surowica krwi wszystkich dawców tkanek jest poddawana badaniom na obecność następujących czynników zakaźnych:
1. Antygen HBs
2. Przeciwciała anty-HBc
3. Przeciwciała anty- HCV
4. Przeciwciała anty-HIV i antygen p24
5. TPHA
6. Toxoplazmoza (tylko w przypadku błony owodniowej)
7. Badania bakteriologiczne: bakterie tlenowe i grzyby (tylko w przypadku błony owodniowej).

Tkanki oczne wysyłane są wraz z następującymi dokumentami umieszczonymi w kopercie przyklejonej do pudełka transportowego:
- ✓ karta metrykalna tkanki,
- ✓ raport pooperacyjny (należy go wypełnić i odesłać do Banku),
- ✓ raport reakcji niepożądanych (należy go wypełnić i odesłać do Banku w przypadku zaistnienia reakcji niepożądanej, np. odrzutu przeszczepu).

W zależności od rodzaju wysyłanej tkanki dołączona jest również:
- ✓ instrukcja postępowania z otrzymaną tkanką ROGÓWKĄ,
- ✓ instrukcja postępowania z otrzymaną tkanką TWARDÓWKĄ - instrukcja zawiera przepis rehydratacji twardówki przed zabiegiem,
- ✓ instrukcja postępowania z otrzymaną tkanką BŁONĄ OWODNIOWĄ.

**Tkanki wysyłamy na podstawie zamówienia wysłanego do Banku Tkanek Oka** na adres e-mail : bto@usk1.pl

**Zamówienie powinno zawierać:**
- ✓ nazwę i adres Płatnika, NIP Płatnika
- ✓ adres i nazwę odbiorcy (jeśli inne niż Płatnika)
- ✓ podpis dyrektora jednostki i księgowego
- ✓ termin realizacji zamówienia
- ✓ nazwisko i telefon osoby odpowiedzialnej za odbiór tkanki

Termin wysyłki można ustalić telefonicznie pod numerem +81 532 07 06.

Za tkankę wystawiana jest faktura VAT.
Faktura wysyłana jest pocztą, listem zwykłym we wskazane miejsce jednostki zamawiającej lub pocztą elektroniczną na adres e-mail podany przez płatnika.

**Koszty przesyłki tkanki wliczone są w cenę za pobranie i przygotowanie tkanek do transplantacji.**

**Załącznik Nr 54**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH**
**wykonywanych w Poradni Chirurgicznej USK Nr 1 w Lublinie**

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Ph-metria przewodu pokarmowego | 1 850,00 |
| 2 | Manometria przewodu pokarmowego | 1 850,00 |

**Załącznik Nr 55**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Angiologii USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | USG Doppler tętnic szyjnych i/lub kręgowych | 240,00 |
| 2 | USG Doppler tętnic kończyn dolnych lub górnych 1-kończyna | 240,00 |
| 3 | USG Doppler tętnic kończyn dolnych lub górnych 2-kończyny | 420,00 |
| 4 | USG Doppler żył kończyn dolnych lub górnych 1-kończyna | 240,00 |
| 5 | USG Doppler żył kończyn dolnych lub górnych 2-kończyny | 360,00 |
| 6 | USG Doppler aorty brzusznej i/lub tętnic biodrowych | 240,00 |
| 7 | USG Doppler naczyń trzewnych i/lub nerkowych | 360,00 |
| 8 | USG Doppler żył i tętnic kończyn dolnych lub górnych 1-kończyna | 240,00 |
| 9 | USG Doppler żył i tętnic kończyn dolnych lub górnych 2-kończyny | 420,00 |

**Załącznik Nr 56**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

## wykonywanych w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii i Geriatrii USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Echokardiografia | 210,00 |
| 2 | USG jamy brzusznej | 190,00 |
| 3 | USG tarczycy | 190,00 |
| 4 | Monitorowanie holterowskie – pierwsza doba | 260,00 |
| 5 | Monitorowanie holterowskie – druga i kolejna doba | 190,00 |
| 6 | „Holter ciśnieniowy” – pierwsza doba | 260,00 |
| 7 | „Holter ciśnieniowy” – druga i kolejna doba | 190,00 |
| 8 | EKG bez opisu | 55,00 |
| 9 | EKG z opisem | 75,00 |
| 10 | Bodypletyzmografia | 145,00 |
| 11 | Bodypletyzmografia z próbą prowokacyjną | 210,00 |
| 12 | Polisomnografia | 580,00 |
| 13 | Spirometria | 110,00 |

**Załącznik Nr 57**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH/ZABIEGÓW
## wykonywanych w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | USG dopochwowe narządu płciowego w skali szarości | 200,00 |
| 2 | USG dopochwowe narządu płciowego w skali szarości z opcją kolorowego power angio Dopplera z oceną przepływów naczyniowych we wczesnej ciąży (również w diagnostyce ciąży pozamacicznej) | 280,00 |
| 3 | USG dopochwowe narządu płciowego w skali szarości z opcją kolorowego power angio Dopplera z oceną przepływów naczyniowych, poszerzone o USG oceniające pozostałe narządy jamy brzusznej sondą przezbrzuszną (w przypadku podejrzenia zmian onkologicznych) | 410,00 |
| 4 | Kolposkopia | 350,00 |
| 5 | Kolposkopia z wycinkami | 1 360,00 |

**Załącznik Nr 58**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I USŁUG
## wykonywanych w Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży w USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | USG płodu | 250,00 |
| 2 | KTG | 150,00 |
| 3 | Pobranie materiału biologicznego - 1 pobranie (krew pępowinowa/sznur pępowinowy/łożysko) | 250,00 |

**Załącznik nr 59**
Do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I ZABIEGÓW wykonywanych w Oddziale Dermatologii i Wenerologii oraz Oddziale Dermatologii Dziecięcej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Badanie kapilaroskopowe | 300,00 |
| 2 | Badanie dermatoskopowe | 250,00 |
| 3 | Biopsja skóry + podstawowe badanie histopatologiczne | 240,00 |
| 4 | Próby świetlne | 180,00<br>(3 odczyty) |
| 5 | Próby alergiczne płatkowe (za 1 zestaw) | 250,00 |
| 6 | Fototerapia UVA lub UVB (za 1 zabieg) | 40,00 |
| 7 | Wideodermatoskopia, zmiany 1 - 5<br>Wideodermatoskopia, zmiany 6 - 10<br>Wideodermatoskopia, zmiany 11 - 15 | 300,00<br>360,00<br>420,00 |
| 8 | Mapowanie ciała | 600,00 |
| 9 | Laser frakcyjny (za 1 zabieg) | 360,00 |
| 10 | Laser CO2 (1 okolica/1 zmiana) | 360,00 |
| 11 | Terapia fotodynamiczna (z fotouczulaczem za 1 okolicę) | 360,00 |
| 12 | Naświetlanie lampą sLED (bez fotouczulacza za 1 zabieg/1 okolicę) | 50,00 |
| 13 | Trichoskopia | 400,00 |
| 14 | Elektrokoagulacja zmiany 1 - 4<br>Elektrokoagulacja zmiany 5 - 10<br>Elektrokoagulacja zmiany powyżej 10 | 360,00<br>420,00<br>480,00 |
| 15 | Krioterapia zmiany 1 - 3<br>Krioterapia zmiany 4 - 10<br>Krioterapia zmiany powyżej 10 | 300,00<br>420,00<br>600,00 |

**Załącznik Nr 60**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH/INIEKCJI wykonywanych w Oddziałach Okulistycznych, Poradni Okulistycznej Ogólnej i Izbie Przyjęć Okulistyki USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku - OPL | 325,00 |
| 2 | Badanie na synoptoforze - OPL | 82,00 |
| 3 | Badanie na refraktometrze - OPL | 66,00 |
| 4 | USG gałki ocznej i oczodołu - 1 oko | 163,00 |
| 5 | Ćwiczenia pleoptyczne - OPL | 82,00 |
| 6 | ERG - 1 oko | 357,00 |
| 7 | Badanie pola widzenia - 1 oko | 66,00 |
| 8 | Badanie dna oka (oftalmoskopem)/wziernikiem bezpośrednim - OPL | 100,00 |
| 9 | Perymetria - OPL | 115,00 |
| 10 | Badanie OCT (tomografia siatkówki) - 1 oko | 163,00 |
| 11 | Angio-OCT - 1 oko (z kontrastem/bez kontrastu) | 325,00 |
| 12 | Pachymetria - OPL | 82,00 |
| 13 | Tonometria (ciśnienie wewnątrzgałkowe) - OPL | 82,00 |
| 14 | Gonioskopia (badanie kąta przesączа) - OPL | 82,00 |
| 15 | Angiografia fluoresceinowa - OPL | 357,00 |
| 16 | Angiografia infocyjaninowa - OPL | 891,00 |
| 17 | Badanie w lampie szczelinowej (biomikroskopie) - OPL | 82,00 |
| 18 | Keratometria - OPL | 97,00 |
| 19 | Potencjał wzrokowy (VEP) - OPL | 395,00 |
| 20 | Elektroretinografia - OPL | 395,00 |
| 21 | Badanie widzenia barw - OPL | 100,00 |
| 22 | Płukanie worka spojówkowego - OPL | 100,00 |
| 23 | Założenie szwów/staplerów | |
| | Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej - długości do 4,0 cm | 171,00 |
| | Szycie pojedynczej rany skóry i tkanki podskórnej - długości powyżej 4,0 cm | 258,00 |
| | Szycie licznych ran skóry i tkanki podskórnej - 4 rany i powyżej | 258,00 |

*OPL- oko prawe i lewe

| Lp. | Rodzaj iniekcji | Cena netto w zł (za oko, każdorazowo) |
|---|---|---|
| 1 | Z zastosowaniem leku Alymsys | 945,00 |
| 2 | Z zastosowaniem leku Eylea | 1 835,00 |
| 3 | Z zastosowaniem leku Lucentis | 1 645,00 |
| 4 | Podanie iniekcji doszklistkowej (bez kosztów leku) | 755,00 |
| 5 | Iniekcja podspojówkowa | 690,00 |

**Załącznik Nr 61**
Do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Oddziałach Klinik Psychiatrii USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Badanie EEG | 230,00 |
| 2 | Badanie EKG bez opisu | 55,00 |
| 3 | Badanie EKG z opisem | 75,00 |

**Załącznik Nr 62**
Do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Oddziale Chirurgii Szczękowo-Twarzowej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Pantomogram | 150,00 |

**Załącznik Nr 63**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK USŁUG STOMATOLOGICZNYCH
## wykonywanych w Poradni Chirurgii Szczękowo-Twarzowej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Nazwa usługi (wraz z użytymi materiałami) | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Porada lekarska | 350,00 |
| 2 | Nacięcie powłok - ewakuacja, sączkowanie krwiaka i/lub ropnia, ciało obce - usuniecie z powłok i/lub z naturalnych otworów ciała, zaopatrzenie ran powierzchownych | 400,00 |
| 3 | Nastawienie złamania i/lub unieruchomienie zewnętrzne | 1 000,00 |
| 4 | Punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, zatok, stawów, skóry i torbieli z pełną diagnostyką (cytologia, mikrobiologia, analityka) | 400,00 |
| 5 | Usuniecie szwów | 100,00 |
| 6 | Usunięcie zęba chirurgiczne | 1 000,00 |
| 7 | Pobranie i/lub wycięcie pojedynczych zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich z niezbędną diagnostyką, w tym badanie hist-pat | 600,00 |
| 8 | Podcięcie wędzidełka wargi lub języka | 450,00 |
| 9 | Usunięcie zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich | 500,00 |
| 10 | Punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, stawu, zatok, skóry i torbieli | 300,00 |
| 11 | Zmiana opatrunków | 150,00 |
| 12 | Usunięcie operacyjne zęba zatrzymanego | 1 200,00 |
| 13 | Odsłonięcie zęba zatrzymanego do leczenia ortodontycznego | 1 000,00 |
| 14 | Usunięcie złogów z przewodu ślinianki | 905,00 |
| 15 | Założenie szyny przy zwichnięciu zębów + repozycja | 1 000,00 |
| 16 | Opanowanie krwotoku z nosa - tamponada tylna (świadczenie wykonywane w znieczuleniu miejscowym) | 400,00 |
| 17 | Zabieg neurodestrukcyjny wykonywany u chorych z przewlekłym bólem - termolezja, kriolezja | 3 000,00 |
| 18 | Podanie w okolice nerwów lub splotów nerwowych, chorym z przewlekłym bólem, czasowo działających leków przeciwbólowych, blokujących przewodnictwo | 300,00 |
| 19 | Iniekcja leku (próby uczuleniowe) | 100,00 |
| 20 | Ekstrakcja zęba jednokorzeniowego | 400,00 |
| 21 | Ekstrakcja zęba wielokorzeniowego | 600,00 |
| 22 | Plastyka przetoki ustno-zatokowej | 1 000,00 |
| 23 | Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego - powyżej 18 r.ż. | 1 000,00 |
| 24 | Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego - powyżej 18 r.ż. | 1 200,00 |
| 25 | Resekcja wierzchołka korzenia zęba sąsiedniego (w czasie tego samego zabiegu) - powyżej 18 r.ż. | 700,00 |
| 26 | Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego - powyżej 18 r.ż. | 1 000,00 |

| Lp. | Nazwa usługi (wraz z użytymi materiałami) | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 27 | Gingiwoosteoplastyka - powyżej 18 r.ż. | 700,00 |
| 28 | Plastyka przedsionka jamy ustnej – powyżej 18 r.ż. | 1 000,00 |
| 29 | Hemisekcja lub radektomia | 600,00 |
| 30 | Rewizja wyrostka zębodołowego | 380,00 |
| 31 | Wycięcie kieszonki dziąsłowej | 300,00 |
| 32 | Szycie, założenie opatrunku chirurgicznego | 250,00 |
| 33 | Usunięcie ligatur, szyn | 300,00 |
| 34 | Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe | 800,00 |

- W przypadku wykonania kilku świadczeń odpłatność stanowi sumę poszczególnych usług.
- W soboty i dni świąteczne odpłatność za świadczenia stomatologiczne ustala się w wysokości 150% ceny.
- Osobom upośledzonym umysłowo w stopniu znacznym lub głębokim, jeżeli wynika to ze wskazań medycznych, przysługuje zakwalifikowane jako świadczenie gwarantowane, znieczulenie ogólne przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych.

**Załącznik Nr 64**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
# wykonywanych w Oddziale Hematoonkologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii w USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Nazwa badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Trepanobiopsja (bez kosztów oceny materiału) | 1 200,00 |
| 2 | Biopsja szpiku (bez kosztów oceny materiału) | 450,00 |
| 3 | Procedura pobrania komórek z krwi obwodowej dawcy | 3 520,00 |

**Załącznik Nr 65**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Oddziale Chorób Zakaźnych i Hepatologii USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Fibroscan | 450,00 |

**Załącznik Nr 66**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK BIOPSJI
## wykonywanych w Poradni Onkologicznej USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj iniekcji | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana | 520,00 |
| 2 | Przezskórna gruboigłowa biopsja piersi – celowana | 470,00 |
| 3 | Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG | 4 620,00 |
| 4 | Biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna | 4 620,00 |
| 5 | Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi | 120,00 |
| 6 | Przezskórna cienkoigłowa biopsja piersi – celowana | 230,00 |
| 7 | Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych) | 350,00 |
| 8 | Biopsja układu limfatycznego | 350,00 |

**Załącznik Nr 67**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
## wykonywanych w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej przy ul. Langiewicza 6A

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | RTG czaszki (w tym oczodoły i oczodoły na ciało obce, kość nosowa, żuchwa,) 2 projekcje | 70,00 |
| 2 | RTG czaszki (w tym żuchwa, zatoki, kość nosowa, twarzoczaszka, Town, stawy skroniowo-żuchwowe, kanał nerwu wzrokowego, siodełko tureckie) 1 projekcja | 60,00 |
| 3 | RTG kręgosłupa 1 odcinek (w tym kość ogonowa, stawy krzyżowo-biodrowe P i L) projekcja AP + boczne lub skośne lub czynnościowe | 70,00 |
| 4 | RTG kręgosłupa 2 odcinki projekcja AP + boczne lub skośne lub czynnościowe | 130,00 |
| 5 | RTG kręgosłupa 3 odcinki projekcja AP + boczne/skośne lub czynnościowe | 190,00 |
| 6 | RTG kręgosłupa 1 projekcja AP lub bok (w tym kość krzyżowa, ogonowa, stawy krzyżowo-biodrowe) | 60,00 |
| 7 | RTG klatki piersiowej PA/AP/szczyty płuc wg. Przybylskiego | 70,00 |
| 8 | RTG klatki piersiowej boczne | 70,00 |
| 9 | RTG klatki piersiowej PA i boczne | 85,00 |
| 10 | RTG klatki piersiowej boczne z kontrastem | 95,00 |
| 11 | RTG żeber skośne, boczne mostka - strona P lub L | 65,00 |
| 12 | RTG żeber skośne obie strony | 85,00 |
| 13 | RTG jamy brzusznej przeglądowe | 70,00 |
| 14 | RTG kości długie kończyna górna jedna okolica (k. ramienna, przedramię) 2 projekcje AP + bok | 70,00 |
| 15 | RTG kości długie kończyna górna dwie okolice (k. ramienna, przedramię)<br>2 projekcje AP + bok | 130,00 |
| 16 | RTG kości długie kończyna górna jedna okolica (k. ramienna, przedramię) 1 projekcja | 60,00 |
| 17 | RTG kości długie kończyna górna dwie okolice (k. ramienna, przedramię) 1 projekcja | 95,00 |
| 18 | RTG kości i stawy kończyna górna jedna okolica (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk)<br>2 projekcje AP + bok lub skos | 65,00 |
| 19 | RTG kości i stawy kończyna górna dwie okolice (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk)<br>2 projekcje AP + bok lub skos | 90,00 |
| 20 | RTG kości i stawy kończyna górna jedna okolica (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk)<br>1 projekcja | 60,00 |

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 21 | RTG kości i stawy dwie okolice (stawy: barkowy, ramienny, mostkowo-obojczykowy, łokciowy, nadgarstkowy, dłoń, palce dłoni, mostek, łopatka, obojczyk) 1 projekcja | 75,00 |
| 22 | RTG kości długie kończyna dolna jedna okolica (kość udowa, podudzie) 2 projekcje AP + bok | 70,00 |
| 23 | RTG kości długie kończyna dolna dwie okolice (kość udowa, podudzie) 2 projekcje AP + bok | 130,00 |
| 24 | RTG kości długie kończyna dolna jedna okolica (kość udowa, podudzie) 1 projekcja | 60,00 |
| 25 | RTG kości długie kończyna dolna dwie okolice (kość udowa, podudzie) 1 projekcja | 95,00 |
| 26 | RTG kości i stawy kończyna dolna jedna okolica (stawy: biodrowy, kolanowy, skokowy) 2 projekcje AP + bok lub skos | 65,00 |
| 27 | RTG kości i stawy kończyna dolna dwie okolice (stawy: biodrowy, kolanowy skokowy) 2 projekcje AP + bok lub skos | 90,00 |
| 28 | RTG kości i stawy kończyna dolna jedna okolica(miednica, stawy: biodrowy, kolanowy, skokowy) 1 projekcja | 60,00 |
| 29 | RTG kości i stawy kończyna dolna dwie okolice (miednica, stawy: biodrowy, kolanowy, skokowy) 1 projekcja | 75,00 |
| 30 | RTG osiowe rzepki 1 kąt | 60,00 |
| 31 | RTG osiowe rzepki 2 kąty | 95,00 |
| 32 | RTG osiowe rzepki 3 kąty | 135,00 |
| 33 | RTG osiowe obu rzepek 1 kąt | 75,00 |
| 34 | RTG osiowe obu rzepek 2 kąty | 130,00 |
| 35 | RTG osiowe obu rzepek 3 kąty | 160,00 |

**Załącznik nr 68**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK ZABIEGÓW WYKONYWANYCH W PRACOWNI FIZJOTERAPII I FIZYKOTERAPII przy ul. Langiewicza 6A

| Lp. | Rodzaj Zabiegu | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| **ZABIEGI FIZJOTERAPEUTYCZNE** | | |
| 1 | Konsultacja Fizjoterapeutyczna* | 90,00 |
| 2 | Laseroterapia | 23,00 |
| 3 | Ultradźwięki | 26,00 |
| 4 | Magnetronik | 23,00 |
| 5 | Galwanizacja | 26,00 |
| 6 | Jonoforeza | 26,00 |
| 7 | Elektrostymulacja | 26,00 |
| 8 | Prądy diadynamiczne | 26,00 |
| 9 | Prądy interferencyjne | 26,00 |
| 10 | Fonoforeza | 26,00 |
| 11 | Prądy TENS | 26,00 |
| 12 | Prądy KOTZA | 26,00 |
| 13 | Prądy TRABERTA | 26,00 |
| 14 | Sollux | 23,00 |
| 15 | Krioterapia | 30,00 |
| 16 | Kąpiel wirowa KKG | 38,00 |
| 17 | Kąpiel wirowa KKD | 38,00 |
| **KINEZYTERAPIA** | | |
| 18 | Ćwiczenia czynno-bierne (jedna kończyna) | 32,00 |
| 19 | Ćwiczenia w odciążeniu | 32,00 |
| 20 | Ćwiczenia w odciążeniu z oporem | 32,00 |
| 21 | Ćwiczenia czynne | 32,00 |
| 22 | Ćwiczenia izometryczne | 32,00 |
| 23 | Ćwiczenia wolne z oporem | 32,00 |
| 24 | Pionizacja, nauka lokomocji | 32,00 |
| 25 | Ćwiczenia wad postawy | 38,00 |
| 26 | Mobilizacja, PNF | 140,00 |
| **MASAŻ** | | |
| 27 | Masaż leczniczy 1 okolica anatomiczna | 65,00 |
| 28 | Masaż leczniczy grzbietu | 110,00 |
| 29 | Masaż leczniczy limfatyczny ręczny | 65,00 |

*Konsultacja fizjoterapeutyczna bezpłatna w przypadku korzystania z komercyjnych zabiegów

**Załącznik Nr 69**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK ŚWIADCZEŃ
# W RAMACH PROFILAKTYCZNYCH BADAŃ LEKARSKICH
# (WSTĘPNYCH, OKRESOWYCH, KONTROLNYCH)
# przy ul. Langiewicza 6A

| Lp. | Rodzaj świadczenia | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| **1** | **Badanie ogólne (bez badań diagnostycznych) i wydanie orzeczenia przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych (lekarza medycyny pracy)** | 70,00 |
| **2** | **Badanie ogólne (z podstawowymi badaniami laboratoryjnymi) i wydanie orzeczenia przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych (lekarza medycyny pracy)** | 100,00 |
| **3** | **Badania specjalistyczne** | |
| | - badanie przez lekarza specjalistę | 60,00 |
| | - badanie psychologiczne | 125,00 |
| **4** | **Badania diagnostyczne** | |
| | - badanie EKG bez opisu | 55,00 |
| | - badanie EKG z opisem | 75,00 |
| | - RTG klatki piersiowej | 70,00 |
| | - badanie spirometryczne | 60,00 |
| | - badanie widzenia kontrastowego (zmierzchowe) i wrażliwości na olśnienie (Kontrastometr) | 47,00 |
| | - badanie komputerowe refrakcji (Autorefraktometr) | 30,00 |
| | - pomiar ciśnienia śródgałkowego (Tonometr) | 30,00 |
| | - badanie pola widzenia (Perymetr) | 30,00 |
| | - badanie obuocznego widzenia do dali (Projektor optotypów) | 24,00 |
| | - dobór okularów korygujących wzrok do pracy przy obsłudze monitora ekranowego w ramach badań profilaktycznych | 24,00 |
| **5** | **Badania laboratoryjne** | |
| | **Badania hematologiczne** | |
| | - OB | 8,00 |
| | - morfologia krwi bez rozmazu z analizatora | 11,00 |
| | - morfologia krwi + rozmaz z analizatora | 13,00 |
| | **Analityka ogólna** | |
| | - badanie moczu | 13,00 |
| | **Badania biochemiczne** | |
| | - białko całkowite | 9,00 |
| | - bilirubina całkowita | 9,00 |
| | - cholesterol | 9,00 |
| | - glukoza w surowicy | 11,00 |
| | - kreatynina | 11,00 |
| | - ALAT, ASPAT- każdy parametr | 11,00 |
| **6** | **Badanie i wydanie orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych** | 105,00 |
| **7** | **Wydanie orzeczenia/zaświadczenia przez lekarza medycyny pracy na pracę osoby niepełnosprawnej w zmniejszonym wymiarze godzin** | |
| | - w trakcie badań profilaktycznych | 30,00 |
| | - bez wykonywania badań profilaktycznych | 40,00 |
| **8** | **Udział lekarza w pracach komisji BHP** | 110,00 za 1 godzinę |
| **9** | **Wydanie duplikatu zaświadczenia lub odpisu orzeczenia lekarskiego** | 30,00 |

**Załącznik Nr 70**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH wykonywanych w Pracowni USG przy ul. Langiewicza 6A

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | USG jamy brzusznej | 190,00 |
| 2 | USG tarczycy | 190,00 |
| 3 | USG piersi | 190,00 |
| 4 | USG węzłów chłonnych | 190,00 |
| 5 | USG - inne | 190,00 |

**Załącznik Nr 71**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH wykonywanych w Pracowni EKG przy ul. Langiewicza 6A

| Lp. | Rodzaj badania | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Badanie EKG bez opisu | 55,00 |
| 2 | Badanie EKG z opisem | 75,00 |
| 3 | Badanie spirometryczne | 60,00 |

**Załącznik Nr 72**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK INIEKCJI**
**wykonywanych w Gabinecie Diagnostyczno-Zabiegowym**
**przy ul. Langiewicza 6A**

| Lp. | Rodzaj iniekcji | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Iniekcje dożylne | 60,00 |
| 2 | Iniekcje domięśniowe | 35,00 |
| 3 | Iniekcje podskórne | 35,00 |
| 4 | Wlew kroplowy | 70,00 |
| 5 | Szczepienie<br>zawiera: kwalifikację lekarską, pracę pielęgniarki, wydanie zaświadczenia<br>nie zawiera: kosztów szczepionki | 165,00 |

**Załącznik Nr 73**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK USŁUG STOMATOLOGICZNYCH wykonywanych w Poradni Stomatologicznej przy ul. Langiewicza 6A

| Lp. | Rodzaj świadczenia | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| **W ZAKRESIE GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ** | | |
| 1 | Badanie lekarskie stomatologiczne | 170,00 |
| 2 | Dewitalizacja zęba (z opatrunkiem) | 110,00 |
| 3 | Opatrunek leczniczy | 45,00 |
| 4 | Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej | 70,00 |
| 5 | Usuniecie złogów nazębnych z jednego łuku zębowego | 85,00 |
| 6 | Trepanacja martwego zęba z założeniem opatrunku | 110,00 |
| 7 | Znieczulenie nasiękowe | 35,00 |
| 8 | Znieczulenie przewodowe | 45,00 |
| 9 | Usunięcie zęba w znieczuleniu | 205,00 |
| 10 | Usunięcie zęba w znieczuleniu z powikłaniami | 275,00 |
| 11 | Nacięcie ropnia w znieczuleniu | 140,00 |
| 12 | Opatrunek chirurgiczny | 70,00 |
| 13 | Wypełnienie zęba amalgamatem w zależności od wielkości wypełnienia | 140,00-180,00 |
| 14 | Wypełnienie zęba materiałem chemoutwardzalnym w zależności od wielkości wypełnienia | 180,00-275,00 |
| 15 | Wypełnienie zęba materiałem światłoutwardzalnym w zależności od wielkości wypełnienia | 205,00-305,00 |
| 16 | Czasowe wypełnienie kanału zęba | 110,00 |
| 17 | Ostateczne wypełnienie jednego kanału (leczenie zębów z zapaleniem miazgi zębowej)<br>*Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba* | 170,00 |
| 18 | Ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów (leczenie zębów z zapaleniem miazgi zębowej)<br>*Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba* | 205,00-275,00 |
| 19 | Ostateczne wypełnienie jednego kanału w zębie zakażonym (zgorzel)<br>*Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba* | 195,00 |
| 20 | Ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów w zębie zakażonym (zgorzel)<br>*Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba* | 235,00-305,00 |
| 21 | Rekonstrukcja korony zęba materiałem chemoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym | 245,00 |
| 22 | Rekonstrukcja korony zęba materiałem światłoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym | 305,00 |
| 23 | Zdjęcie korony protetycznej | 70,00 |
| 24 | Zdjęcie mostu (1 punkt) | 70,00 |
| 25 | Zacementowanie korony protetycznej | 110,00 |
| 26 | Lakierowanie wszystkich zębów (dwa łuki zębowe) | 140,00 |
| 27 | Lakierowanie jednego łuku zębowego | 70,00 |

| Lp. | Rodzaj świadczenia | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| **W ZAKRESIE INNYM NIŻ GWARANTOWANE ŚWIADCZENIA** | | |
| Leczenie kanałowe zębów w odcinku bocznym - zęby przedtrzonowe i trzonowe (leczenie kanałowe - endodontyczne) zębów z zapaleniem miazgi: | | |
| 28 | - czasowe wypełnienie kanału | 110,00 |
| 29 | - ostateczne wypełnienie jednego kanału | 140,00 |
| 30 | - ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów<br>*Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba* | 170,00-220,00 |
| Leczenie kanałowe - endodontyczne zębów z zakażoną miazgą- zęby przedtrzonowe i trzonowe: | | |
| 31 | - czasowe wypełnienie kanału | 110,00 |
| 32 | - ostateczne wypełnienie jednego kanału | 140,00 |
| 33 | - ostateczne wypełnienie dwóch lub więcej kanałów<br>*Opłata nie obejmuje wypełnienia w koronie zęba* | 170,00-220,00 |
| 34 | Rekonstrukcja korony zęba materiałem chemoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym | 205,00 |
| 35 | Rekonstrukcja korony zęba materiałem światłoutwardzalnym na ćwieku fabrycznym | 245,00 |
| 36 | Zdjęcie korony protetycznej | 70,00 |
| 37 | Zdjęcie mostu (1 punkt) | 70,00 |
| 38 | Zacementowanie korony protetycznej | 70,00 |
| 39 | Lakierowanie wszystkich zębów (dwa łuki zębowe) | 110,00 |
| 40 | Lakierowanie jednego łuku zębowego | 60,00 |
| **Wypełnienie zębów wykonywanych z materiałów ponadstandardowych (nie gwarantowanych przez NFZ)** | | |
| 41 | Wypełnienie materiałem chemoutwardzalnym w odcinku bocznym (zęby przedtrzonowe i zęby trzonowe)<br>*W zależności od wielkości wypełnienia* | 140,00-180,00 |
| 42 | Wypełnienie materiałem światłoutwardzalnym wszystkich<br>*W zależności od wielkości wypełnienia* | 170,00-275,00 |

**Załącznik Nr 74**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## Realizacja prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

§ 1

Pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, tj. takiej, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opieki sprawowanej nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu, sprawowanej przez osobę bliską.

§ 2

Zamiar skorzystania z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej należy zgłosić lekarzowi prowadzącemu, a pod jego nieobecność lekarzowi dyżurnemu wraz z informacją z jakich świadczeń wymienionych w §3 ust.1, punkt 1-5 osoba sprawująca opiekę chciałaby korzystać.

§ 3

1. Ustala się następującą odpłatność za:
   1) śniadanie: 12,07 zł brutto (w tym: 11,18 zł netto + 8% VAT: 0,89 zł)
   2) obiad: 26,56 zł brutto (w tym: 24,59 zł netto + 8% VAT: 1,97 zł)
   3) kolację: 9,66 zł brutto (w tym: 8,94 zł netto + 8% VAT: 0,72 zł)
   4) wyżywienie całodzienne: 48,28 zł brutto (w tym: 44,71 zł netto + 8% VAT: 3,58 zł)
   5) całodobowy pobyt w Oddziale pokrywający koszty korzystania z łóżka i infrastruktury Szpitala: 138,14 zł brutto (w tym: 112,31 zł netto + 23% VAT: 25,83 zł)
2. Odpłatność, o której mowa w punkcie 1-4 ponoszona jest w razie wyboru korzystania z w/w świadczeń i możliwości ich zapewnienia przez Szpital.
3. Odpłatność, o której mowa w punkcie 5 ponoszona jest w każdym przypadku całodobowego pobytu, niezależnie od korzystania ze świadczeń wymienionych w punkcie 1-4.
4. Na żądanie osoby korzystającej ze świadczeń wymienionych w ustępie 1 zostanie im wystawiona faktura VAT.

§ 4

Szpital w miarę możliwości zapewni skorzystanie z wolnego łóżka na sali lub możliwość dostawienia łóżka polowego wraz z pościelą i bielizną pościelową.

§ 5

1. Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej może podlegać ograniczeniom ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz istnienie prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego.
2. Osobami uprawnionymi do podejmowania decyzji w sprawie ograniczenia prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów są lekarz prowadzący, a pod jego nieobecność lekarz dyżurny.

§ 6

1. W przypadku konieczności pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym, który wymaga sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876), koszty osobodnia (bez wyżywienia) pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, rozliczane są w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne na podstawie oświadczenia opiekuna (zgodnie ze wzorem określonym przez Prezesa NFZ).

**Załącznik nr 75**
Do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# Cennik na usługi sterylizacyjne świadczone w USK Nr 1 w Lublinie

Ustala się odpłatność za usługi sterylizacyjne świadczone przez Dział Sterylizacji USK Nr 1 w Lublinie:

1. **Ze względu na metodę sterylizacji, odpłatność za 1 pakiet sterylizacyjny:**

   a) **sterylizacja wysokotemperaturowa:**
      - pakiet mały: 25,00 zł + 23% VAT
      - pakiet średni: 42,00 zł + 23% VAT
      - pakiet duży: 130,00 zł + 23% VAT

   b) **sterylizacja niskotemperaturowa nadtlenkiem wodoru:**
      - pakiet mały: 38,00 zł + 23% VAT
      - pakiet średni: 64,00 zł + 23% VAT
      - pakiet duży: 229,00 zł + 23% VAT

2. **Opłata za gotowość do pracy: 200,00 zł + 23% VAT/ za 1 m-c.**

3. W przypadku usługi sterylizacyjnej połączonej z transportem, ceny ustalane są indywidualnie w odrębnej umowie.

**Załącznik Nr 76**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## Zasady odpłatności za transport sanitarny

1. Pacjenci USK Nr 1 w Lublinie przewożeni na zabiegi, badania lekarsko – konsultacyjne, diagnostyczne, do własnych lub obcych jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych nie ponoszą żadnych opłat finansowych.
2. Pacjent zwolniony jest również z opłaty za przewiezienie go z miejsca zamieszkania lub pobytu do szpitalnych poradni lub klinik, lub odwiezienie pacjenta do miejsca zamieszkania po zakończonym leczeniu (na podstawie zlecenia transportu, wystawionego przez lekarza z USK Nr 1) w przypadku gdy u pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca pacjentowi korzystanie ze środków transportu publicznego, zaś USK Nr 1 jest najbliższym podmiotem leczniczym, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającym świadczeń we właściwym zakresie.
3. Każdy transport sanitarny (m. in. pacjenta, krwi) winien się odbyć zgodnie z wystawionym skierowaniem przez lekarza lub diagnostę laboratoryjnego.
4. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021, poz. 290) pacjent ponosi 60% kosztów związanych z jego transportem w przypadku:
   1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
   2) chorób nowotworowych,
   3) chorób oczu,
   4) chorób przemiany materii,
   5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
   6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
   7) chorób układu krążenia,
   8) chorób układu moczowo-płciowego,
   9) chorób układu nerwowego,
   10) chorób układu oddechowego,
   11) chorób układu ruchu,
   12) chorób układu trawiennego,
   13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
   14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
   15) urazów i zatruć,
   16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych,

- gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że pacjent jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

5. W pozostałych przypadkach, w tym gdy u pacjenta występuje dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego (w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem) zaś USK Nr 1 nie jest zakładem opieki zdrowotnej spełniającym ten warunek (najbliżej położonym), pacjent ponosi 100% kosztów przejazdu szpitalną karetką.
6. Stawka bazowa kosztów transportu wynosi:
   1) za transport pacjenta: 6,30 zł netto za 1 km oraz 150,00 zł netto za 1 godzinę pracy zespołu,
   2) za transport koordynatora/materiału biologicznego: 2,30 zł netto za 1 km oraz 50,00 zł netto za 1 godzinę pracy kierowcy.

Zwolnienie z VAT na podstawie art.43 ust.1 pkt 2 ustawy o VAT.

**Załącznik Nr 77**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK**
**Osobogodziny kursu szkoleniowego**
**w USK Nr 1 w Lublinie**

| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Udostępnienie Szpitala w celu przeprowadzenia szkolenia dla uczestników spoza USK 1 - osobogodzina | |
| | - z uwzględnieniem środków ochrony osobistej | 20,00 |
| | - bez środków ochrony osobistej | 10,00 |

**Załącznik Nr 78**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK USŁUG**
**wykonywanych w Banku Mleka Kobiecego USK Nr 1 w Lublinie**

| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | 50 ml pozyskanego, przebadanego i pasteryzowanego mleka kobiecego z analizą składu. | 90,00 |
| 2 | 120 ml pozyskanego, przebadanego i pasteryzowanego mleka kobiecego z analizą składu. | 214,00 |

**Załącznik Nr 79**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK USŁUG**
**wykonywanych w Pracowni Płynów do Żywienia Pozajelitowego USK Nr 1 w Lublinie**

| Lp. | Rodzaj żywienia pozajelitowego | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Żywienie pozajelitowe kompletne - dorośli (1 worek) | 387 |
| 2 | Żywienie pozajelitowe immunomodulujące - dorośli (1 worek) | 641 |
| 3 | Żywienie pozajelitowe - dzieci (1 worek bazowy) | 176 |
| 4 | Żywienie pozajelitowe - dzieci (1 zestaw - baza + emulsja tłuszczowa) | 293 |
| 5 | Żywienie pozajelitowe immunomodulujące - dzieci (1 worek) | 410 |
| 6 | Żywienie pozajelitowe kompletne - RTU (1 worek) | 285 |

**Załącznik Nr 80**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK**
**Osobogodziny dydaktycznej dla Uczelni Wyższych**
**oraz Ośrodków Kształcenia Przeddyplomowego**
**i Podyplomowego w USK Nr 1 w Lublinie**

| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Osobodzień zajęć dydaktycznych z opiekunem USK1 (max. 7h 35 minut) | **48,00** |
| 2 | Osobodzień zajęć dydaktycznych bez opiekuna USK1 (max. 7h 35 minut) | **31,00** |
| 3 | Osobodzień zajęć dydaktycznych z opiekunem USK1 (max. 12 h) | **75,00** |
| 4 | Osobodzień zajęć dydaktycznych bez opiekuna USK1 (max. 12 h) | **48,00** |
| 5 | Osobogodzina dydaktyczna z opiekunem USK1 (45 minut) | **8,00** |
| 6 | Osobogodzina dydaktyczna bez opiekuna USK1 (45 minut) | **6,00** |

**Załącznik Nr 81**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK USŁUG
# laktacyjnych wykonywanych w Poradni Laktacyjnej
# w USK Nr 1 w Lublinie

| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Porada laktacyjna pierwszorazowa dla pacjentów urodzonych w USK Nr 1 | **bezpłatna** |
| 2 | Porada laktacyjna pierwszorazowa dla pacjentów urodzonych poza USK Nr 1 | **150** |
| 3 | Porada laktacyjna kolejna | **100** |

**Załącznik Nr 82**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK ZA USŁUGĘ ZAOPATRYWANIA W LEKI W USK NR 1 W LUBLINIE

| Lp. | Opłata za usługę zaopatrywania w leki | Wskaźnik |
|---|---|---|
| 1 | Wskaźnik kosztów obsługi do wartości leków (brutto), których dotyczy zapotrzebowanie | 25% |

**Załącznik Nr 83**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK OPŁAT ZA KRÓTKOTERMINOWE KORZYSTANIE Z INFRASTRUKTURY USK NR 1 W LUBLINIE*

| Lp. | Lokalizacja | | Cena netto |
|---|---|---|---|
| 1 | Aula przy ul. Stanisława Staszica 11 (176 miejsc) | 1 godzina | 100,00 |
| | | cały dzień /do 8 godzin/ | 600,00 |
| 2 | Sala Konferencyjna przy ul. Stanisława Staszica 11 (35 miejsc) | 1 godzina | 80,00 |
| | | cały dzień /do 8 godzin/ | 500,00 |
| 3 | Aula przy ul. Chmielnej 1 (120 miejsc) | 1 godzina | 100,00 |
| | | cały dzień /do 8 godzin/ | 600,00 |

* Cennik ma zastosowanie do czynności prawnych o wartości nieprzekraczającej 20 000 zł brutto.

**Załącznik Nr 84**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

**CENNIK ZA USŁUGĘ PRZYGOTOWANIA ZAKRESU WNIOSKOWANYCH ZANOMIZOWANYCH DANYCH STATYSTYCZNYCH**
(nie uwzględnia formy wnioskowanej)

| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto |
|---|---|---|
| 1 | Usunięcie danych osobowych i wrażliwych w danych tekstowych (dokumenty typu: .odt, .doc, .docx, czcionka minimum 12) | 50,00 zł/1 strona |
| 2 | Usunięcie danych osobowych i wrażliwych (anonimizacja kolumn z danymi osobowymi) w danych tabelarycznych (dokumenty typu: .ods, xls, .xlsx, .csv, każde rozpoczęte 100 rekordów) | 30,00 zł/100 rekordów |

**Załącznik Nr 85**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

## CENNIK ZA USŁUGĘ PRZYGOTOWANIA LEKU PRZEZ PRACOWNIĘ CYTOSTATYKÓW W USK NR 1 W LUBLINIE

| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Przygotowanie leku (1 worek) | 150,00 |

**Załącznik Nr 86**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# CENNIK DOSTĘPU DO STREFY OPERACYJNEJ W USK NR 1 W LUBLINIE

| Lp. | Rodzaj usługi | Cena netto w zł |
|---|---|---|
| 1 | Wejście na blok operacyjny | 50,00 |

**Załącznik Nr 87**
do Regulaminu Organizacyjnego
USK Nr 1 w Lublinie

# Informacja dotycząca cen w badaniach klinicznych/eksperymentach medycznych /badaniach naukowych

1. Wycena świadczeń, procedur oraz usług realizowanych na potrzeby badań klinicznych odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w **Regulaminie Badań Klinicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.**

2. Procedury, świadczenia lub usługi realizowane w ramach badań klinicznych/eksperymentów medycznych/badań naukowych, które nie zostały uwzględnione w obowiązujących cennikach, podlegają **indywidualnej wycenie**.

3. **Indywidualnej wycenie** mogą podlegać również świadczenia ujęte w obowiązujących cennikach, jeżeli sposób lub warunki ich realizacji w ramach badań klinicznych/eksperymentów medycznych/badań naukowych wymagają dodatkowych nakładów:
   - organizacyjnych,
   - technicznych,
   - kadrowych.

   Dotyczy to w szczególności świadczeń realizowanych poza standardowymi godzinami pracy.