

REGULAMIN ORGANIZACYJNY
Wojewódzkiego Szpitala
im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej
w Tarnobrzegu

wrzesień 2025

SPIS TREŚCI:

ROZDZIAŁ I	Postanowienia ogólne
ROZDZIAŁ II	Miejsce udzielania świadczeń
ROZDZIAŁ III	Cele i zadania podmiotu
ROZDZIAŁ IV	Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
ROZDZIAŁ V	Sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Szpitala
ROZDZIAŁ VI	Struktura organizacyjna Szpitala
ROZDZIAŁ VII	Organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki ich współdziałania
ROZDZIAŁ VIII	Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
ROZDZIAŁ IX	Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą
ROZDZIAŁ X	Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej
ROZDZIAŁ XI	Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny
ROZDZIAŁ XII	Wysokość opłat oraz organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych odpłatnych

Rozdział I: Postanowienia ogólne

§ 1

1. Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, zwany dalej „Zakładem/Szpitałem” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2025.450 t.j.), działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Zakład posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000003145.
3. Podmiotem tworzącym Zakład jest Województwo Podkarpackie.
4. Nadzór nad działalnością Zakładu sprawuje Zarząd Województwa Podkarpackiego.
5. Szpital udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego, pod numerem 00000010157.

§ 2

Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu działa w oparciu o:

1. Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2025.450 t.j.) zwaną w dalszej części niniejszego regulaminu „ustawą”,
2. Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024. 146 t. j. z późn. zm.),
3. Ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U.2024.1287 t.j. z późn. zm.),
4. Ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2024. 814 t.j. z późn. zm.)
5. Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2024. 581 t. j.),
6. Ustawę z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. 2024.1530 t.j. z późn. zm.),
7. Ustawę z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. 2023. 120 t. j. z późn. zm.),

8. Ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. 2025.278 t.j. z późn. zm.),
9. Ustawę z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2024. 361 t. j. z późn. zm.),
10. Zarządzenie Nr 118 Wojewody Tarnobrzieskiego z dnia 28 grudnia 1992r. w sprawie utworzenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
11. Zarządzenie Nr 67 Wojewody Tarnobrzieskiego z dnia 21 sierpnia 1998 roku w sprawie przekształcenia Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej pod nazwą „Wojewódzki Szpital Zespolony” w Tarnobrzegu w samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej,
12. Statut Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu,
13. Inne przepisy prawa dotyczące funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

§ 3

1. Niniejszy regulamin określa organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, regulując w szczególności:
 - a) cele i zadania Szpitala,
 - b) zakres, miejsce oraz przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych Szpitala,
 - c) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym,
 - d) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - e) wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej,
 - f) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat,
 - g) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,
 - h) wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych,

- i) sposób kierowania komórkami organizacyjnymi.
- 2. Regulamin organizacyjny ustala Dyrektor Szpitala.
- 3. Rada Społeczna jako organ inicjujący i opiniodawczy podmiotu tworzącego Szpital oraz organ doradczy Dyrektora opiniuje projekt regulaminu organizacyjnego.

§ 4

Ilećroć w Regulaminie jest mowa o:

- 1) Zakładzie/Szpitalu – należy przez to rozumieć Wojewódzki Szpital im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu,
- 2) Dyrektorze - należy przez to rozumieć Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu,
- 3) Zarządzie Szpitala – należy przez to rozumieć Dyrektora, jego Zastępców oraz Naczelną Pielęgniarkę,
- 4) Komórkach organizacyjnych – należy przez to rozumieć wewnętrzne komórki organizacyjne Szpitala takie jak: oddziały szpitalne, pododdziały szpitalne, apteka, blok operacyjny, poradnie specjalistyczne, zakłady i pracownie diagnostyczne, centralna sterylizatornia, działy i sekcje zadań administracyjnych, ekonomicznych i technicznych oraz samodzielne stanowiska.

Rozdział II: Miejsce udzielania świadczeń

§ 5

- 1. Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Tarnobrzeg, ul. Szpitalna 1.
- 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w medycznych komórkach organizacyjnych Szpitala w ramach zawartych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innymi podmiotami zewnętrznymi zapewniającymi finansowanie działalności leczniczej.
- 3. Udzielanie przez Szpital ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych może odbywać się także w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta.

Rozdział III: Cele i zadania podmiotu

§ 6

1. Podstawowym celem Zakładu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia. Szpital stale podejmuje działania na rzecz ochrony i poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej, stałe podnoszenie poziomu świadczonych usług, w tym poprzez wdrażanie nowych technologii medycznych i metod leczenia oraz propagowanie zachowań prozdrowotnych. Zakład realizuje również zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
2. Realizując cele określone w ust. 1, Zakład uczestniczy jednocześnie w:
 - 1) przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny,
 - 2) prowadzeniu prac badawczych (badania kliniczne, eksperymenty medyczne).

§7

1. Do podstawowych zadań Zakładu należy udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością, w szczególności:
 - 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych specjalności, w tym świadczeń szpitalnych,
 - 2) udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach posiadanych specjalności, w tym wykonywanie badań diagnostycznych przez zakłady i pracownie diagnostyczne w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego,
 - 3) prowadzenie działalności mającej na celu promocję zdrowia,
 - 4) uczestniczenie w kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób, w tym ułatwianie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz prowadzenie działalności szkoleniowej, w szczególności staży podyplomowych i specjalizacyjnych,
 - 5) planowanie, organizowanie i realizacja przedsięwzięć z zakresu spraw obronnych (w jednostce), udział w szkoleniach przełożonego oraz organizowanie i prowadzenie szkoleń w jednostce, realizacja zadań obronnych wynikających z obowiązujących aktów normatywno – prawnych, planowanie i realizacja przedsięwzięć z zakresu spraw

obronnych, zarządzania kryzysowego, ochrony ludności i obrony cywilnej zgodnie z obowiązującymi aktami normatywnymi.

2. Zakład może organizować i prowadzić szkolenia dla innych podmiotów w zakresie wykonywania zawodów medycznych, organizacji i pracy oddziałów szpitalnych, zarządzania w służbie zdrowia i prawa medycznego.
3. Zakład wykonuje inne niż określone w ust. 1-2 zadania wynikające z obowiązujących przepisów prawa.
4. W wykonywaniu zadań Zakład współpracuje z:
 - 1) innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
 - 2) stacjami sanitarno – epidemiologicznymi,
 - 3) jednostkami samorządowymi,
 - 4) organizacjami społecznymi,
 - 5) innymi niż wykonujące działalność leczniczą podmiotami,
 - 6) osobami fizycznymi,
 - 7) innymi podmiotami niż wymienione w pkt 1-6
 - w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych.

§ 8

1. Zakład może prowadzić inną działalność niż działalność lecznicza nieuciążliwą dla pacjenta oraz przebiegu leczenia w szczególności działalność gospodarczą polegającą na:
 - 1) najmie, dzierżawie i użyczeniu majątku trwałego,
 - 2) sterylizacji sprzętu,
 - 3) naprawach sprzętu medycznego,
 - 4) sprzątaniu,
 - 5) prowadzeniu apteki ogólnodostępnej,
 - 6) sprzedaży wyrobów medycznych, w tym ortopedycznych,
 - 7) działalności gastronomicznej i dostarczaniu żywności dla odbiorców zewnętrznych (catering),
 - 8) działalności usługowej związanej z poprawą kondycji fizycznej,
 - 9) działalności usługowej w zakresie transportu,
 - 10) działalności usługowej w zakresie odpłatnego zakwaterowania,

- 11) organizacji targów, wystaw i kongresów.
2. Zakład może prowadzić szkolenia, konferencje, kursy w zakresie promocji zdrowia dla placówek szkolnych, oświatowo-wychowawczych, organizacji społecznych, stowarzyszeń, zainteresowanych osób fizycznych. Zakład może również udostępniać swoje mienie na ten cel innym jednostkom.

Rozdział IV: Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

§ 9

1. Szpital prowadzi działalność leczniczą w rodzaju:
 - 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne,
 - 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.
2. Zakres świadczeń udzielanych przez Szpital obejmuje:
 - a) świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej,
 - b) świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej,
 - c) badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

Rozdział V: Sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi Szpitala

§ 10

1. Zakładem kieruje i reprezentuje go na zewnątrz Dyrektor, którego ustanawia w drodze konkursu podmiot tworzący.
2. Dyrektor samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące funkcjonowania Zakładu i ponosi odpowiedzialność za zarządzanie zakładem.
3. Dyrektor jest zwierzchnikiem służbowym wszystkich pracowników oraz dokonuje wobec nich czynności z zakresu prawa pracy.
4. Dyrektor wykonuje swoje zadania przy pomocy:
 - 1) Zastępców Dyrektora przewidzianych w Regulaminie Organizacyjnym w liczbie nie większej niż 2;
 - 2) Naczelnej Pielęgniarki;
 - 3) Głównego Księgowego;
 - 4) Kierowników bezpośrednio mu podległych komórek organizacyjnych.

5. Dyrektora Szpitala w czasie jego nieobecności zastępuje jeden ze wskazanych przez niego Zastępców lub ustanawiane jest pełnomocnictwo łączne.
6. Poza godzinami pracy tj. od godz. 15.00 do 7.30 w dni powszednie, oraz przez całą dobę w niedziele i święta, kompetencje Dyrektora w zakresie kontroli udzielania świadczeń i koordynacji pracy personelu przejmuje lekarz dyżurny wyznaczony wg comiesięcznego harmonogramu sporządzonego przez kierowników oddziałów i zatwierdzanego przez Dyrektora.
7. Lekarz dyżurny w terminach ustalonych w pkt 6 zastępuje Dyrektora, a w sprawach tego wymagających kontaktuje się o każdej porze z Dyrektorem lub jego Zastępcami.
8. Organem doradczym Dyrektora jest Rada Społeczna.

§ 11

1. Do zadań Dyrektora należy w szczególności:
 - 1) Organizowanie pracy Zakładu w sposób zapewniający należyte wykonywanie działalności leczniczej oraz innych zadań statutowych, w warunkach zgodnych z obowiązującymi przepisami i zasadami, w zakresie ustalonym zawartymi umowami.
 - 2) Należyte gospodarowanie mieniem Zakładu oraz mieniem Województwa Podkarpackiego przekazanych w użytkowanie Zakładowi.
 - 3) Wydawanie zarządzeń, regulaminów i innych aktów prawa wewnętrznego Zakładu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Dyrektora obejmuje także:
 - 1) wytyczanie głównych kierunków rozwoju działalności Szpitala,
 - 2) planowanie i zarządzanie działalnością Szpitala,
 - 3) kontrolę i ocenę pracy komórek organizacyjnych oraz ich kierowników,
 - 4) wykonywanie czynności związanych z zatrudnianiem, zwalnianiem, nagradzaniem pracowników Zakładu,
 - 5) współdziałanie z organizacjami związków zawodowych działających w Zakładzie i innymi organizacjami zawodowymi pracowników,
 - 6) ustanawianie pełnomocników Dyrektora,
 - 7) koordynacja funkcjonowania i współpracy wszystkich struktur organizacyjnych Zakładu,
 - 8) wykonywanie innych czynności związanych z zarządzaniem i kierowaniem Zakładem, wynikających z obowiązujących przepisów.

3. Dyrektor jest odpowiedzialny za całokształt funkcjonowania Zakładu, a w szczególności za:
- 1) tworzenie warunków organizacyjnych zapewniających uzyskiwanie optymalnych efektów wykonywania działalności,
 - 2) dobór i właściwe wykorzystywanie kadr,
 - 3) zapewnianie pracownikom właściwych warunków pracy i warunków socjalno-bytowych,
 - 4) właściwą gospodarkę mieniem i środkami finansowymi,
 - 5) zabezpieczeniem spraw objętych tajemnicą państwową i służbową,
 - 6) terminowe zawiadamianie organów inspekcji sanitarnej o przypadkach wystąpienia w Szpitalu chorób zakaźnych oraz wydawanie zarządzeń dotyczących zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym.
 - 7) nadzór nad opracowywaniem planów i programów w zakresie remontów, inwestycji, zakupów inwestycyjnych oraz nadzorowanie ich realizacji,
 - 8) analiza i ocena potrzeb dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę,
 - 9) nadzór nad utrzymaniem urządzeń, sprzętu, aparatury medycznej i zajmowanych pomieszczeń w należyтым stanie technicznym z uwzględnieniem zasad zabezpieczenia przeciwpożarowego.
4. Oświadczenia woli w imieniu Zakładu składa Dyrektor lub osoby przez niego upoważnione.

§ 12

1. Do zadań Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należy:
- 1) dbałość o prawidłową organizację i jakość procesu udzielania świadczeń medycznych oraz o inne sprawy związane z lecnictwem,
 - 2) nadzorowanie realizacji przez Szpital umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym procedur wysokospecjalistycznych oraz umów zawartych z innymi podmiotami na udzielanie świadczeń medycznych,
 - 3) sprawowanie bezpośredniego nadzoru nad jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala wykonującymi świadczenia zdrowotne,
 - 4) udział w planowaniu i optymalizacji zatrudnienia oraz udział w procesie rekrutacji personelu medycznego,
 - 5) sprawowanie nadzoru nad pracą lekarzy i innych pracowników posiadających wyższe wykształcenie medyczne, lekarzy stażystów a także studentów odbywających praktyki,

- 6) opracowywanie wniosków w sprawie rozwoju Szpitala w zakresie lecznictwa, przedkładanych do uzgodnienia i zatwierdzenia Dyrektorowi Szpitala,
 - 7) współpraca z samorządem lekarskim i pielęgniarskim,
 - 8) nadzór merytoryczny nad przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Zakładzie w powierzonym zakresie,
 - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.
2. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa odpowiedzialny jest za całokształt działalności medycznej Szpitala, a w szczególności ponosi odpowiedzialność za poziom udzielanych w Szpitalu świadczeń zdrowotnych, ich organizację, należyte wykonanie, sprawne i skuteczne działanie.

§ 13

1. Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych /Główny Księgowy Szpitala kieruje i nadzoruje bezpośrednio działalnością Szpitala w zakresie rachunkowości oraz w sprawach ekonomicznych i finansowych, a także podejmuje decyzje w sprawach wchodzących w zakres działania podległego mu pionu.
2. Zakres uprawnień i obowiązków Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych /Głównego Księgowego obejmuje w szczególności:
 - 1) zarządzanie finansami Szpitala w sposób optymalizujący płynność finansową, rentowność oraz wartość aktywów,
 - 2) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, a w szczególności organizacja systemu sporządzania, przyjmowania, obiegu, archiwizowania i kontroli dokumentacji księgowej oraz bieżące i prawidłowe prowadzenie księgowości oraz sprawozdawczości finansowej w sposób umożliwiający terminowe przekazywanie rzetelnych informacji ekonomicznych, a także prawidłowe i terminowe dokonywanie wszelkich rozliczeń finansowych,
 - 3) współtworzenie rocznego planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego, oraz bieżący nadzór nad ich realizacją i przestrzeganiem,
 - 4) prowadzenie gospodarki finansowej Szpitala w sposób zapewniający realizację umów zawieranych przez Szpital, przestrzeganie zasad rozliczeń pieniężnych i ochrony wartości pieniężnych oraz terminową windykację należności i dochodzenie roszczeń spornych,

- 5) nadzór nad prawidłowością wykorzystania środków pochodzących z dotacji oraz innych środków będących w dyspozycji Szpitala,
 - 6) nadzór nad gospodarką magazynową i zaopatrzeniem materiałowym Szpitala,
 - 7) nadzór nad właściwą gospodarką środkami trwałymi,
 - 8) nadzór merytoryczny i finansowy nad przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w Zakładzie w powierzonym zakresie,
 - 9) określanie zasad, według których pozostałe komórki organizacyjne winne zapewnić prawidłową realizację gospodarki finansowej, kalkulacji kosztów i sprawozdawczości finansowej,
 - 10) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.
3. Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych/Główny Księgowy ponosi odpowiedzialność za funkcjonowanie rachunkowości Zakładu, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

§ 14

1. Naczelną Pielęgniarką Zakładu organizuje, nadzoruje i koordynuje pracę pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodowych średniego i niższego personelu medycznego. Ponadto nadzoruje pracę Działu Higieny Szpitalnej i Centralnej Sterylizatorni.
2. W szczególności do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy:
 - 1) nadzór nad odpowiednim poziomem opieki pielęgniarskiej i jakości udzielanych świadczeń przez średni i niższy personel medyczny,
 - 2) wnioskowanie i opiniowanie Dyrektorowi i Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w sprawach dotyczących zatrudniania, zwalniania, awansowania, nagradzania i karania, a także w innych kwestiach dotyczących podległego jej personelu,
 - 3) udział w planowaniu i nadzór nad podnoszeniem kwalifikacji podległego personelu oraz organizacja systemu szkoleń wewnątrzzakładowych,
 - 4) nadzór nad szkoleniem pielęgniarek/położnych, które w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu odbywają szkolenie, a następnie weryfikacja i ocena poziomu uzyskanych umiejętności,
 - 5) współpraca z pielęgniarkami/położnymi oddziałowymi w zakresie kształtowania odpowiedzialnej postawy etycznej – moralnej podległego personelu oraz właściwego rozwiązywania problemów, które stanowią ryzyko dla sprawnej opieki pielęgniarskiej,

- 6) współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych Zakładu, kierownikami oddziałów, przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych oraz członkami zespołu terapeutycznego w zakresie sprawnego funkcjonowania Szpitala oraz prawidłowego przebiegu hospitalizacji pacjentów,
 - 7) planowanie etatów pielęgniarskich i położniczych, zgodnie z obowiązującymi normami,
 - 8) wdrażanie standardów, algorytmów i procedur pielęgniarskich i położniczych,
 - 9) wdrażanie dokumentacji pielęgniarskiej i położniczej oraz nadzór nad jej prawidłowym prowadzeniem,
 - 10) podnoszenie jakości świadczonych usług pielęgniarskich i położniczych,
 - 11) kontrola pracy pielęgniarek oddziałowych.
3. W celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań Naczelna Pielęgniarka współpracuje z kierownikami działów oraz sekcji administracyjnych, ekonomicznych i technicznych.

§ 15

1. Poszczególnymi jednostkami i komórkami organizacyjnymi Zakładu kierują odpowiednio kierownicy tych jednostek i komórek organizacyjnych, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Kierownicy komórek organizacyjnych Zakładu odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy w podległych komórkach oraz za zapewnienie prawidłowego terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
3. Do obowiązków kierowników komórek organizacyjnych należy w szczególności:
 - 1) ustalenie zakresów obowiązków, uprawnień oraz odpowiedzialności podległych pracowników,
 - 2) organizowanie i planowanie pracy komórki,
 - 3) nadzorowanie i kontrolowanie prawidłowego oraz terminowego wykonania przez podległą komórkę obowiązków i zadań,
 - 4) przydzielanie pracy podległym pracownikom i udzielanie wytycznych co do sposobu ich wykonania,
 - 5) nadzorowanie i kontrolowanie przestrzegania przez podległych pracowników dyscypliny pracy, etyki zawodowej, a także zapewnienie przestrzegania oraz wdrażanie do stosowania przepisów prawa powszechnie obowiązującego oraz przepisów wewnętrznych,
 - 6) zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w kierowanej komórce,

- 7) wnioskowanie o udzielenie nagród i kar zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Wynagradzania Szpitala, współdziałanie we właściwym doborze kadr oraz tworzenie właściwej atmosfery pracy w komórce,
 - 8) sporządzanie planów urlopów,
 - 9) delegowanie pracowników w sprawach służbowych poza terenem Szpitala,
 - 10) współdziałanie z innymi komórkami organizacyjnymi w celu należytej realizacji zadań wymagających uzgodnień,
 - 11) udzielanie wyjaśnień w sprawach skarg i wniosków,
 - 12) organizacja oraz nadzór nad prawidłowym prowadzeniem i przechowywaniem obowiązującej w danej komórce dokumentacji, w tym w szczególności dokumentacji medycznej,
 - 13) prowadzenie i aktualizacja baz danych w postaci zapisów elektronicznych według kompetencji merytorycznych,
 - 14) usprawnienie organizacji, metod i form pracy komórki organizacyjnej,
 - 15) optymalizacja działania i dbałość o racjonalny rachunek kosztów,
 - 16) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora.
4. Przed podjęciem decyzji o istotnym znaczeniu, kierownicy komórek organizacyjnych Zakładu mają obowiązek zasięgać opinii prawnej. W szczególności wymagają opinii prawnej:
- 1) projekty wewnętrznych aktów prawnych,
 - 2) rozstrzygnięcia spraw indywidualnych, skomplikowanych pod względem prawnym,
 - 3) wzorów opracowanych umów,
 - 4) uznania i odmowy uznania zgłoszonych roszczeń,
 - 5) spraw związanych z postępowaniem przed organami orzekającymi.
5. W przypadku niepowołania przez Dyrektora kierowników poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych, wykonuje on ich zadania samodzielnie lub za pośrednictwem upoważnionego pracownika.
6. Kierującego komórką organizacyjną zastępuje w razie jego nieobecności wyznaczony przez niego pracownik.

§ 16

1. W Zakładzie funkcjonują samodzielne stanowiska pracy: radca prawny; koordynator kontroli zarządczej; stanowisko ds. kontrolingu; stanowisko ds. zarządzania jakością; stanowisko ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych; stanowisko ds. kontroli i nadzoru żywienia; stanowisko ds. marketingu; stanowisko ds. p. pożarowych; stanowisko ds. BHP; stanowisko ds. ochrony środowiska; stanowisko ds. obronnych, zarządzania kryzysowego, ochrony ludności i obrony cywilnej; pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych; inspektor ochrony danych; kapelan szpitalny, inspektor ochrony radiologicznej.
2. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy odpowiedzialni są za właściwe organizowanie pracy oraz zapewnienie prawidłowego i terminowego wykonywania powierzonych zadań i obowiązków.
3. Do obowiązków pracowników zajmujących samodzielne stanowiska pracy należy w szczególności realizowanie jednorodnych lub tematycznie wyspecjalizowanych czynności w oparciu o obowiązujące przepisy prawne oraz wewnętrzne akty normatywne, a także współdziałanie z kierownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Zakładu w zakresie prawidłowego jego funkcjonowania.
4. Pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy podlegają bezpośrednio Dyrektorowi Zakładu, właściwemu Zastępcy i przed nimi odpowiadają za wykonywanie swoich zadań

Rozdział VI: Struktura Organizacyjna Szpitala

§ 17

1. W skład struktury organizacyjnej Szpitala wchodzi:

I. Zakłady:

- 1) Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu
- 2) Wojewódzkie Ambulatorium w Tarnobrzegu

II. Jednostki organizacyjne:

- 1) W ramach Zakładu - **Wojewódzki Szpital w Tarnobrzegu** – funkcjonują następujące jednostki organizacyjne:
 - Wojewódzki Szpital,
 - Szpitalny Oddział Ratunkowy,

- Centrum Onkologiczne,
 - Zakład Diagnostyki Obrazowej,
 - Zakład Patomorfologii,
 - Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
 - Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii,
 - Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej,
 - Centralna Sterylizatornia.
- 2) W ramach Zakładu – **Wojewódzkie Ambulatorium w Tarnobrzegu** – funkcjonuje jednostka organizacyjna - Dział Konsultacyjno-Leczniczy

III. Komórki działalności medycznej:

- 1) W ramach jednostki organizacyjnej – Wojewódzki Szpital – funkcjonują komórki organizacyjne:
- Izba Przyjęć Planowych (zał. nr 1),
 - Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii (zał. nr 3),
 - Pracownia Elektrokardiografii (przy Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii) (zał. nr 29.1),
 - Pracownia Diagnostyki Endoskopowej (zał. nr 29.2),
 - Oddział Kardiologiczny z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym (zał. nr 4),
 - Pracownia Echokardiografii i Diagnostyki Elektrokardiograficznej (zał. nr 29.3),
 - Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Defibrylatorów (zał. nr 29.4),
 - Pracownia Elektrofizjologii (zał. nr 29.5),
 - Oddział Położniczo - Ginekologiczny i Patologii Ciąży (zał. nr 5),
 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (zał. nr 6),
 - Oddział Reumatologiczny (zał. nr 7),
 - Oddział Pediatryczny (zał. nr 8),
 - Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej (zał. nr 9),
 - Oddział Otolaryngologiczny z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej oraz Pododdziałem Otolaryngologii Dziecięcej (zał. nr 10),
 - Oddział Neonatologiczny (zał. nr 11),

- Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu (zał. nr 12),
 - Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym (zał. nr 13),
 - Oddział Medycyny Paliatywnej (zał. nr 14),
 - Oddział Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej (zał. nr 15),
 - Blok Operacyjny (zał. nr 18),
 - Apteka (zał. nr 19).
- 2) W ramach jednostki organizacyjnej - Szpitalny Oddział Ratunkowy (zał. nr 16) – funkcjonuje komórka organizacyjna - Szpitalny Oddział Ratunkowy
- 3) W ramach jednostki organizacyjnej - Centrum Onkologiczne (zał. nr 17) – funkcjonują komórki organizacyjne:
- Oddział Dzienny Chemioterapii;
 - Oddział Onkologii Klinicznej;
 - Poradnia Onkologiczna;
 - Poradnia Radioterapii;
 - Zakład Radioterapii wraz z Pracownią Fizyki Medycznej (zał. nr 17.1)
 - Koordynator Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (zał. nr 17.2).
- 4) W ramach jednostki organizacyjnej - Zakład Diagnostyki Obrazowej (zał. nr 25) – funkcjonują komórki organizacyjne:
- Pracownia Densytometrii;
 - Pracownia Mammografii;
 - Pracownia Radiologii Ogólnej;
 - Pracownia Tomografii Komputerowej;
 - Pracownia Ultrasonografii;
 - Pracownia Rezonansu Magnetycznego;
- 5) W ramach jednostki organizacyjnej - Zakład Patomorfologii (zał. Nr 26) – funkcjonują komórki organizacyjne:
- Pracownia Histopatologii i Cytodiagnostyki;
 - Prosektorium;
- 6) W ramach Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej (zał. nr 27) – funkcjonuje:

Punkt pobrań, Punkt pobrań dla osób z niepełnosprawnościami, Rozdziału materiału, Pracownia Analityki Ogólnej, Pracownia Chemii Klinicznej, Pracownia Immunochemii, Pracownia Hematologii, Pracownia Koagulologii, Pracownia Bakteriologii).

- 7) W ramach jednostki organizacyjnej - Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii (zał. nr 28) – funkcjonuje komórka organizacyjna Zakład Rehabilitacji i Fizykoterapii
- 8) W ramach jednostki organizacyjnej – Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej (zał nr 29.6) – funkcjonują komórki organizacyjne:
 - Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej;
 - Bank Krwi.
- 9) W ramach jednostki organizacyjnej - Centralna Sterylizatornia (zał. nr 30)– funkcjonuje komórka organizacyjna – Centralna Sterylizatornia
- 10) W ramach jednostki organizacyjnej - Dział Konsultacyjno – Leczniczy (zał. nr 31) funkcjonują komórki organizacyjne:
 - Poradnia Chirurgii Ogólnej;
 - Poradnia Chirurgii Dziecięcej;
 - Poradnia Gastroenterologiczna;
 - Poradnia dla Kobiet;
 - Poradnia Kardiologiczna;
 - Poradnia Logopedyczna;
 - Poradnia Medycyny Pracy;
 - Poradnia Ortopedyczna;
 - Poradnia Otolaryngologiczna;
 - Poradnia Reumatologiczna;
 - Poradnia Urologiczna;
 - Poradnia Chirurgii Twarzowo - Szczękowej;
 - Poradnia Chirurgii Onkologicznej;
 - Poradnia Okulistyczna;
 - Poradnia Chorób Wewnętrznych;
 - Poradnia Anestezjologiczna;

- Poradnia Endokrynologiczna;
- Poradnia Medycyny Paliatywnej;
- Poradnia Leczenia Bólu;
- Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (zał. nr 32);

2. W Szpitalu funkcjonują także następujące komórki działalności okołomedycznej:

- Dział Higieny Szpitalnej (zał. Nr 20),
- Dział Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych (zał. Nr 21),
- Stanowisko ds. Kontroli i Nadzoru Żywienia (zał. nr 22),
- Stanowisko ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych (zał. Nr 23).

3. Ponadto w Szpitalu funkcjonują komórki działalności pozamedycznej oraz samodzielne stanowiska

- Dział Finansowo – Księgowy (zał. nr 33),
- Dział Zaopatrzenia i Magazynów (zał. nr 34),
- Sekcja Zamówień Publicznych (zał. nr 35),
- Stanowisko ds. Kontrolingu (zał. nr 36),
- Dział Organizacji i Zarządzania (zał. nr 37),
- Dział Kadr i Płac (zał. nr 38),
- Dział Techniczno - Gospodarczy (zał. nr 39),
- Sekcja Inwestycji (zał. nr 40),
- Sekcja Informatyki (zał. nr 41),
- Kuchnia (zał. nr 42),
- Stanowisko ds. BHP (zał. nr 43),
- Stanowisko ds. P. Poż. (zał. nr 44),
- Stanowisko ds. Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ochrony Ludności i Obrony Cywilnej (zał. nr 45),
- Stanowisko ds. Marketingu (zał. nr 46),
- Koordynator Kontroli Zarządczej (zał. nr 47),
- Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych (zał. nr 48),
- Stanowisko ds. Zarządzania Jakością (zał. nr 49),

- Stanowisko ds. Ochrony Środowiska (zał. nr 50),
- Kapelan Szpitalny (zał. nr 51),
- Radca Prawny (zał. nr 52),
- Inspektor Ochrony Danych (zał. nr 53),
- Inspektor Ochrony Radiologicznej (zał. nr 54)

§ 18

1. Organizację, zadania i zakres działania poszczególnych jednostek organizacyjnych, komórek organizacyjnych oraz samodzielnych stanowisk określają regulaminy ustalone przez Dyrektora Szpitala, stanowiące załączniki do niniejszego regulaminu.
2. Dla oddziałów zakładów i pracowni diagnostycznych, stworzone zostały ramowe regulaminy stanowiące odpowiednio załącznik nr 2 (ramowy regulamin oddziału), załącznik nr 24 (ramowy regulamin zakładów diagnostycznych), załącznik nr 28 (ramowy regulamin pracowni diagnostycznych).
3. Strukturę organizacyjną Szpitala określa schemat organizacyjny, stanowiący Załącznik nr 54 do niniejszego regulaminu ustalający zależność służbową poszczególnych komórek organizacyjnych.
4. Dyrektor Zakładu **w zakresie działalności medycznej** może tworzyć, łączyć, reorganizować i likwidować komórki organizacyjne Szpitala (po akceptacji organu założycielskiego). W zależności od potrzeb Dyrektor Zakładu **w zakresie obszarów działalności pozamedycznej** może tworzyć działy, sekcje, samodzielne stanowiska pracy ustalając jednocześnie ich pozycję oraz sposób podporządkowania w obrębie statutowej struktury organizacyjnej.
5. W Zakładzie funkcjonuje monitoring wizyjny. Sposób obserwacji pomieszczeń, cele i zasady funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego, przechowywanie zapisu z kamer i tryb udostępniania zapisanych danych reguluje wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu „Regulamin funkcjonowania, obsługi, eksploatacji i przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego działającego na terenie Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu”.

Rozdział VII: Organizacja i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala oraz warunki ich współdziałania

§ 19

1. Podstawowym zadaniem Szpitala jest udzielanie świadczeń leczniczych i rehabilitacyjnych w trybie stacjonarnym.
2. Szpital wykonuje zadania w sposób ciągły zapewniając zgodnie z potrzebami całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską.
3. Szpital udziela również specjalistycznych świadczeń zdrowotnych chorym leczonym w Dziale Konsultacyjno – Leczniczym, świadczeń diagnostycznych oraz świadczeń z zakresu pomocy doraźnej.
4. Do wspólnych zadań komórek organizacyjnych, samodzielnych stanowisk pracy oraz osób sprawujących określone funkcje należy:
 - 1) realizacja zadań Szpitala i celu dla którego został utworzony, określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, Statucie oraz niniejszym Regulaminie,
 - 2) dbałość o należyty wizerunek Szpitala, jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz efektywność Zespołów którymi kierują.
5. Komórki organizacyjne odpowiadają za właściwe załatwianie spraw, zgodnie z ustalonym zakresem działania tych komórek lub zgodnie z dekreacją przełożonego.
6. Za wykonanie całości zadań komórki organizacyjnej odpowiedzialny jest kierownik komórki, który reprezentuje ją wobec Dyrektora Zakładu i właściwego Zastępcy.
7. Pracownicy komórek organizacyjnych odpowiadają przed kierownikiem komórki za wykonywanie zadań zgodnie z zajmowanym stanowiskiem pracy oraz innych zadań zleconych przez bezpośredniego przełożonego.
8. W szczególności do obowiązków pracowników należy:
 - 1) kompletne, rzetelne i terminowe wywiązywanie się z przyjętych obowiązków, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami i interesami Zakładu,
 - 2) znajomość i przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, zarządzeń, procedur, instrukcji i regulaminów dotyczących w szczególności powierzonego zakresu pracy oraz zasad organizacji pracy w Zakładzie,
 - 3) informowanie przełożonych o nie dających się samodzielnie usunąć przeszkodach w realizacji zadań,

- 4) podnoszenie kwalifikacji zawodowych w zakresie niezbędnym dla wykonywania zadań na danym stanowisku, przestrzeganie przepisów dyscypliny pracy, BHP i P.POŻ.
 - 5) zgodne z przepisami i przeznaczeniem wykorzystywanie powierzonego majątku Zakładu, zabezpieczenie dostępnymi środkami przed zniszczeniem, kradzieżą lub nieuzasadnionym obniżeniem wartości,
 - 6) przestrzeganie tajemnicy służbowej i zawodowej.
9. Pracownicy uprawnieni są w szczególności do:
- 1) otrzymywania i sukcesywnej aktualizacji formalnie określonych zakresów obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
 - 2) dostępu do środków niezbędnych do realizacji wykonywanych zadań,
 - 3) bezpiecznych i właściwych dla danego stanowiska warunków pracy,
 - 4) pracy w warunkach zgodnych z zasadami ergonomii,
 - 5) terminowego otrzymywania wynagrodzenia za pracę,
 - 6) zwracania się o pomoc do bezpośredniego przełożonego w przypadku niemożności samodzielnego wywiązywania się z zadań.
10. Pracownik ponosi w szczególności odpowiedzialność za:
- 1) jakość, terminowość i ilość wykonywanych zadań stosownie do posiadanych uprawnień, środków i warunków ich realizacji,
 - 2) stan i sposób wykorzystywania powierzonego majątku stosownie do pozostawionych do jego dyspozycji środków materialnych, finansowych i organizacyjnych,
 - 3) przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa, norm etycznych oraz zasad i procedur obowiązujących w Zakładzie.
11. Szczegółowy zakres czynności oraz odpowiedzialności pracownika komórki organizacyjnej ustala, w formie pisemnej, jego bezpośredni przełożony. Szczegółowy imienny zakres czynności każdego pracownika jest dostępny w aktach osobowych w Dziale Kadr i Płac.

§ 20

1. Wewnętrzными aktami normatywnymi obowiązującymi w Szpitalu są wydawane przez Dyrektora:
- 1) regulaminy,
 - 2) zarządzenia,
 - 3) instrukcje,

- 4) procedury.
2. Projekty w/w dokumentów opracowuje właściwa merytorycznie komórka organizacyjna Zakładu.
3. W przypadku regulowania zagadnień należących do kompetencji kilku komórek, projekt aktu normatywnego opracowuje komórka najbardziej kompetencyjnie zainteresowana danym zagadnieniem. W przypadku sporu kompetencyjnego decyzję w tej sprawie podejmuje Dyrektor.
4. Projekt każdego wewnętrznego aktu normatywnego należy skonsultować z radcą prawnym.
5. Opracowane i uzgodnione projekty dokumentów przekazywane są do akceptacji Dyrektora.
6. Komórki organizacyjne w zakresie swojej właściwości sporządzają projekty umów oraz ich zmiany, a także ewidencjonują umowy oraz monitorują okresy ich obowiązywania.

§ 21

1. W Zakładzie dopuszcza się możliwość tworzenia stałych lub doraźnych komisji, komitetów lub zespołów w zależności od potrzeb.
2. Komisje, komitety i zespoły, o których mowa w ust. 1 są powoływane Zarządzeniem Dyrektora w celu opracowania lub opiniowania projektów przedsięwzięć podejmowanych w określonej dziedzinie lub wykonania innych zadań, w tym wymagających współdziałania kilku komórek organizacyjnych.

§ 22

Postępowanie kancelaryjne w Zakładzie, obieg dokumentów, rejestrację, znakowanie pism oraz używanie pieczęci określa Instrukcja Kancelaryjna ustalona przez Dyrektora Szpitala i zatwierdzona przez Archiwum Państwowe.

§ 23

1. Wewnętrzny porządek oraz czas pracy dla poszczególnych grup zawodowych określa Regulamin Pracy Szpitala ustalony w drodze zarządzenia przez Dyrektora Zakładu, po konsultacji ze związkami zawodowymi.
2. W Zakładzie obowiązuje noszenie imiennych identyfikatorów przez cały personel szpitalny.

§ 24

Dyrektor Zakładu w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych w poszczególnych komórkach organizacyjnych określa zgodnie z odrębnymi przepisami:

- 1) standardy udzielania świadczeń, a w szczególności: normy zagęszczenia łóżek, likwidacji uchybień budowlanych, bezpieczeństwa używanego sprzętu, kwalifikacje personelu medycznego i minimalne normy zatrudnienia,
- 2) standardy medyczne takie jak: standardy procesu diagnozowania, leczenia, profilaktyki, zapobiegania, receptariusza szpitalnego i postępowania z lekami, kontroli procesu leczenia, warunków izolacji oraz pobierania, przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
- 3) standardy organizacji i zarządzania Zakładem, w szczególności dotyczące: bezpieczeństwa ppoż, zabezpieczenia awaryjnego, specyficznych norm żywienia, zwalczania chorób zakaźnych i ich monitorowania, zasad higieny szpitalnej, obiegu dokumentacji, badania satysfakcji pacjenta, a także zasad współdziałania między wszystkimi komórkami organizacyjnymi Zakładu.

§ 25

1. Poszczególne jednostki i komórki organizacyjne Zakładu obowiązane są do współdziałania dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno – gospodarczym w celu:
 - 1) usprawnienia procesów informacyjno – decyzyjnych,
 - 2) prawidłowej realizacji zadań statutowych,
 - 3) integracji działań komórek organizacyjnych.
2. Podstawowymi elementami współdziałania komórek organizacyjnych są w szczególności okresowe spotkania kadry zarządzającej, Dyrektora bądź Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa z Kierownikami oddziałów i Kierownikami komórek organizacyjnych działalności podstawowej, a także Naczelnej Pielęgniarki z Pielęgniarkami Oddziałowymi.
3. Spotkania, o których mowa w ust. 2 mają na celu przede wszystkim:
 - 1) wzajemną wymianę informacji w celu dalszego doskonalenia wspólnego działania,
 - 2) przekazywanie informacji o podejmowanych kierunkach działania,
 - 3) omówienie realizacji zadań oraz wymianę poglądów dotyczących problemów w realizacji zadań,
 - 4) ocenę sytuacji finansowej Zakładu.
4. Kierownicy oddziałów, Kierownicy jednostek i komórek organizacyjnych oraz Pielęgniarki Oddziałowe, Pielęgniarka Koordynująca Działu Konsultacyjno - Leczniczego. Dietetyczka

Koordynująca, są odpowiedzialni za prawidłową współpracę wewnątrz Zakładu, jak również zobowiązani są do zapoznania podległego personelu z informacjami uzyskanymi na spotkaniach.

Rozdział VIII: Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

§ 26

1. Szpital udziela świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo:
 - 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
 - 2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit.c lub ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach, spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.
 - 3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18 roku życia:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, lub
 - c) pobierające rentę rodzinną, jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub

EFTA”, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, lub

- d) pobierające świadczenie pieniężne, o którym mowa w ustawie z dnia 8 lutego 2023r. o świadczeniu pieniężnym przysługującym członkom rodziny funkcjonariuszy lub żołnierzy zawodowych, których śmierć nastąpiła w związku ze służbą lub podjęciem poza służbą czynności ratowania życia lub zdrowia ludzkiego albo mienia (Dz.U. poz.658), jeżeli mają miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa,
 - 4) inne niż wymienione w pkt 1-3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach,
 - 5) Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielne są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.
3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych można potwierdzić poprzez:
- wygenerowanie dokumentu elektronicznego za pomocą systemu elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ);
 - przedstawienie dokumentu papierowego potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - złożenie oświadczenia o przysługującym prawie do korzystania z opieki zdrowotnej.
4. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń zdrowotnych może być:
- Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.
5. Do czasu wydania Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki

zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:
 - raport miesięczny —ZUS RMUA wydany przez pracodawcę + ZUS ZUA lub ZUS ZZA,
 - aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- 2) dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:
 - aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne + ZUS ZUA (ZUS ZZA),
- 3) dla osoby zarejestrowanej jako bezrobotna:
 - aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy,
- 4) dla osoby ubezpieczonej w KRUS
 - zaświadczenie lub legitymacja wydana i aktualnie potwierdzona przez KRUS
- 5) dla emerytów i rencistów:
 - legitymacja emeryta rencisty, z kodem oddziału OW NFZ
 - aktualne zaświadczenie z ZUS/KRUS/WBE/ZER,
- 6) dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie
 - umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłacenia składki zdrowotnej + potwierdzenie zgłoszenia w ZUS (ZUS ZZA),
- 7) dla osoby posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:
 - decyzja wójta(burmistrza, prezydenta) gminy wydana na określony okres,
- 8) dla osób pobierających zasiłek chorobowy, wypadkowy, rehabilitacyjny, macierzyński:
 - zaświadczenie o wypłacaniu zasiłku lub dokument potwierdzający wypłatę świadczenia pieniężnego (uwaga! Prawo do świadczeń zdrowotnych przysługuje tylko w okresie pobierania zasiłku).
- 9) dla osób przebywających na ciągłym zwolnieniu lekarskim
 - zaświadczenie z ZUS/KRUS informujące o ciągłości zwolnienia.
- 10) dla osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty:

- zaświadczenie z ZUS/KRUS potwierdzające ubieganie się o przyznanie emerytury lub renty,

11) dla członka rodziny ubezpieczonego:

- dowód opłacenia składki przez głównego płatnika oraz zgłoszenie do ubezpieczenia członka rodziny, np. druki: ZUS ZUA lub ZZA + ZUS ZCNA (ZCZA),
- aktualne zaświadczenie wydane przez pracodawcę,
- zaświadczenie wydane przez ZUS o zgłoszeniu członków rodziny,

Dodatkowo dla uczniów i studentów (pomiędzy 18 r. ż. a 26 r. ż.) niezbędna jest legitymacja szkolna lub studencka/doktorancka lub zaświadczenie ze szkoły potwierdzające kontynuowanie nauki.

12) dla osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji:

- karta EKUZ,
- poświadczenie wydane przez NFZ (w przypadku zamieszkiwania na terenie RP),
- certyfikat zastępujący EKUZ.

- Dokumenty potwierdzające uprawnienie do skorzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych należy przedstawić z zastrzeżeniem ust. 7 przed udzieleniem pacjentowi świadczenia zdrowotnego.
- W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.
- Koszt świadczenia zdrowotnego ustalany jest wówczas na podstawie sumy jednostkowych kosztów własnych sprzedaży wszystkich nośników kosztów zużytych podczas udzielania świadczenia zdrowotnego, z wykorzystaniem przepisów dotyczących sposobu ustalania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej osobom nieuprawnionym do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

§ 27

1. Świadczenia zdrowotne w Zakładzie udzielane są w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem według ustalonej kolejności, w dniach i godzinach ich udzielania.
2. Szpital ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń pacjentów oraz informuje pacjentów o terminie udzielenia świadczenia.
3. W celu zabezpieczenia prawidłowej kolejności udzielania świadczeń Szpital prowadzi listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.
4. Szpital koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia w razie zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującej na potrzebę wcześniejszego udzielenia świadczenia, niż wynika to z listy oczekujących. Szpital informuje pacjenta o tym fakcie oraz o nowym terminie udzielenia świadczenia.
5. W stanach nagłych, świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane pacjentowi przez Szpital niezwłocznie. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia, niezależnie od ustalonej kolejki świadczeń.
6. Maksymalny czas na podjęcie decyzji:
 - przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziału szpitalnego lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosi 120 minut.
 - przez lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział wynosi 120 minut.
7. Każdy pacjent, niezależnie od sposobu w jaki dotarł do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w wyniku przeprowadzonego przez ratownika/pielęgniarkę triagu – segregacji medycznej, jest przydzielany do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielania świadczeń, gdzie:
 - a) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem,
 - b) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut,
 - c) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut,

- d) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut,
- e) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

W przypadku pacjentów niezakwalifikowanych do leczenia szpitalnego zaleca się dalszą opiekę w podstawowej opiece zdrowotnej lub poradniach specjalistycznych, a okres pobytu na SOR kończy się wypisaniem karty informacyjnej przez lekarza dyżurnego SOR.

8. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Szpital informuje pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie terminu udzielenia świadczenia.
9. Inwalidzi Wojskowi i Wojenni, Kombatanci oraz działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych, Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Dawcy Przeszczepu, żołnierze zastępczej służby wojskowej, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, osoby deportowane do pracy przymusowej, uprawnieni żołnierze lub pracownicy, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%, weterani poszkodowani, których ustalony procentowy uszczerbek wynosi co najmniej 30%, żołnierze zawodowi o których mowa w art. 287 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 11 marca 2022r. o obronie Ojczyzny, w przypadku korzystania ze świadczeń w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych, żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, o których mowa w art. 325 ust. 2 ustawy z dnia 11 marca 2024r. o obronie Ojczyzny dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz przez niego nadzorowanych, osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, kobiety w ciąży oraz świadczeniobiorcy do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, dawcy krwi, którzy oddali co najmniej 3 donacje krwi lub jej

składników, w tym osocza po chorobie COVID-19 - na podstawie zaświadczenia, o którym mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U.2024.1782 t.j.), osoby, które legitymują się zaświadczeniem, o którym mowa w art. 67 zb ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez okres wskazany w tym zaświadczeniu, nie dłużej niż 5 lat od dnia wydania zaświadczenia - mają prawo korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza kolejnością.

10. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikających z prowadzonej przez niego listy oczekujących.

§ 28

1. Pacjenci przyjmowani są do Szpitala w trybie planowym i w trybie pilnym.
2. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do Szpitala (w sytuacji w której cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne) w trybie planowym odbywa się w ramach Izby Przyjęć Planowych.
3. Przyjęcie pacjentów zgłaszających się do Szpitala w trybie pilnym odbywa się w Izbie Przyjęć, funkcjonującej w ramach obszaru konsultacyjnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
4. W przypadku konieczności natychmiastowej hospitalizacji pacjenta, gdy Szpital nie zapewnia realizacji świadczeń w wymaganym zakresie, ze względu na brak miejsc lub gdy względy epidemiczne nie pozwalają na przyjęcie, lekarz udzielający pomocy medycznej pacjentowi w Izbie Przyjęć ustala telefonicznie miejsce hospitalizacji, w miarę możliwości w najbliższej placówce realizującej świadczenia w wymaganym zakresie oraz w razie konieczności organizuje transport medyczny.
5. Pacjenci przyjmowani do hospitalizacji w oddziałach zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne.
6. Przy przyjęciu do Szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wewnętrznymi wymogami szpitalnymi.
7. Hospitalizacja pacjenta obejmuje:
 - 1) realizację świadczeń zdrowotnych,
 - 2) środki farmaceutyczne i materiały medyczne konieczne do wykonywania świadczenia,
 - 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

8. W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, Szpital jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego.

§ 29

1. Wypisanie pacjenta ze Szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
 - a) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w Szpitalu,
 - b) na żądanie osoby przebywającej w Szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego,
 - c) gdy osoba przebywająca w Szpitalu w rażący sposób narusza regulamin porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze Szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia, kierownik Szpitala lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę Szpitala sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Szpital niezwłocznie zawiadamia sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze Szpitala na własne żądanie powinna być poinformowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze Szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

§ 30

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze Szpitala w wyznaczonym terminie, Szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwy ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie jej do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w Szpitalu począwszy od terminu określonego przez Dyrektora Szpitala niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.

§ 31

1. Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych odbywa się w ramach funkcjonujących poradni specjalistycznych, określonych w załączniku Nr 31 do niniejszego regulaminu oraz zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym dla poszczególnych poradni.
2. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych udzielane są na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku braku skierowania pacjent opłaca ambulatoryjne świadczenie specjalistyczne wg cennika wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora, z wyjątkiem świadczeń, do udzielenia których nie jest wymagane skierowanie tj. ginekologa i położnika, onkologa, dla osób chorych na gruźlicę, dla osób zakażonych wirusem HIV, 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, dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych, w zakresie leczenia uzależnień: dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia, dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osoba uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osoba uzależnioną, 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 %, dla weterana poszkodowanego w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa oraz weterana poszkodowanego, których ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30 %, psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży, dla osób będących żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat,
3. Rejestracja do lekarza specjalisty odbywa się: osobiście, telefonicznie, elektronicznie lub za pośrednictwem innej osoby.

Rozdział IX: Warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

§ 32

1. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia, badań diagnostycznych, pielęgnacji i rehabilitacji udzielane są w ramach funkcjonujących oddziałów, zakładów i pracowni diagnostycznych, zgodnie z harmonogramem pracy oddziałów, zakładów i pracowni diagnostycznych.
2. W celu zapewnienia prawidłowości leczenia, diagnostyki, pielęgnacji i rehabilitacji pacjenta oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych Szpital posiada zawarte umowy i porozumienia z innymi podmiotami leczniczymi w celu zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych.
3. Współdziałanie, o którym mowa w ust. 2, może polegać w szczególności na:
 - 1) udzielaniu konsultacji specjalistycznych,
 - 2) kierowaniu pacjentów na:
 - a) konsultacje specjalistyczne,
 - b) leczenie stacjonarne i całodobowe,
 - c) leczenie ambulatoryjne, w tym badania diagnostyczne,
 - d) kierowaniu na rehabilitację leczniczą,
 - e) leczenie uzdrowiskowe.
4. Szpital na bieżąco informuje współpracujące z nim podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz gabinety lekarza rodzinnego o zakresie udzielania świadczeń medycznych oraz możliwościach diagnostycznych.
5. Pacjent ma prawo do bezpłatnych świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej na podstawie ważnego skierowania lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego pod warunkiem zawarcia przez kierującego na badania stosownej umowy z podmiotem wykonującym badania, jak również w ramach hospitalizacji.
6. W pozostałych przypadkach za badania diagnostyczne odpłatność ponosi pacjent.
7. Stawki za badania diagnostyczne określa cennik wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora, podany do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Szpitala.

§ 33

1. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są pacjentom z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób oraz zasadami etyki zawodowej, na podstawie zgody na ich wykonanie udzielonej przez pacjenta lub upoważnioną osobę, zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w zakresie uzyskania zgody.
2. Świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania określone w odrębnych przepisach.
3. Szpital wykonuje świadczenia przy pomocy wysokiej jakości sprzętu i aparatury medycznej, posiadającej odpowiednie świadectwa i certyfikaty.

§ 34

Celem współpracy z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą jest umożliwienie pacjentom dostępu do usług medycznych, których nie wykonuje się w Szpitalu oraz możliwość zapewnienia pacjentom konsultacji specjalistów innych niż zatrudnieni w Szpitalu.

Rozdział X: Zasady pobierania opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej

§ 35

1. Szpital jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych Zakładu zapewniając ochronę danych w niej zawartych, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w przypadku udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych także zgodnie z wymogami określonymi przez płatnika świadczeń.
2. Zakład udostępnia dokumentację medyczną:
 - a) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
 - b) osobie upoważnionej przez pacjenta;
 - c) upoważnionym organom.
3. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba pisemnie upoważniona przez pacjenta za życia lub osoba, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnianiu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.
4. Dokumentacja medyczna udostępniana jest także:

- a) innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli jest ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- b) organom władzy publicznej, w tym Rzecznikowi Praw Pacjenta, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- c) podmiotom, uprawnionym w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej do przeprowadzenia na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia kontroli podmiotu leczniczego, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli,
- d) upoważnionym przez podmiot, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, osobom wykonującym zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- e) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- f) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom - jeżeli badanie, którego dotyczy dokumentacja, zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- g) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności – w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- h) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych – w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- i) zakładom ubezpieczeń – za zgodą pacjenta;
- j) komisjom lekarskim podległym ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, wojskowym komisjom lekarskim oraz komisjom lekarskim Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego lub Agencji Wywiadu, podległym Szefom właściwych Agencji;
- k) wojewódzkiej komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych;
- l) spadkobiercom w zakresie prowadzonego postępowania;
- m) osobom wykonującym czynności kontrolne na podstawie art. 39 ust. 1 z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do ich przeprowadzenia;

- n) członkom zespołów kontroli zakażeń szpitalnych, w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań;
 - o) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia - w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
5. Dokumentacja medyczna może być udostępniona również szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych – bez ujawniania danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.
6. Udostępnienie dokumentacji wewnętrznej pacjenta organom i podmiotom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów następuje na podstawie decyzji Dyrektora Szpitala wg zasad opisanych poniżej.

§ 36

1. Dokumentacja jest udostępniana:

- 1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, na miejscu w Szpitalu w obecności pracownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych lub lekarza prowadzącego albo lekarza dyżurnego, z zapewnieniem możliwości sporządzania notatek lub zdjęć. Dotyczy to zarówno dokumentacji papierowej jak i prowadzonej w formie elektronicznej;
 - 2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii z dokumentacji papierowej oraz wydruku z dokumentacji elektronicznej lub kopii wyników badań na nośnikach elektronicznych;
 - 3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji;
 - 4) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
 - 5) na elektronicznym nośniku danych;
 - 6) dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona poprzez sporządzanie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu).
2. W przypadku wydania oryginałów dokumentacji należy pozostawić kopię lub pełny odpis wydanej dokumentacji.
3. Szpital udostępnia dokumentację podmiotom i organom uprawnionym bez zbędnej zwłoki.

§ 37

1. Pierwsze udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu jest bezpłatne.
2. Za kolejne udostępnienie tej samej dokumentacji medycznej Szpital pobiera opłatę (z zastrzeżeniem art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – Dz.U.2025.350 t.j. i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych – Dz.U.2024.1631 t.j. z późn. zm.) Podstawą wyliczenia kwoty odpłatności jest wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, publikowana co trzy miesiące przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.
3. Wysokość opłat za:
 - jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
 - jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – wynosi 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
 - sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – wynosi 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.
4. Dział Organizacji i Zarządzania zamieszcza na stronie intranetowej Szpitala Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (nie później niż w ciągu dwóch tygodni od jego ukazania się) oraz ustala wysokość obowiązujących opłat, podając informację zainteresowanym komórkom organizacyjnym.
5. Opłaty wnosi się do Kasy Szpitala lub na konto Szpitala.
6. Udostępnienie dokumentacji do wglądu na miejscu, po uprzednim uzgodnieniu terminu, jest bezpłatne.

Rozdział XI: Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny

§ 38

1. W razie śmierci pacjenta Szpital zobowiązany jest należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania.

2. Pielęgniarka lub położna niezwłocznie zawiadamia o śmierci pacjenta przebywającego w Szpitalu lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.
3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.
4. Osoba, o której mowa w ust. 2 niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu pacjenta zawiadamia wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego o śmierci pacjenta.
5. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, o którym mowa w ust. 2 pielęgniarka dołącza kartę zgonu do historii choroby, wypełnia „Kartę skierowania zwłok do chłodni” oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym zwłoki wraz z tą kartą i identyfikatorem są przewożone do pomieszczenia *Pro morte*. Z pomieszczenia *Pro morte* zwłoki pacjenta mogą zostać przewiezione do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w „Karcie skierowania zwłok do chłodni” .

§ 39

1. Zwłoki pacjenta przechowuje się w pomieszczeniu *Pro morte* i chłodni nie dłużej niż 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.
2. Przechowywanie zwłok pacjenta przez czas dłuższy niż 72 godziny liczone od godziny jego śmierci, jest dopuszczalne w razie:
 - a) gdy zwłoki nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do ich pochowania,
 - b) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok,
 - c) z innych ważnych przyczyn, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.

§ 40

Wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do przechowywania zwłok (na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych – t.j. Dz. U. 2024.576), oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym wynosi - 50 zł za każdy kolejny dzień przechowywania zwłok – od dnia czwartego (za jedno miejsce).

Rozdział XII: Wysokość opłat oraz organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych odpłatnie

§ 41

1. Zakład udziela świadczeń zdrowotnych odpłatnie i nieodpłatnie.

Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne nieodpłatne) udzielane są osobom ubezpieczonym w Narodowym Funduszu Zdrowia bądź innym osobom uprawnionym, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej między Szpitalem a Narodowym Funduszem Zdrowia.

2. Za udzielone świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych (świadczenia zdrowotne odpłatne) pacjenci wnoszą opłaty zgodnie z ustalonym cennikiem.

§ 42

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych organizowane jest w taki sposób, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odpłatnych pozostaje bez wpływu na kolejność pozycji na prowadzonej przez Szpital liście oczekujących na udzielenie świadczenia finansowanego ze środków publicznych.
3. Świadczenia zdrowotne odpłatne udzielane będą w miarę możliwości w dniu zgłoszenia lub w innym terminie uzgodnionym z pacjentem, według ustalonej kolejności w dniach i godzinach ich udzielania.
4. Pacjent ma prawo do pełnej informacji dotyczącej jego prawa do uzyskania świadczenia finansowanego ze środków publicznych oraz warunkach uzyskania takiego świadczenia.

5. Szpital nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Postanowienia końcowe

W przypadkach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem zastosowanie mają przepisy ustawy o działalności leczniczej i pozostałe obowiązujące przepisy prawa.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Izby Przyjęć Planowych

§ 1

1. Izba Przyjęć Planowych przyjmuje pacjentów do leczenia szpitalnego z uzgodnionym wcześniej terminem przyjęcia do Szpitala.
2. Przyjęcie planowe wymaga pisemnego skierowania wydanego przez lekarza.
3. Lekarz dyżurny ocenia potrzebę hospitalizacji pacjenta i podejmuje decyzję o przyjęciu, odmowie przyjęcia lub w przypadku pojawienia się przeciwwskazań do hospitalizacji, wyznacza inną datę przyjęcia pacjenta do Szpitala.

§ 2

1. Izba Przyjęć Planowych zlokalizowana jest na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.
2. Wejście dla pieszych, osób niepełnosprawnych jest oznakowane wzdłuż drogi dojścia i dojazdu.
3. Posiada bezkolizyjny węzeł wewnątrzszpitalnej komunikacji.
4. Zapewnia łatwą komunikację z oddziałami szpitala, pracownikami diagnostycznymi, blokiem operacyjnym.
5. Posiada łączność telefoniczną z oddziałami szpitala, pracownikami diagnostycznymi.
6. W skład Izby Przyjęć Planowych wchodzi:
 - stanowisko rejestracji i przyjęć;
 - gabinet przyjęć pacjentów;
 - magazyn odzieży chorych.
7. Czas pracy Izby Przyjęć Planowych:
 - od poniedziałku do piątku w godzinach od 7⁰⁰ do 14³⁵;
 - w niedzielę w godzinach od 8⁰⁰ do 15³⁵ – przyjęcia planowe odbywają się w oddziałach szpitalnych.

§ 3

Zadania Izby Przyjęć Planowych:

1. Przyjmowanie pacjentów skierowanych na leczenie szpitalne (zgodnie z harmonogramem Izby Przyjęć Planowych).
2. Kwalifikacja pacjentów do leczenia szpitalnego.
3. Założenie i prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Współpraca z oddziałami Szpitala.
5. Przyjmowanie i nadzór nad depozytem pozostawionym przez pacjenta przyjętego do Szpitala.

§ 4

Pracę Izby Przyjęć Planowych nadzoruje Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektor Szpitala.

RAMOWY REGULAMIN

Oddziału Szpitalnego

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel oddziału.
2. W razie nieobecności Kierownika Oddziału, pracą oddziału kieruje lekarz przez niego wyznaczony.

§ 2

Średni i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonania czynności pielęgnacyjnych i porządkowych, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 3

1. Kierownicy Oddziałów przedstawiają Dyrektorowi Szpitala szczegółowy regulamin oddziału dostosowany do specyfiki pracy oddziału, który winien ustalać czas: posiłków, odbywania wizyt lekarskich, rutynowych czynności opieki nad chorym wykonywanych w oddziale, wypisów pacjentów, odwiedzin i ciszy nocnej.
2. Czynności w szczegółowym regulaminie oddziału powinny być ułożone tak, aby nie kolidowały ze sobą.
3. W szczegółowym regulaminie oddziału określa się porę odbywania dwóch wizyt lekarskich w oddziale: ranną i wieczorną, gdzie ranną kieruje Kierownik Oddziału lub zastępca Kierownika Oddziału, wieczorną lekarz dyżurny, Kierownik Oddziału lub inny wyznaczony lekarz.

§ 4

1. Na wizycie porannej lekarze ustalają plan leczenia pacjenta, a na wizycie wieczornej lekarz zleca leczenie doraźne.
2. Zalecenia diagnostyczne winny być wykonywane w godzinach popołudniowych, badania popołudniowe winny być wykonywane tylko w razie konieczności.

§ 5

Kierownik Oddziału winien być powiadomiony o każdym nagłym zdarzeniu w oddziale i on decyduje o rozwiązaniu zaistniałego problemu.

§ 6

Kierownicy Oddziałów poszczególnych oddziałów współpracują ze sobą i pomagają sobie wzajemnie w sprawowaniu opieki nad pacjentem.

§ 7

Cały personel oddziału jest zobowiązany do przestrzegania praw i obowiązków pacjenta.

§ 8

Kierownik Oddziału jest odpowiedzialny za nadzór nad przestrzeganiem dyscypliny pracy przez pracowników oddziału oraz za fachową opiekę nad pacjentem.

§ 9

Do podstawowych zadań i obowiązków Kierownika Oddziału należy zarządzanie i kierowanie Oddziałem oraz Poradnią/ Poradniami Specjalistycznymi, w tym procesem diagnostyki, leczenia i rehabilitacji odpowiednio do reprezentowanej specjalności, a w szczególności:

1. Prawidłowa organizacja procesu diagnostyczno-leczniczego,
2. Zapewnienie odpowiedniego do aktualnych wymagań medycyny, obowiązujących standardów i możliwości Szpitala, poziomu merytorycznego udzielanych świadczeń,
3. Podejmowanie, w trybie obowiązującym w Szpitalu, działań w celu zapewnienia zasobów wymaganych dla realizacji zadań zarządzanego Oddziału / Poradni Specjalistycznej,
4. Przestrzeganie obowiązujących norm etycznych i praw pacjentów związanych z prowadzoną działalnością,
5. Analizowanie potrzeb Oddziału i przedkładanie ich przełożonemu,
6. Racjonalna, dostosowana do stawianych zadań polityka kadrowa, w tym związana z doskonaleniem umiejętności, aktualizacją wiedzy i rozwojem zawodowym,
7. Kierowanie i nadzorowanie pracy podległego personelu przy jednoczesnym poszanowaniu praw i obowiązków lekarzy prowadzących leczenie, wynikających z obowiązujących przepisów prawa i Kodeksu Etyki Lekarza,
8. Przestrzeganie i nadzorowanie zasad przepływu prowadzonej dokumentacji medycznej, jej prawidłowego sporządzania i właściwej archiwizacji,
9. Przestrzeganie i nadzór nad racjonalnym wykorzystaniem zasobów materialnych (leków, sprzętu medycznego, wyposażenia) wydzielonych dla potrzeb działalności zarządzanego Oddziału/ Poradni Specjalistycznej,

10. Przedkładanie Dyrektorowi Szpitala do zaopiniowania i zatwierdzenia za pośrednictwem Działu Finansowo-Księgowego wszystkich decyzji rodzących skutki ekonomiczne odmienne od zakładanych w rocznym planie finansowym,
11. Nadzór i odpowiedzialność za realizację kontraktu w zakresie dotyczącym zarządzanych komórek oraz ich bilansowanie się pod względem ekonomicznym zgodnie z założeniami przyjętymi na dany rok,
12. Nadzór i podejmowanie skutecznych działań w celu zapewnienia bezpieczeństwa ludzi i mienia w trakcie realizacji procesu diagnostyczno-leczniczego,
13. Nadzór nad stanem techniczno-funkcjonalnym infrastruktury stanowiącej środowisko opieki związane z działalnością Oddziału/ Poradni Specjalistycznej,
14. Skuteczne i efektywne realizowanie kontraktów i umów zawartych przez Szpital, w części mającej zastosowanie do działalności zarządzanego Oddziału / Poradni Specjalistycznej,
15. Analiza i planowanie działalności dla celów kontraktowania świadczeń zdrowotnych i analiza realizacji kontraktów,
16. Nadzór nad stanem epidemiologicznym Oddziału, podejmowanie działań profilaktycznych, eliminowanie i analiza incydentów epidemiologicznych oraz właściwe prowadzenie wymaganej dokumentacji dotyczącej zagadnień epidemiologicznych,
17. Zgłaszanie Pielęgniарce Epidemiologicznej lub Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wszystkich przypadków zakażeń szpitalnych, obserwacji, spostrzeżeń i wniosków w tym zakresie,
18. Współpraca z Naczelną Pielęgniarką w zakresie wszystkich zagadnień związanych z zapewnieniem prawidłowej opieki pielęgniarskiej i położniczej oraz działań niższego personelu medycznego podejmowanych w obszarze działań Oddziału,
19. Udział w komisjach i zespołach, w tym m.in.
 - a) ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych,
 - b) ds. gospodarki lekiami,
20. Nadzór nad przestrzeganiem zasad BHP i P/Poż przez podległy personel,
21. Współpraca z kadrą kierowniczą Szpitala w zakresie wszystkich zagadnień dotyczących zadań i celów realizowanych przez te podmioty,
22. Współpraca z kadrą kierowniczą innych podmiotów medycznych, konsultantami w zakresie dotyczącym Oddziału,

23. Realizacja decyzji i poleceń przełożonych lub innych kompetentnych służb w sytuacjach nadzwyczajnych związanych z wystąpieniem zagrożenia epidemiologicznego, klęską żywiołową, katastrofą, wypadkiem masowym, atakiem terrorystycznym lub innymi zdarzeniami o podobnym charakterze,
24. Znajomość i przestrzeganie obowiązującego prawa, norm etycznych oraz zarządzeń wewnętrznych.
25. Inne szczegółowe zadania, uprawnienia i obowiązki Kierownika Oddziału w zakresie kierowania oddziałem określone w indywidualnym zakresie czynności.

§ 10

Kierownik Oddziału jest podporządkowany bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN **Oddziału Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii**

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału oddziałem kieruje wyznaczony lekarz.
2. Średni i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich i porządkowych, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla średniego i niższego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 6:00–7:00 - pomiar zleconych parametrów u pacjentów,
- Godzina 6:50–7:00 - raport pielęgniarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej,
- Godzina 7:00–8:00 - raport lekarski i wizyta lekarska z Kierownikiem Oddziału,
- Godzina 7:00–8:15 - toaleta chorych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych,
- Godzina 8:15–8:30 - przygotowanie leków wg karty zleceń,
- Godzina 8:30–9:00 - śniadanie, karmienie chorych, odawanie leków,
- Godzina 9:00–11:00 - wizyta lekarska
- Godzina 9:00–10:30 - zabiegi pielęgniarskie/ iniekcje domięśniowe, dożylnie, kroplówki, wykonanie badań diagnostycznych/
- Godzina 10:30–11:30 - wykonywanie dodatkowych zleceń po wizycie,
- Godzina 11:00–14:00 - wypisywanie chorych z oddziału,
- Godzina 11:00–12:00 - uzupełnianie dokumentacji medycznej,
- Godzina 12:00–12:15 - przygotowanie leków wg karty zleceń,

- Godzina 12:15–13:00 - obiad, karmienie chorych, podawanie leków doustnych,
- Godzina 12:00–13:00 - udzielanie informacji o stanie zdrowia chorych przez Kierownika Oddziału
- Godzina 13:00–14:30 - uzupełnianie dokumentacji medycznej,
- Godzina 14:00–14:30 - wykonywanie zleceń godzinowych pielęgniarskich /iniekcje domięśniowe, dożylnie/,
- Godzina 16:00–16:30 - pomiar zleconych parametrów u pacjenta,
- Godzina 16:30–16:45 - przygotowanie leków wg karty zleceń,
- Godzina 17:00–18:00 - uzupełnianie dokumentacji medycznej,
- Godzina 17:30–18:00 - kolacja, karmienie chorych, podawanie leków doustnych,
- Godzina 18:00–18:45 - toaleta wieczorna,
- Godzina 18:50–19:00 - raport pielęgniarski,
- Godzina 19:00–20:00 - wizyta lekarska,
- Godzina 20:00–21:00 - wykonywanie dodatkowych zleceń lekarskich po wizycie lekarskiej, zabiegi pielęgniarskich (iniekcje domięśniowe, dożylnie, kroplówki, leki doustne, nebulizacje),
- Godzina 22:00 - uzupełnianie dokumentacji medycznej,
- Godzina 22:00–6:00 - cisza nocna.

Personel podczas dyżuru nocnego wykonuje czynności planowe:

1. obserwacja chorych,
2. prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej,
3. sprawdzanie dat ważności leków, sprzętu jednorazowego użytku oraz sprzętu ratującego życie,
4. wykonywanie iniekcji, infuzji i podawanie leków doustnych,
5. wykonywanie czynności higieniczno-pielęgnacyjnych,
6. czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

§ 4

1. Informacji o stanie zdrowia pacjentów i planach dalszego leczenia udziela najbliższej rodzinie lub osobie upoważnionej przez pacjenta Kierownik Oddziału codziennie w godzinach od 12:00 do 13:00. W razie jego nieobecności informacji udziela lekarz przez niego wyznaczony.
2. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo przez lekarza dyżurnego.
3. Nie udziela się informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie.

§ 5

1. Odwiedziny chorych w oddziale odbywają się codziennie w godzinach 14:00-18:00. Niewskazane odwiedziny dzieci poniżej 12. roku życia.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać maksymalnie 2 osoby.

§ 6

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Oddziału Kardiologicznego
z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału, oddziałem kieruje wyznaczony lekarz.
2. Pielęgniarki podlegają służbowo Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich, a funkcjonalnie Kierownikowi Oddziału.
3. Personel pomocniczy Działu Higieny podlega pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności porządkowych a funkcjonalnie Kierownikowi Działu Higieny.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla pielęgniarek i pomocniczego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

1. Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:
 - Godzina 5:30–6:50 - pomiar parametrów życiowych, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych, przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych i badań diagnostycznych, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, uzupełnianie dokumentacji,
 - Godzina 6:50–7:10 - raport pielęgniarski (w dni powszednie z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej),
 - Godzina 7:10–9:00 - toaleta chorych,
 - pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych,
 - wykonywanie zabiegów diagnostycznych,
 - przyjmowanie pacjentów planowych na oddział,
 - Godzina 7:30–7:45 - raport lekarski z udziałem Kierownika Oddziału i Pielęgniarki Oddziałowej w dni powszednie, w dni

święteczne i wole od pracy raport lekarski odbywa się przy zmianie lekarzy dyżurnych

- Godzina 7:45–8:00 - przygotowanie pacjentów do wizyty lekarskiej,
- Godzina 8:00–8:30 - wizyta lekarska z Kierownikowi Oddziału i ustalenie planu leczenia, diagnostyki oraz pielęgnacji,
- Godzina 8:30–9:00 - śniadanie – karmienie chorych, pomoc i nadzór w czasie posiłku
- Godzina 9:00–12:30 - wykonywanie zaplanowanych świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i edukacyjnych, przygotowanie pacjentów do wypisu, uzupełnianie dokumentacji medycznej,
- Godzina 12:30–13:00 - obiad – karmienie chorych, pomoc i nadzór w czasie posiłku,
- Godzina 13:00–18:50 - wykonywanie zaplanowanych świadczeń diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i edukacyjnych, przygotowanie pacjentów do wypisu, uzupełnianie dokumentacji medycznej,
- Godzina 17:00–17:30 - kolacja – karmienie chorych, pomoc i nadzór w czasie posiłku,
- Godzina 18:50–19:10 - raport pielęgniarstwa,
- Godzina 19:15–19:45 - wizyta lekarska prowadzona przez lekarza dyżurnego,
- Godzina 19:10–22:00 - wykonywanie zleceń lekarskich i czynności pielęgnacyjnych, pomiar parametrów życiowych, przygotowanie pacjenta do snu,
- Godzina 22:00–5:30 - cisza nocna, obserwacja chorych, czuwanie nad bezpieczeństwem chorych, wykonywanie czynności porządkowych, wykonywanie bieżących zleceń godzinowych, uzupełnianie dokumentacji medycznej.

2. W ramach oddziału wykonywane są konsultacje dla potrzeb Szpitala.

§ 4

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udziela Kierownik Oddziału w dni powszednie w godzinach od 09:00 do 10:00. W razie nieobecności Kierownika Oddziału i jego zastępcy informacji udziela wyznaczony lekarz.
2. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo.
3. Nie udziela się informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie.

§ 5

1. Odwiedziny odbywają się codziennie w godzinach od 13:00 do 19:00 (w uzasadnionych przypadkach rodzina/opiekunowie mogą towarzyszyć w czasie pobytu chorego w oddziale z wyłączeniem trwania wizyt lekarskich i zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych).
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać nie więcej niż 2 osoby.

§ 6

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Patologii Ciąży

§ 1

1. Oddział Położniczo – Ginekologiczny i Patologii Ciąży składa się z następujących odcinków:
 - Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna, przyjęcia planowe od godz. 7:00-14:35,
 - Odcinek Ginekologii,
 - Odcinek Patologii Ciąży,
 - Trakt Porodowy; sala porodowa, sala porodów rodzinnych, sala cięć cesarskich,
 - Odcinek Położniczy w systemie rooming-in.
2. Personel Oddziału udziela świadczeń medycznych na poszczególnych odcinkach Oddziału, zabezpiecza wspólnie z personelem Bloku Operacyjnego i OAiIT - Salę Cięć Cesarskich.
3. Na Oddziale prace porządkowe wykonuje personel Działu Higieny Szpitalnej.
4. Oddział w ramach współpracy z bankami krwi pępowinowej wykonuje procedury pobierania krwi pępowinowej.

§ 2

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika, oddziałem kieruje lekarz wyznaczony przez Kierownika Oddziału.
2. Położne, sekretarki i niższy personel medyczny podlega służbowo Położnej Oddziałowej/Położonej Koordynującej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarских i porządkowych a funkcjonalnie Kierownikowi Oddziału.
3. Podczas nieobecności Położnej Oddziałowej/Położnej Koordynującej ww. personel podlega organizacyjnie położnej zastępującej Położną Oddziałową

§ 3

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla położnych i niższego personelu organizuje Położna Oddziałowa

§ 4

Szczegółowy rozkład dnia przedstawia się następująco:

- Godzina 6:00–7:00 - mierzenie temperatury, sporządzanie dokumentacji, wykonywanie KTG, mierzenie RR, toaleta, przygotowanie do zabiegów operacyjnych i badań diagnostycznych,
- Godzina 6:50–7:00 - raport położnych odbierany jest przez Położną Oddziałową lub przez jej zastępczynię oraz położne odpowiedzialne,
- Godzina 7:00–7:10 - przekazanie raportu i informacji o pacjentkach przez położne odpowiedzialne pozostałym położnym z zespołu,
- Godzina 7:30–7:45 - raport lekarski z dyżuru z dnia poprzedniego,
- Godzina 8:00–8:30 - wizyta lekarska poranna prowadzona przez Kierownika Oddziału lub jego zastępcę, w czasie wizyty ustalony jest tryb postępowania diagnostyczno – terapeutycznego dla pacjentek przebywających na leczeniu w oddziale oraz kwalifikacja pacjentek do wypisu,
- Godzina 8:30–9:30 - śniadanie
- Godzina 8:30–10:00 - badanie nowo przyjętych do oddziału pacjentek i ustalenie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, planu opieki,
- Godzina 8:45–12:30 - praca podzespołu lekarskiego i położnych zgodnie z ustalonym planem dnia / zabiegi diagnostyczne, operacje, badania specjalistyczne np. kolposkopia, USG, cytologia, KTG, dokumentowanie świadczeń,
- Godzina 12:30–13:30 - obiad
- Godzina 14:00–17:00 - wykonywanie świadczeń medycznych przez lekarzy i położne, uzupełnianie dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej,
- Godzina 17:00–18:00 - wizyta wieczorna prowadzona przez Kierownika Oddziału jego Zastępcę lub wyznaczonego lekarza,
- Godzina 17:30–18:00 - kolacja
- Godzina 18:30–18:50 - prowadzenie dokumentacji, obserwacji, inne czynności

porządkowe,

- Godzina 18:50–19:00 - przyjęcie raportu od zmiany dziennej przez położne odpowiedzialne,
- Godzina 19:00–19:10 - przekazanie informacji o pacjentkach pozostałym położnym z zespołu,
- Godzina 19:30–22:00 - czynności pielęgnacyjne, opatrunki, iniekcje, wykonywanie bieżących godzinowych zleceń,
- Godzina 22:00–6:00 - cisza nocna, obserwacja chorych, prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa, sprawdzenie dat ważności leków, sprzętu jednorazowego użytku oraz sprzętu ratującego życie, wykonywanie iniekcji infuzji, czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

§ 5

1. Odwiedziny chorych w Odcinku Ginekologii odbywają się codziennie w godzinach od 13:00 do 19:00, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjentki, po konsultacji z lekarzem dyżurnym, godziny odwiedzin mogą być wydłużone.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać maksymalnie 1 – 2 osoby.
3. Odwiedziny w Odcinku Położnictwa odbywają się codziennie w godzinach od 13:00 do 19:00.

§ 6

1. Informacji o stanie zdrowia pacjentki i planach dalszego leczenia udziela Kierownik Oddziału pacjentce lub osobie upoważnionej - w historii choroby – przez pacjentkę codziennie za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy. W razie nieobecności Kierownika Oddziału informacji udziela lekarz przez niego upoważniony.
2. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo.
3. Nie udziela się informacji telefonicznie.

§ 7

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN **Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału, oddziałem kieruje lekarz wyznaczony przez Kierownika Oddziału.
2. Personel pielęgniarski podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla pielęgniarek organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 6:50–7:00 - Pielęgniarka Oddziałowa kontroluje dokumentację pielęgniarską;
- Godzina 7:00–7:10 - W dni powszednie raport pielęgniarski w obecności Pielęgniarki Oddziałowej oraz pielęgniarek I-zmianowych przekazuje pielęgniarka odpowiedzialna za dyżur w godzinach nocnych; w dni wolne i święta raport przekazuje pielęgniarka odpowiedzialna za dyżur nocny pielęgniarkom obejmującym dyżur.
- Godzina 7:10–7:25 - Przygotowanie pacjentów i indywidualnej dokumentacji medycznej do wizyty lekarskiej.
- Godzina 7:25–7:45 - Wizyta lekarska prowadzona przez Kierownika Oddziału lub jego Zastępcę, w której uczestniczy personel lekarski i pielęgniarski. Wizytę lekarską w dni wolne i święta prowadzi lekarz dyżurujący w danym dniu w oddziale.
- Godzina 7:30 - Rozpoczęcie pracy na Bloku Operacyjnym.
Personel Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii zabezpiecza pod względem anestezjologicznym pracę

Bloku Operacyjnego, Sali Ciąg Cesarskich, sal zabiegowych i pracowni diagnostycznych oraz bierze udział w interwencjach anestezyjologicznych w oddziałach Szpitala.

- Godzina 7:45–9:00 - Lekarz dyżurny Oddziału Intensywnej Terapii/ Kierownik Oddziału lub jego Zastępca ustala indywidualne leczenie dla każdego pacjenta. W zleceniach uczestniczy personel lekarski i Pielęgniarka Oddziałowa. W dni wolne i święta zlecenia lekarskie ustala lekarz dyżurujący w Oddziale; w sytuacjach problemowych konsultuje się telefonicznie z Lekarzem Kierującym oddziałem lub lekarzem go zastępującym.
- Godzina 8:30–9:00 - Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych i przygotowanie pacjentów do zleconych badań diagnostycznych.
- Godzina 9:00–13:30 - Wykonywanie zleceń lekarskich i czynności pielęgniarskich wynikających z procesu leczenia, diagnozowania, pielęgnowania i rehabilitacji oraz innych czynności związanych z funkcjonowaniem Oddziału.
- Godzina 13:30–14:00 - Wizyta lekarska z udziałem Kierownika Oddziału lub lekarza go zastępującego, lekarza dyżurnego i personelu pielęgniarskiego.
- Godzina 14:00–19:00 - Kontynuowanie czynności lekarskich i pielęgniarskich. Utrzymanie czystości i porządku na stanowisku pracy. Prowadzenie dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej.
- Godzina 19:00–19:10 - Przekazanie raportu pielęgniarskiego pielęgniarkom przyjmującym dyżur nocny.
- Godzina 19:30–19:45 - Wieczorna wizyta lekarska z udziałem lekarza dyżurnego z i personelu pielęgniarskiego.
- Godzina 19:45–7:00 - Kontynuowanie czynności pielęgniarskich wynikających z ustalonego procesu leczenia i planu pielęgnowania.

§ 4

1. Informacji o stanie zdrowia pacjentów udziela Kierownik Oddziału najbliższej rodzinie lub osobie wskazanej przez pacjenta codziennie od poniedziałku do piątku od godz. 09:00 do 12:00. W razie nieobecności informacji udziela lekarz zastępujący kierownika oddziału; w godzinach popołudniowych i dniach wolnych lekarz dyżurny oddziału.
2. W wyjątkowych sytuacjach możliwe jest uzyskanie informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie.

§ 5

1. Odwiedziny chorych w oddziale odbywają się codziennie: od poniedziałku do piątku w godzinach 15:00-18:00, w dni wolne w godzinach 13:00-16:00.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać 1 osoba.
3. Odwiedzający ze względów epidemiologicznych odzież wierzchnią pozostawiają w służbie oddziału.

§ 6

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Oddziału Reumatologicznego

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału oddziałem kieruje wyznaczony lekarz.
2. Pielęgniarki i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich i porządkowych, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla pielęgniarek i niższego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 6:00–6:50 - budzenie chorych, toaleta poranna chorych, pomiar parametrów życiowych, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych przygotowanie chorych do badań diagnostycznych, uzupełnienie dokumentacji medycznej,
- Godzina 6:50–7:10 - raport pielęgniarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej
- Godzina 7:10–8:30 - pobieranie krwi żyłnej, pomiar parametrów życiowych, wykonywanie iniekcji domięśniowych i dożylnych, rozkładanie leków, sprzątanie i dezynfekcja dyżurki, przygotowywanie dokumentacji pacjentów do wypisu i samoopieki, uzupełnienie dokumentacji medycznej,
- rehabilitacja przyłóżkowa pacjentów realizowana przez zespół fizjoterapeutów
- Godzina 8:00–11:00 - planowe przyjęcia pacjentów

- Godzina 8:00–8:30 - raport lekarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej.
- Godzina 8:30–9:15 - śniadanie, pomoc i nadzór w czasie posiłku, rozdawanie leków, sprzątanie po śniadaniu.
- Godzina 9:30–10:30 - wizyta lekarska, ustalenie planu leczenia i opieki
- Godzina 9:15–12:45 - wykonywanie zleceń lekarskich po wizycie, transport pacjentów na zabiegi i z zabiegów fizykoterapeutycznych i rehabilitacyjnych, rozkładanie leków, konsultacje i badania diagnostyczne.
- Godzina 12:45–13:15 - obiad, pomoc i nadzór w czasie posiłku, rozdawanie leków, sprzątanie po obiedzie.
- Godzina 12:15–14:30 - wykonywanie ostryknięć i punkcji stawów, wypisy chorych, uzupełnienie dokumentacji, przygotowanie i podłączenie wlewów kroplowych, zaopatrzenie oddziału w leki i sprzęt medyczny.
- Godzina 13:00–15:00 - przygotowanie i podłączenie wlewów kroplowych,
- Godzina 15:00–17:15 - pomiar temperatury ciała, rozkładanie leków, rozdawanie pojemników na badania, informowanie o badaniach,
- Godzina 17:15–17:45 - kolacja, pomoc i nadzór w czasie posiłku, rozdawanie leków, sprzątanie po kolacji.
- Godzina 17:45–19:00 - uzupełnianie dokumentacji medycznej, sprzątani i dezynfekcja dyżurki.
- Godzina 19:00–19:10 - raport pielęgniarski.
- Godzina 19:10–22:00 - kontrolowanie parametrów, wykonywanie zleceń lekarskich, toaleta wieczorna chorych, podawanie leków.
- Godzina 22:00–6:00 - cisza nocna, czuwanie nad bezpieczeństwem pacjentów, uzupełnianie dokumentacji medycznej, porządkowanie dyżurki, kontrola leków w apteczce oraz sprzętu ratującego życie, przygotowanie dokumentacji medycznej na następny dzień.

§ 4

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udziela Kierownik Oddziału codziennie w godzinach od 13:00 do 14:00; za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.

W razie jego nieobecności informacji udziela lekarz przez niego wyznaczony.

2. W wyjątkowych sytuacjach udzielamy informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie weryfikując osobę pytającą.

§ 5

1. Odwiedziny chorych w oddziale odbywają się codziennie w godzinach od 13:00 do 19:00.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać maksymalnie 2 osoby.

§ 6

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Oddziału Pediatrycznego

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału, oddziałem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.
2. Średni personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.
3. Personel pomocniczy Działu Higieny Szpitalnej podlega merytorycznie w oddziale Pielęgniarce Oddziałowej, a w razie jej nieobecności pielęgniarce wyznaczonej, po południu i w nocy pielęgniarce odpowiedzialnej.

§ 2

1. Ramowy rozkład zajęć lekarskich ustalany jest przez Kierownika Oddziału:
 - Godzina 7:25 – 7:45 - raport lekarski z lekarzem dyżurnym, analiza wykonanych badań lekarskich
 - Godzina 7:45 – 8:05 - krótkie szkolenie dotyczące wybranych jednostek chorobowych, stosowanych leków i ich dawkowania, nowości kliniczno-diagnostyczne, przygotowanie stanowiska pracy
 - Godzina 8:05 – 10:00 - wizyta lekarska na poszczególnych odcinkach, opracowywanie indywidualnego planu leczenia, diagnostyki i opieki dla każdego pacjenta razem z zespołem pielęgniarskim, modyfikacja tego planu w zależności od potrzeb. Kierownik Oddziału nadzoruje i koordynuje zalecenia diagnostyczne i lecznicze
 - Godzina 10:00 – 13:00 - opracowywanie wypisów, segregowanie badań, analiza, koordynowanie zleceń, uczestniczenie w konsultacjach specjalistycznych, badania diagnostyczne pacjentów, zabiegi oraz inne rutynowe czynności opieki nad chorym, konsultacje pediatryczne w innych oddziałach, wystawianie zaświadczeń i zwolnień lekarskich.

- Godzina 13:00–13:30 - prasa lekarska
 - Godzina 13:30–15:00 - kontrola przez lekarzy poszczególnych odcinków, punktów pielęgniarskich, kontakt z rodzicami, opracowywanie jednostek chorobowych, sprawdzanie i uzupełnianie dokumentacji lekarskiej, prowadzenie wpisów w historii choroby o przebiegu leczenia, szkolenia, przekazanie lekarzowi dyżurnemu informacji i danych odnośnie hospitalizowanych pacjentów
 - Godzina 17:00–18:00 - wizyta popołudniowa z lekarzem dyżurnym, doraźne interwencje
2. Lekarz bada, przyjmuje i ustala wstępnie plan diagnostyczno - leczniczy dziecka w wydzielonej Izbie Przyjęć Oddziału Pediatrycznego.
 3. Przyjęcia nie wymagające natychmiastowej interwencji załatwiane są w Izbie Przyjęć Oddziału Pediatrycznego wg standardu przyjęcia dziecka z dokładnym poinformowaniem rodziców odnośnie praw dziecka, obowiązków, odwiedzin, informacji o stanie zdrowia. Po załatwieniu formalności w Izbie Przyjęć rodzice odprowadzają dziecko na salę, gdzie będzie hospitalizowane.
 4. Każdorazowo Kierownik Oddziału jest powiadamiany o nagłym zdarzeniu w oddziale i decyduje o rozwiązaniu zaistniałego problemu.
 5. W ramach godzin pracy do pozostałych obowiązków lekarskich w oddziale należy:
 - obecność przy badaniach radiologicznych chorych powierzonych opiece oraz omawianie z lekarzem pracowni radiologicznej wyników badania
 - czuwanie nad przestrzeganiem przez chorych regulaminu szpitala
 - prowadzenie „księgi transfuzyjnej”, dokumentacji związanej z zakażeniami wewnątrzzpitalnymi, dokumentacji dotyczącej zdarzeń niepożądanych,
 - dopilnowanie utrzymania należytego stanu sanitarnego i porządku w oddziale
 - nadzór nad należyтым obchodzeniem się ze sprzętem i aparaturą medyczną
 - obecność przy sekcji zwłok chorych, którzy pozostawali pod opieką

§ 3

1. Ramowy rozkład wykorzystania czasu pracy personelu średniego:
 - Godzina 06:45–07:00 - raport pielęgniarski z Pielęgniarką Oddziałową i pierwszą zmianową na poszczególnych odcinkach
 - Godzina 07:00–07:10 - przekazanie raportu pielęgniarkom dziennym przez

Pielęgniarkę Oddziałową I zmianową i odpowiedzialną
za dyżur nocny

- Godzina 07:10–08:15 - pobieranie badań, toaleta chorych, zabiegi higieniczne, porządkowanie sal, wykonywanie zleceń lekarskich, zabiegi fizykoterapeutyczne/drenaż ułożeniowy, nebulizacje, przygotowanie do wizyty, pomoc przy karmieniu
- Godzina 08:15–10:00 - udział w wizycie lekarskiej i pomoc przy badaniu dzieci
- Godzina 10:00–10:45 - przerwa na posiłek (kolejno odcinkami)
- Godzina 10:45–11:00 - instruktaż bieżący, zaplanowanie opieki odnośnie poszczególnych chorych. Włączeni pacjentów i rodziców do aktywnego uczestnictwa w procesie pielęgnowania
- Godzina 11:00–12:00 - przygotowanie dzieci do wypisu, instruktaż rodziców
- Godzina 12:00–13:00 - pomoc i nadzór przy karmieniu niemowląt oraz pomoc przy spożywaniu posiłków przez dzieci starsze
- Godzina 13:00–13:15 - uzupełnianie i aktualizacja dokumentacji i kart obserwacyjnych
- Godzina 13:15–14:00 - zabawy ruchowe z dziećmi, nadzór podczas przebywania dzieci w świetlicy oraz instruktaż bieżący dzieci starszych i ich rodziców, dezynfekcja sprzętu i sal zabiegowych
- Godzina 14:00–15:00 - prowadzenie obserwacji na poszczególnych odcinkach i wykonywanie dodatkowych zleceń
- Godzina 15:00–16:00 - nadzór nad odwiedzinami, pomoc i nadzór przy karmieniu dzieci
- Godzina 16:00–17:00 - wykonywanie zleceń lekarskich wg kart zleceń, w tym zabiegów fizykoterapeutycznych
- Godzina 17:00–18:00 - mierzenie temperatury, przygotowanie i udział w popołudniowej wizycie lekarskiej
- Godzina 18:00–18:30 - nadzór i pomoc podczas kolacji dzieci starszych oraz

- Godzina 18:30–19:00 - przy karmieniu niemowląt, podawanie leków
- uzupełnianie dokumentacji
- Godzina 19:00–19:10 - raport wieczorny, przekazanie dyżuru przez
pielęgniarkę odpowiedzialną za dyżur
- Godzina 19:10–20:00 - zapoznanie się ze zleceniami lekarskimi, wykonywanie
zleceń (iniekcje domięśniowe, dożylnie, leki doustne,
wziewy)
- Godzina 20:00–21:00 - toaleta wieczorna i układanie do snu
- Godzina 21:00–23:00 - dezynfekcja sprzętu, porządkowanie w szafach,
w pokojach zabiegowych oraz w sali półintensywnego
nadzoru
- Godzina 23:00–24:00 - wykonywanie zleceń lekarskich godzinowych
- Godzina 24:00–06:00 - czuwanie nad bezpieczeństwem dzieci, dezynfekcja
całkowita wszystkich pomieszczeń zabiegowych,
przygotowywanie zestawów, materiałów do sterylizacji,
w wolnej chwili czytanie literatury fachowej. Nadzór
nad dziećmi z kroplówkami, dopajanie, wybudzanie
dzieci starszych
- Godzina 06:00–07:00 - pomiar temperatury, podawanie leków godzinowych
wg kart zleceń, uzupełnianie dokumentacji, przekazanie
dyżuru

2. Całodobowa dyspozycyjność pielęgniarki w Izbie Przyjęć, która znajduje się w obrębie oddziału.

Utrzymywanie ładu i porządku w Izbie Przyjęć.

§ 4

1. W oddziale przy dziecku może przebywać rodzic lub opiekun całodobowo.
Odwiedziny pozostałych członków rodziny do godziny 19:00.
Odwiedziny kolegów oraz osób spoza rodziny odbywają się codziennie od 13:00 do 19:00.
2. Wypisy dzieci z oddziału codziennie w godzinach od 12:00 do 14:00.
3. Informacji o stanie zdrowia pacjenta i planach dalszego leczenia udziela najbliższej rodzinie Kierownik Oddziału w poniedziałki, środy i piątki w Godzina od 10:30 do

12:00. W pozostałe dni rodzice informowani są o stanie zdrowia dziecka przez lekarza prowadzącego lub lekarza dyżurnego.

§ 5

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Oddziału Chirurgii Ogólnej
z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału oddziałem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.
2. Średni i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich i porządkowych, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla średniego i niższego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 6:00–7:00 - pomiar temperatury, podawanie leków zgodnie z harmonogramem godzinowym, toaleta pacjentów leżących .
- Godzina 6:50–7:00 - raport pielęgniarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej,
- Godzina 7:00–7:30 - raport lekarza dyżurnego z udziałem Kierownika Oddziału i Pielęgniarki Oddziałowej,
- Godzina 7:30–8:30 - wizyta lekarska poranna prowadzona przez Kierownika Oddziału lub jego zastępcę.
W czasie wizyty ustala się szczegółowo plan leczenia chorych, kontroluje wyniki i postępy w leczeniu
- Godzina 8:30–9:00 - śniadanie .
- Godzina 8:00–14:30 - planowe zabiegi operacyjne
- Godzina 8:30–14:00 - opieka nad chorymi po zabiegach operacyjnych

- i przed ich wykonaniem, obserwacja,
 - wykonywanie badań diagnostycznych,
 - rehabilitacja, karmienie pacjentów leżących,
 - kontrola tętna, ciśnienia tętniczego krwi oraz
 - temperatury ciała u chorych operowanych,
 - uzupełnianie i aktualizacja dokumentacji
 - medycznej przygotowanie chorych do wypisu
- Godzina 10:00 –11:00 - planowe przyjęcia pacjentów.
- Godzina 12:30–13:00 - obiad
- Godzina 12:45–13:00 - sporządzanie planu zabiegów na dzień następny
- Godzina 13:00–16:00 - pielęgnacja chorych, sprzątanie po obiedzie
wydawanie leków i wykonywanie badań
godzinowych, wykonywanie zaleceń lekarskich
zgodnie z kartą zleceń
- Godzina 16.00–17.00 - pomiar temperatury u chorych, toaleta
wieczorna
- Godzina 17.00–17.30 - wizyta wieczorna prowadzona przez
Kierownika Oddziału
jego Zastępcę lub lekarza dyżurnego. W czasie
tej wizyty kontroluje się stan chorych i ustala
się zlecenia doraźne
- Godzina 17:30–18:00 - kolacja
- Godzina 18:00–18:45 - wykonywanie zleceń doraźnych oraz planowych
- Godzina 18:50–19:00 - raport pielęgniarstwa wieczorny
- Godzina 19:00–22:00 - wykonywanie czynności pielęgnacyjnych,
porządkowych, podawanie godzinowych leków
i kroplówek.
- Godzina 22:00–5:00 - cisza nocna dla pacjentów.

Personel podczas dyżuru nocnego wykonuje czynności planowe:

- obserwacja chorych po zabiegach,
- prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej,
- sprawdzanie dat ważności leków, sprzętu medycznego jednorazowego użytku oraz sprzętu ratującego życie,
- wykonywanie iniekcji i infuzji,
- czuwanie nad bezpieczeństwem chorych,
- uzupełnianie sprzętu jednorazowego w dyżurce pielęgniarskiej.

§ 4

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udziela Kierownik Oddziału codziennie od godziny 14:00 do 14:30.
2. W razie jego nieobecności informacji o stanie zdrowia chorych udziela Z-ca Kierownika Oddziału lub lekarz przez niego wyznaczony.
3. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo.
4. Nie udziela się informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie.
5. Informacji o stanie zdrowia udziela się osobie upoważnionej przez pacjenta.

§ 5

1. Odwiedziny chorych w oddziale odbywają się codziennie od godziny 13:00 do 19:00.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać nie więcej niż 2 osoby.
3. Osoby odwiedzające powinny być zdrowe, bez cech infekcji i objawów choroby (katar, kaszel, gorączka).

§ 6

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Oddziału Otolaryngologicznego
z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
oraz Pododdziałem Otolaryngologii Dziecięcej

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału, oddziałem kieruje wyznaczony przez niego lekarz.
2. Średni personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.
3. Personel pomocniczy Działu Higieny Szpitalnej podlega merytorycznie w oddziale, Pielęgniarce Oddziałowej, a w razie jej nieobecności Pielęgniarce Odcinkowej.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału
2. Plan pracy dla średniego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 6:50–7:00 - raport pielęgniarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej
- Godzina 7:00–8:00 - przygotowanie chorych do planowych zabiegów operacyjnych i badań diagnostycznych, czynności pielęgnacyjne związane z toaletą poranną dzieci, porządkowanie sal chorych;
- Godzina 7:10–7:20 - raport lekarski z udziałem Kierownika Oddziału i Pielęgniarki Oddziałowej.
- Godzina 8:00–8:30 - indywidualna wizyta lekarska, wykonywanie zleceń stałych wg indywidualnej karty zleceń

lekarskich, rozpoczęcie planowych zabiegów operacyjnych.

- Godzina 8:30–9:30
 - śniadanie – pomoc i nadzór w czasie posiłku, realizacja zleceń lekarskich;
- Godzina 7:30–14:30
 - zabiegi operacyjne oraz badanie chorych i wykonywanie drobnych zabiegów na sali zabiegowej oddziału.
- Godzina 9:30–19:00
 - obserwacja, pielęgnacja dzieci i dorosłych po zabiegach operacyjnych, realizacja planu opieki lekarskiej i pielęgniarstwa.
- Godzina 9:30–10:00
 - sprawdzenie indywidualnych kart zleceń pacjenta, wykonywanie zleceń lekarskich ustalonych podczas wizyty porannej;
- Godzina 11:00–12:00
 - przygotowanie dzieci i pacjentów do wypisu z oddziału, instruktaż rodziców;
- Godzina 12:30–13:00
 - obiad – karmienie dzieci i dorosłych, nadzór w trakcie posiłku, realizacja zleceń lekarskich;
- Godzina 13:00–14:30
 - prowadzenie dokumentacji, uzupełnianie leków w apteczce, uzupełnienie sprzętu jednorazowego użytku;
- Godzina 14:00–16:30
 - wykonywanie zleceń stałych, pomiar temperatury ciała;
- Godzina 16:00–17:30
 - organizowanie czasu wolnego dla dzieci i dorosłych, przygotowanie do kolacji, prowadzenie dokumentacji chorych;
- Godzina 17:30–18:45
 - kolacja – pomoc i nadzór w trakcie posiłku, porządkowanie, wietrzenie sal, toaleta wieczorna dzieci, prowadzenie dokumentacji;
- Godzina 18:45–19:00
 - raport pielęgniarstwa;
- Godzina 19:00–7:00
 - obserwacja i pielęgnacja dorosłych i dzieci po zabiegach operacyjnych;

- Godzina 20:00–22:00 - wykonywanie zleceń lekarskich wg indywidualnej karty zleceń i porządkowanie posterunku pracy;
- Godzina 22:00–6:00 - cisza nocna – obserwacja po zabiegach operacyjnych, czuwanie nad bezpieczeństwem dorosłych i dzieci, wykonywanie zleceń lekarskich, kontrola leków, sprzętu ratującego życie i jednorazowego użytku, uzupełnianie dokumentacji medycznej;
- Godzina 6:00–7:00 - pomiar temperatury ciała, wykonywanie zleceń lekarskich, uzupełnianie dokumentacji medycznej.

§ 4

W dni wolne i święta wizyta lekarska odbywa się w godzinach: 8:00-9:00.

§ 5

1. Informacji o stanie zdrowia pacjentów i planach dalszego leczenia udziela najbliższej rodzinie lub osobie upoważnionej przez pacjenta Kierownik Oddziału codziennie od godziny 11:00 do 12:00.

W razie jego nieobecności informacji udziela lekarz przez niego wyznaczony.

2. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo.
3. Informację o stanie zdrowia pacjentów mogą uzyskać telefonicznie osoby upoważnione przez pacjenta po weryfikacji tożsamości osoby dzwoniącej (pytania kontrolne).

§ 6

1. Odwiedziny chorych w oddziale odbywają się codziennie w godzinach od 13:00 do 19:00.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać od 1-2 osób.
3. W oddziale przy dziecku mogą przebywać rodzice (opiekun prawny) całodobowo.

§ 7

Oddział zabezpiecza personalnie Poradnię Otolaryngologiczną oraz Poradnię Chirurgii Twarzowo-Szczękowej zgodnie z harmonogramem pracy Działu Konsultacyjno-Leczniczego.

§ 8

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Oddziału Neonatologicznego

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziałem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.
2. Personel pielęgniarski podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie czynności pielęgniarskich, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

1. Ramowy plan pracy dla lekarzy ustalany jest przez Kierownika Oddziału.
2. Plan pracy dla średniego i niższego personelu ustala Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 6:50–7:00 - raport pielęgniarski o stanie pacjentów z dyżuru nocnego z Pielęgniarką Oddziałową.
- Godzina 7:00–7:10 - przekazanie raportu pielęgniarskiego pielęgniarkom/położnym dziennym przez Pielęgniarkę Odpowiedzialną.
- Godzina 7:10–7:30 - raport pielęgniarski z udziałem Kierownika Oddziału i Pielęgniarki Oddziałowej/Pielęgniarki Koordynującej oraz planowanie wypisów na aktualny dzień.
- Godzina 7:30–8:00 - pobieranie badań przesiewowych i laboratoryjnych przez personel średni oraz wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych do wizyty lekarskiej.
- Godzina 8:00–8:15 - wizyta lekarzy z oddziału położniczego z udziałem lekarzy z Oddziału Neonatologii
- Godzina 8:15–9:00 - udział personelu medycznego w wizycie lekarskiej i pomoc przy badaniu dzieci w obecności matek, udzielanie informacji matkom

przez lekarza badającego, kwalifikacja
noworodków do szczepień ochronnych.
Ustalanie planu opieki odnośnie poszczególnych
noworodków

- Godzina 9:00–09:15
- Godzina 9:15–11:00
- Godzina 11:00–13:00
 - posiłek regeneracyjny.
 - sprawdzanie i realizacja zleceń lekarskich
 - przygotowanie noworodków do wypisu,
instruktaż rodziców przed wypisem,
uzupełnienie indywidualnej dokumentacji
medycznej noworodków zakwalifikowanych do
wypisu, pomoc w przystawianiu do piersi,
prowadzenie obserwacji i udzielanie porad
żywieniowych i pielęgnacyjnych.
- Godzina 13:00–14:00
 - wykonywanie szczepień ochronnych, udzielanie
niezbędnych porad dot. wykonanych szczepień
rozmowy edukacyjne dot. karmienia piersią,
właściwych metod przystawiania do piersi,
wykonywanie przesiewowych badań słuchu ,
uzupełnianie sprzętu jednorazowego użytku,
sprawdzanie tacy reanimacyjnej.
- Godzina 14:00–15:00
 - wypisy noworodków
- Godzina 15:00–15:30
 - porządkowanie sprzętu, wietrzenie sal po
wypisie noworodków
- Godzina 15:30–16:00
 - wizyta lekarza dyżurnego z udziałem personelu
pielęgniarskiego
- Godzina 16:00–16:15
 - pomiar temperatury ciała u noworodków
- Godzina 16:15–16:30
 - przerwa na posiłek regeneracyjny
- Godzina 16:30–18:00
 - wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych,
pomoc matkom w przystawianiu do piersi ich
dzieci, włączanie rodziców do opieki i
pielęgnacji własnego dziecka

- Godzina 18:00–18:50 - uzupełnienie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów i dokumentacji oddziałowej
- Godzina 18:50–19:00 - przekazanie raportu wieczornego przez pielęgniarkę/położną odpowiedzialną
- Godzina 19:00–20:00 - zapoznanie się personelu zmiany nocnej ze stanem zdrowia pacjentów, założenie dokumentacji medycznej i wykonanie przesiewowego badania słuchu, przygotowanie zestawu do pielęgnacji noworodków
- Godzina 20:00–22:00 - toaleta noworodków połączona z instruktażem pielęgnacyjnym, włączenie rodziców do opieki i pielęgnacji własnego dziecka, dezynfekcja inkubatorów
- Godzina 22:00–23:00 - sprawdzanie i realizacja zleceń lekarskich wg Indywidualnej Karty Zleceń leków w systemie AMMS
- Godzina 23:00–06:00 - cisza nocna – obserwacja noworodków, czuwanie nad bezpieczeństwem noworodków w oddziale i dokarmianie noworodków pozostałych, kontrola leków w apteczkach i salach porodowych oraz tacy reanimacyjnej, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych u noworodków
- Godzina 6:00–6:50 - pomiar temperatury i masy ciała noworodków, uzupełnianie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w systemie AMMS

§ 4

1. Informacje o stanie zdrowia noworodków i planach dalszego leczenia udziela Kierownik Oddziału Neonatologicznego matce lub osobie upoważnionej, wskazanej w Karcie Noworodka, codziennie z wyjątkiem dni ustawowo wolnych w godzinach 10:30-11:00

2. W razie nieobecności Kierownika Oddziału informacji o stanie zdrowia noworodka udziela wyznaczony lekarz. W szczególnych uzasadnionych przypadkach informacja o stanie zdrowia udzielana jest całodobowo przez lekarza dyżurnego.

§ 5

Odwiedziny noworodków chorych przebywających w Oddziale odbywają się po uzgodnieniu z personelem Oddziału.

§ 6

Personel Oddziału Neonatologii całodobowo na wezwanie personelu z Sali Porodowej obejmuje opieką urodzone noworodki, przyjmuje je do oddziału, zakłada indywidualną dokumentację medyczną w formie papierowej i elektronicznej w systemie AMMS.

§ 7

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika Oddziału oddziałem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.
2. Średni i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich i porządkowych, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 6:40–6:45 - raport Pielęgniarki Oddziałowej-i pielęgniarki odpowiedzialnej,
- Godzina 6:50–7:00 - raport pielęgniarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej i pielęgniarek odpowiedzialnych nocnych i dziennych
- Godzina 7:30–7:45 - raport lekarza dyżurnego,
- Godzina 7:45–8:00 - wizyta lekarska,
- Godzina 7:00–7:45 - toaleta i przygotowanie pola operacyjnego,
- Godzina 8:00–14:30 - planowe zabiegi operacyjne,
- Godzina 8:30–9:00 - śniadanie, pomoc i nadzór w czasie posiłku,
- Godzina 8:00–14:00 - wykonywanie zleceń lekarskich , konsultacji, badań diagnostycznych, obserwacja i pielęgnowanie chorych przed i po zabiegach operacyjnych, wykonywanie opatrunków, kontrola tętna i ciśnienia tętniczego krwi oraz temperatury ciała, podawanie leków,

- Godzina 08:00–10:00
 - planowe przyjęcia pacjentów, przygotowanie chorych do wypisu i do samoopieki, instruktaż rodzinny,
- Godzina 12:30–13:00
 - obiad, pomoc i nadzór w czasie posiłku,
- Godzina 13:00–16:00
 - pielęgnacja chorych, sprzątanie po obiedzie, podawanie zleconych leków, wykonywanie badań godzinowych, prowadzenie dokumentacji medycznej,
- Godzina 16:00–17:30
 - pomiar temperatury u chorych, toaleta wieczorna, przygotowanie pacjentów do planowanych zabiegów operacyjnych, zabiegi pielęgnacyjne, obserwacja pacjentów,
- Godzina 17:30–18:00
 - kolacja, pomoc i nadzór w czasie posiłku
- Godzina 17:30–18:45
 - wykonywanie zleceń doraźnych i planowych, podawanie leków godzinowych,
- Godzina 18:45
 - zmiana pielęgniarek odpowiedzialnych z dyżuru dziennego i nocnego, przekazanie najistotniejszych informacji z dyżuru,
- Godzina 18:50–19:00
 - raport wieczorny z udziałem pielęgniarki odpowiedzialnej dziennej i pozostałych pielęgniarek z dyżuru dziennego, przekazanie najistotniejszych informacji z dyżuru,
- Godzina 19:00–19:15
 - przygotowanie chorych do wizyty wieczornej,
- Godzina 19:15–19:45
 - wizyta wieczorna,
- Godzina 19:45–22:00
 - wykonanie zleceń po wizycie wieczornej, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, porządkowych, prowadzenie dokumentacji,
- Godzina 22:00–5:00
 - cisza nocna,
- Godzina 5:00–6:45
 - toaleta pacjentów, przygotowanie pacjentów do zabiegów, mierzenie temperatury, pobieranie badań laboratoryjnych, podawanie leków godzinowych.

Personel podczas dyżuru nocnego wykonuje czynności planowe:

- obserwacja chorych po zabiegach,
- prowadzenie dokumentacji pielęgniarstwa,
- sprawdzanie dat ważności leków, sprzętu medycznego jednorazowego użytku oraz sprzętu ratującego życie,
- wykonywanie iniekcji i infuzji,
- czuwanie nad bezpieczeństwem chorych.

§ 3

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udziela Kierownik Oddziału codziennie od godziny 13:30 do 14:30, a podczas jego nieobecności informacji o stanie zdrowia chorych udziela lekarz przez niego wyznaczony oraz lekarz prowadzący, w czasie dyżuru lekarz dyżurny.
2. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo.
3. Informację o stanie zdrowia pacjentów mogą uzyskać telefonicznie osoby upoważnione przez pacjenta po weryfikacji tożsamości osoby dzwoniącej (pytania kontrolne).

§ 4

1. Odwiedziny chorych w oddziale odbywają się codziennie od godziny 13:00 do 19:00.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin preferowana jest jedna osoba.

§ 5

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN **Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym**

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas jego nieobecności, oddziałem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.
2. Średni i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich i porządkowych, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla średniego i niższego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 5:30–7:00 - toaleta chorych, pomiar temperatury ciała, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta
- Godzina 7:00–9:00 - pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych, podawanie leków, sprzątanie sal chorych,
- Godzina 7:00 i 19:00 - raport pielęgniarski,
- Godzina 7:15–7:30 - odprawa lekarska,
- Godzina 7:45–8:15 - śniadanie,
- Godzina 8:00–9:00 - wizyta lekarska,
- Godzina 9:00–10:00 - wizyta ordynatorska,
- Godzina 9:00–12:30 - wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów, prowadzenie dokumentacji lekarskiej, wypisy pacjentów, wykonywanie innych czynności związanych z funkcjonowaniem oddziału, wykonywanie pilnych konsultacji na innych oddziałach,
- Godzina 12:00–12:30 - obiad,

- Godzina 11:00–12:00 - udzielanie informacji o stanie zdrowia chorych upoważnionym członkom rodziny przez lekarzy, prowadzenie dokumentacji,
- Od godziny 14:00 - konsultacje planowe lub wg planu pracy zaleconego przez kierującego oddziałem
- Godzina 13:30–16:30 - porządkowanie sal chorych, toaleta obłożnie chorych, prowadzenie dokumentacji medycznej, wykonywanie zleceń lekarskich
- Godzina 16:30–17:00 - pomiar temperatury i ciśnienia tętniczego,
- Godzina 17:00–17:30 - kolacja
- Godzina 17:30–19:00 - podawanie leków, porządkowanie sal chorych i oddziału
- Godzina 19:00–20:00 - wizyta wieczorna
- Godzina 20:00–22:00 - wykonywanie zleceń lekarskich, toaleta obłożnie chorych, przygotowanie chorych do odpoczynku nocnego, prowadzenie dokumentacji
- Godzina 22:00–5:30 - cisza nocna, wykonywanie zleceń godzinowych
- Godzina 7:00–15:00 - godziny pracy lekarzy
- Godzina 14:35–7:00 - lekarz dyżurny
- Godzina 7:00–19:00 - pierwsza zmiana pielęgniarek i personelu pomocniczego
- Godzina 19:00–7:00 - druga zmiana pielęgniarek i personelu pomocniczego

§ 4

1. Informacji o stanie chorych udziela Kierownik Oddziału w godzinach od 13:00 do 14:00.

W razie nieobecności Kierownika informacji udziela wyznaczony lekarz.

2. W przypadkach uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo.
3. Nie udziela się informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie.

§ 5

1. Przyjęcia chorych odbywają się całą dobę.

2. Odwiedziny odbywają się codziennie w godzinach od 13:00 do 19:00 z uwzględnieniem pomocy w zabiegach pielęgnacyjnych za zgodą lekarską i pielęgniarstwa.
3. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać nie więcej niż 2 osoby.

§ 6

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Oddziału Medycyny Paliatywnej

§1

Postanowienia ogólne

1. Oddział Medycyny Paliatywnej jest komórką organizacyjną Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.
2. Oddział Medycyny Paliatywnej posiada 10 łóżek rozmieszczonych w 2 salach 2-łóżkowych, 2 salach 1-łóżkowych oraz 1 sali 4-łóżkowej.
3. Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale Medycyny Paliatywnej określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

§2

Działalność podstawowa Oddziału

1. Oddział Medycyny Paliatywnej sprawuje wielodyscyplinarną opiekę medyczną, nad chorymi z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi schorzeniami.
2. Do Oddziału Medycyny Paliatywnej przyjmowani są przede wszystkim chorzy z rozpoznaniem choroby nowotworowej, głównie w terminalnym okresie choroby nowotworowej, u których występują nasilone dolegliwości wynikające z zaawansowania choroby (ból, duszność, nudności, wymioty) oraz inne objawy trudne do opanowania w warunkach domowych (objawowe przerzuty do mózgu, złamania patologiczne kości, hiperkalcemia oraz nieoperacyjna niedrożność jelit).
3. Oddział Medycyny Paliatywnej współpracuje z tutejszym Centrum Onkologicznym, co ułatwia integrację leczenia onkologicznego z opieką paliatywną. Pacjent w zależności od stopnia zaawansowania choroby i nasilenia objawów fizycznych i duchowych, otrzymuje właściwą pomoc w możliwie jak najkrótszym czasie.
4. Oddział zapewnia:
 - 24-godzinną opieką lekarską oraz pielęgnarską;
 - farmakoterapię zgodną z wytycznymi oraz standardami medycyny paliatywnej;

- żywienie dojelitowe i pozajelitowe;
- rehabilitację ruchową;
- opiekę psychologiczną chorego i jego rodziny;
- konsultacje specjalistyczne;
- kompleksowe leczenie odleżyn;
- edukację rodzin;
- posługę Kapelana Szpitala.

§3

Przyjęcie chorego do Oddziału

1. Przyjęcia pacjentów odbywają się poprzez Izbę Przyjęć tutejszego Szpitala.
2. Przyjęcia do Oddziału Medycyny Paliatywnej odbywają się w trybie planowym na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza, zgodnie z prowadzoną listą oczekujących.
3. Kwalifikacja oraz wyznaczenie terminu przyjęcia i wpisanie na listę oczekujących na podstawie aktualnego skierowania odbywa się w sekretariacie Oddziału w dni powszednie godzinach 13:00-14:00.
4. Pacjenci mający wyznaczony termin hospitalizacji zgłaszają się ze skierowaniem w ustalonym dniu w godzinach 10:00-13:00 na Izbę Przyjęć Planowych tutejszego Szpitala.

Przy przyjęciu do Szpitala pacjent zobowiązany jest do przedstawienia dokumentu potwierdzającego tożsamość.
5. Przyjęcie pacjenta w trybie pilnym tzn. poza listą oczekujących:
 - przyjęcie w trybie pilnym dotyczy przede wszystkim pacjentów przenoszonych do Oddziału z innych oddziałów tutejszego Szpitala;
 - przyjęcie pacjenta do Oddziału w trybie pilnym musi być w każdym przypadku ustalone z lekarzem Kierującym Oddziałem/lekarzem Oddziału;
 - przyjęcie w trybie pilnym realizowane są w godzinach 7:00-14:00, w zależności od stanu pacjenta i dostępności wolnych miejsc w Oddziale;
 - pacjent, który zgłasza się na Izbę Przyjęć tutejszego Szpitala ze skierowaniem do Oddziału Medycyny Paliatywnej/bądź jest hospitalizowany w SOR, w dni powszednie po godz. 15:00 lub w dni wolne od pracy, pozostaje pod opieką

lekarza dyżurnego SOR do kolejnego dnia powszedniego i konsultacji przez lekarza Oddziału Medycyny Paliatywnej.

§4

Organizacja pracy Oddziału

1. Pracą całego zespołu zatrudnionego w Oddziale kieruje Lekarz Kierujący Oddziałem. Podczas jego nieobecności, Oddziałem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.
 2. Pracę personelu pielęgniarskiego, opiekunów medycznych, sekretarki medycznej, psychologa nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Medycyny Paliatywnej, która podlega bezpośrednio Kierownikowi Oddziału.
 3. Całodobowa opieka lekarska obejmująca sytuacje nagłe, wymagające konsultacji lub pilnej interwencji lekarskiej oraz stwierdzenie zgonu, realizowana jest przez wyznaczonego w danym dniu lekarza dyżurnego zgodnie z ustalonym wcześniej grafikiem.
 4. Wizyta lekarska odbywa się codziennie, a w dni wolne od pracy do wizyty zobowiązany jest lekarz dyżurny, zgodnie z ustalonym wcześniej grafikiem.
 5. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
 6. Plan pracy dla średniego i niższego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.
 7. Szczegółowy rozkład dnia w Oddziale przedstawia się następująco:
- | | |
|-------------|---|
| 6:00–6:50 | pomiar temperatury ciała, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, podawanie leków |
| 6:50–7:10 | godzinowych, mierzenie poziomu bólu, uzupełnianie dokumentacji medycznej; |
| 7:10–8:30 | raport pielęgniarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej; |
| 7:10–8:30 | toaleta chorych, pobieranie materiałów do badań laboratoryjnych, wykonywanie zleceń lekarskich i zabiegów diagnostycznych, śniadanie – karmienie chorych; |
| 9:00–9:30 | raport lekarski z udziałem Lekarza Kierującego Oddziałem i Pielęgniarki Oddziałowej; |
| 9:30–10:00 | wizyta lekarska, ustalenie planu leczenia i opieki; |
| 10:00–13:00 | planowe przyjęcia do Oddziału; |
| 10:00–12:15 | wykonywanie zleceń lekarskich po wizycie, uzupełnianie dokumentacji chorych, edukacja chorych; |
| 12:15–12:40 | obiad – karmienie chorych; |

12:45–13:00	przygotowanie chorego i dokumentacji do wypisu;
13:00–14:00	wypisy chorych z Oddziału;
14:00–15:00	realizacja zleceń lekarskich;
15:00–16:00	uzupełnianie dokumentacji, rozmowa z pacjentami;
16:00–16:30	pomiar temperatury ciała, mierzenie poziomu bólu;
17:00–19:00	kolacja, toalety chorych, przygotowanie pisemnego raportu pielęgniarskiego, przekazanie ustne i pisemne kolejnej zmianie;
18:50–19:00	raport pielęgniarski;
19:00–22:00	wykonanie zleceń lekarskich, wizyta wieczorna, toalety nocne, uzupełnianie dokumentacji medycznej;
22:00–6:00	cisza nocna w salach chorych.

§5

Informowanie o stanie zdrowia pacjentów

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udziela Kierownik Oddziału lub wyznaczony przez niego lekarz w dni powszednie w godzinach 13:00-14:00.
2. Przekazywanie informacji o stanie zdrowia pacjenta telefonicznie odbywa się zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzzpitalną.

§6

Zasady odwiedzin

1. Odwiedziny odbywają się za zgodą pacjenta, są możliwe we wszystkie dni tygodnia; na życzenie pacjenta prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do osób przez niego wskazanych. W związku z organizacją pracy w Oddziale zalecane są godziny odwiedzin pacjentów od godziny 10:00 do 19:00 (w uzasadnionych przypadkach rodzina/opiekunowie mogą towarzyszyć w czasie pobytu chorego w Oddziale z wyłączeniem trwania wizyt lekarskich i zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych).
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać nie więcej niż 2 osoby.
3. W szczególnych przypadkach odwiedziny mogą się odbywać w innych godzinach i/lub pacjenta może odwiedzać większa ilość osób za zgodą lekarza kierującego lub lekarza dyżurnego. Osoby małoletnie mogą uczestniczyć w odwiedzinach pod opieką osoby dorosłej po uzyskaniu zgody lekarza.

4. Ze względów organizacyjnych należy unikać odwiedzin podczas wizyt lekarskich, badań, zabiegów diagnostyczno-leczniczych i pielęgnacyjnych.
5. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a także ze względu na możliwości organizacyjne Szpitala odwiedziny mogą zostać ograniczone.
6. Oddział zapewnia realizację prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności poprzez umożliwienie pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

§7

Opieka duszpasterska

1. Pacjent przebywający w Oddziale ma prawo do realizacji potrzeb religijnych i dostępu do opieki duszpasterskiej, zgodnie z przekonaniami religijnymi. Na tablicy ogłoszeń znajdują się informacje dotyczące duchownych różnych wyznań.
2. Wizyta duszpasterska odbywa się w każdy wtorek ok. godz. 7:30-8:00.
3. Msze święte w kaplicy szpitalnej: dni robocze godz. 6:55, niedziela godz. 7:00 oraz godz. 9:30.
4. Jeżeli chory nie jest w stanie sam skontaktować się z duszpasterzem na jego prośbę może uczynić to pielęgniarzka.

§8

Prawa i obowiązki pacjenta

1. Pacjent ma prawo do:
 - świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - opinii innego lekarza, pielęgniarzki lub zwołania konsylium lekarskiego;
 - do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia;
 - tajemnicy informacji związanych z procesem jego leczenia;
 - wyrażania zgody albo odmowy na udzielenie mu określonych świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiedniej informacji;
 - intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - udostępniania mu dokumentacji medycznej lub wskazania innej osoby, której dokumentacja ta może być udostępniana;

- zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji medycznej dotyczącej jego osoby;
- dostępu do informacji o prawach pacjenta;
- opieki duszpasterskiej;
- umierania w spokoju i godności;
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

2. Pacjent zobowiązany jest do:

- przestrzegania zasad związanych z zapobieganiem zakażeniom, w tym: dezynfekcji rąk i w razie potrzeby – stosowania indywidualnych środków ochrony (maseczek, fartuchów ochronnych itp.),
- przestrzegania, dostępnego w dyżurkach pielęgniarskich, Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,
- przestrzegania obowiązujących w Szpitalu przepisów BHP i p/pożarowych,
- przyjmowania zleconych leków i przestrzegania obowiązującej diety,
- utrzymywania higieny osobistej,
- przestrzegania związanych z pobytem na Oddziale zaleceń personelu medycznego,
- kulturalnego zachowania się w stosunku do personelu Szpitala i innych chorych, w tym przestrzegania ciszy nocnej w godzinach 22:00-6:00;
- poszanowania mienia Szpitala;
- nie zakłócania spokoju pacjentów oraz pracy personelu;
- zachowania czystości w salach chorych i innych pomieszczeniach (WC, łazienkach, itp.).

3. Pacjentowi zabrania się:

- opuszczania Oddziału bez zgody personelu medycznego pod rygorem wypisania ze Szpitala natychmiast po stwierdzeniu nieobecności, a w przypadku pacjenta, który na skutek swojego stanu zdrowia może stanowić zagrożenie dla siebie lub innych osób – niezwłocznie powiadamia się o fakcie opuszczenia Oddziału osobę wskazaną w Oświadczeniu formalno-prawnym (pisemnie lub telefonicznie) oraz Policję;
- na Oddziale i na terenie Szpitala: palenia tytoniu, przynoszenia i spożywania napojów alkoholowych, przyjmowania narkotyków i środków odurzających.

Wypis pacjenta

1. Karty informacyjne z leczenia szpitalnego wydawane są w sekretariacie Oddziału w dni powszednie w godz. 10:00-13:00
2. Pacjent wypisywany jest do domu, gdy:
 - stan zdrowia nie wymaga dalszej hospitalizacji;
 - chory lub jego przedstawiciel ustawowy występuje o wypis na własne żądanie.
3. W przypadku zgonu pacjenta Karta Zgonu wydawana jest osobie upoważnionej przez chorego w dniu przyjęcia do Oddziału.

Kartę Zgonu można odebrać w sekretariacie Oddziału Medycyny Paliatywnej w dni powszednie godzinach 8:30-14:00.

§10

Informacje ogólne

1. Każdy pracownik jest odpowiedzialny za budowę pozytywnego wizerunku Oddziału Medycyny Paliatywnej wśród pacjentów i ich rodzin.
2. Personel Oddziału jest zobowiązany do przestrzegania reżimu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi procedurami, standardami i instrukcjami.
3. Celem poprawy jakości usług medycznych przeprowadzane jest regularnie badanie poziomu satysfakcji pacjentów przy pomocy anonimowej ankiety.
4. Za wykonanie czynności wynikających ze stosunku pracy i przewidzianych regulaminowo obowiązków odpowiada osobiście każdy pracownik zatrudniony w Oddziale.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Oddziału Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej

§ 1

1. Pracą oddziału kieruje Kierownik Oddziału, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności, oddziałem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.
2. Średni i niższy personel medyczny podlega Pielęgniarce Oddziałowej w zakresie wykonywania czynności pielęgniarskich i porządkowych, a organizacyjnie Kierownikowi Oddziału.

§ 2

1. Plan pracy dla lekarzy organizuje Kierownik Oddziału.
2. Plan pracy dla średniego i niższego personelu organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.

§ 3

Szczegółowy rozkład dnia w Oddziale przedstawia się następująco:

- Godzina 5:30–6:45
 - pomiar temperatury, podawanie leków zgodnie z godzinowym harmonogramem, toaleta pacjentów leżących, przygotowywanie pacjentów do badań diagnostycznych oraz zabiegów planowych
- Godzina 6:50–7:00
 - raport pielęgniarski z udziałem Pielęgniarki Oddziałowej
- Godzina 7:00–7:10
 - raport lekarza dyżurnego z udziałem Kierownika Oddziału i Pielęgniarki Oddziałowej
- Godzina 7:10–7:30
 - wizyta lekarska poranna prowadzona przez Kierownika Oddziału lub jego zastępcę. Badanie pacjentów, ustalanie planu leczenia chorych, kontrola postępu w leczeniu
- Godzina 7:00–08:00
 - planowe przyjęcia pacjentów
- Godzina 7:30–14:30
 - planowe zabiegi operacyjne
- Godzina 8:00–8:30
 - śniadanie, karmienie pacjentów wymagających pomocy

- Godzina 8:30–14:00
 - opieka nad chorymi przed zabiegami i po zabiegach operacyjnych, obserwacja, wykonywanie badań diagnostycznych, kontrola parametrów życiowych, uzupełnianie dokumentacji medycznej, kwalifikacje pacjentów do zabiegów planowych w wyznaczone dni tygodnia, instrumentowanie przy zabiegach drobnych wykonywanych w gabinecie zabiegowym oddziału
- Godzina 12:00–12:30
 - obiad, karmienie pacjentów wymagających pomocy
- Godzina 12:45–13:00
 - sporządzanie planu zabiegów na dzień następny
- Godzina 12:30–16:00
 - pielęgnacja chorych, podawanie leków godzinowych, kontrola glukozy u pacjentów diabetologicznych, wykonywanie zleceń godzinowych, wykonywanie zleceń lekarskich zgodnie z indywidualną kartą zleceń.
- Godzina 16:00–17:00
 - pomiar temperatury u pacjentów, toaleta wieczorna, wykonywanie kontrolnych badań diagnostycznych po zabiegach operacyjnych
- Godzina 17:00–17:30
 - kolacja, karmienie pacjentów wymagających pomocy
- Godzina 17:30–18:30
 - wykonywanie zleceń godzinowych, zgodnie z kartą zleceń lekarskich
- Godzina 18:55–19:00
 - raport pielęgniarstwa wieczorny
- Godzina 19:00–19:30
 - wizyta wieczorna prowadzona przez Kierownika Oddziału lub lekarza dyżurnego. W czasie wizyty wieczornej lekarz kontroluje stan zdrowia chorych oraz ustala zlecenia godzinowe
- Godzina 19:30–22:00
 - wykonywanie zleceń doraźnych oraz planowych, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych, porządkowych, podawanie

godzinowych leków

- Godzina 22:00–5:00

- cisza nocna dla pacjentów.

§ 4

Tryb pracy personelu medycznego podczas hospitalizacji krótkoterminowej pacjenta małoletniego w Oddziale Okulistycznym z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej:

- Godzina 6:30–7:00

- przyjęcia do Oddziału pacjentów małoletnich wraz z rodzicem/opiekunem

- Godzina 6:45–7:30

- przygotowanie dzieci do zabiegów operacyjnych przez pielęgniarki, założenie wkłucia obwodowego, podanie zleconych leków

- Godzina 7:10–8:00

- konsultacja lek. anestezjologa – kwalifikacja do znieczulenia, przygotowanie dzieci i dokumentacji do wizyty lekarskiej

- Godzina 8:00–13:00

- rozpoczęcie zabiegów na Bloku Operacyjnym wg planu operacyjnego, przekazanie dziecka wraz z dokumentacją przez personel Oddziału w służbę Bloku Operacyjnego oraz odbieranie dzieci po zabiegach operacyjnych z dokumentacją i zleceniami lekarskimi

- Godzina 14:00–15:00

- kontrolne badanie pacjentów małoletnich po zabiegu przez lekarza operatora.

Poinformowanie rodzica o dalszym

postępowaniu po zabiegu, wyznaczenie daty

wizyty kontrolnej u lekarza prowadzącego.

Wypisanie dziecka wraz z rodzicem/opiekunem z Oddziału.

§ 5

Personel medyczny podczas dyżuru nocnego wykonuje następujące czynności:

- obserwuje pacjentów po zabiegach, ewentualnie wykonuje badania diagnostyczne
- prowadzi i uzupełnia dokumentację pielęgniarską
- kontroluje daty ważności leków, sprzętu medycznego jednorazowego użytku oraz sprzętu ratującego życie,
- podaje krople i maści oczne według zleceń
- dokonuje kontroli temperatury, stanu higienicznego i dezynfekcji lodówki z lekami
- asystuje podczas porad u pacjentów ambulatoryjnych
- czyści i dezynfekuje sprzęt okulistyczny w gabinecie diagnostycznym i zabiegowym
- uzupełnia brakujący asortyment medyczny w poszczególnych gabinetach w oddziale.

§ 6

1. Informacji o stanie zdrowia chorych udziela Kierownik Oddziału w każdy czwartek od godziny 14:00-14:30. W razie jego nieobecności informacji o stanie zdrowia chorych udziela lekarz przez niego wyznaczony.
2. W przypadkach szczególnie uzasadnionych informacja o stanie zdrowia pacjentów udzielana jest całodobowo.
3. Nie udziela się informacji o stanie zdrowia pacjentów telefonicznie.
4. Informacji o stanie zdrowia udziela się osobie upoważnionej przez pacjenta.

§7

1. Odwiedziny chorych w oddziale odbywają się codziennie od godziny 15:00 do 17:00.
2. Przy łóżku chorego w czasie odwiedzin może przebywać nie więcej niż jedna osoba.

§ 8

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Oddziale określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

§ 1

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy SOR jest komórką organizacyjną Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.
2. Za całokształt pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i organizację pracy personelu lekarskiego odpowiada Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
3. Pracę personelu pielęgniarskiego, ratowników medycznych, sekretarki i personelu pomocniczego organizuje i nadzoruje Pielęgniarka Oddziałowa SOR.
4. Lekarze kończący dyżur obowiązani są do przekazania informacji o pacjentach lekarzom przejmującym dyżur oraz do wypełnienia dokumentacji zgodnie z obowiązującą procedurą szpitalną.
5. Pielęgniarki i Ratownicy Medyczni kończący dyżur zobowiązani są do przekazania informacji o pacjentach zmianie rozpoczynającej dyżur oraz do wypełnienia dokumentacji zgodnie z obowiązującą procedurą szpitalną.
6. Oddział prowadzi szkolenia, staże raz praktyki przyszłej kadry medycznej w zakresie ratownictwa medycznego oraz medycyny.
7. Oddział prowadzi wewnętrzne szkolenia pracowników szpitala w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej oraz zaawansowanych zabiegów ratujących życie.
8. Współpraca SOR w Tarnobrzegu z Zespołami Ratownictwa Medycznego przebiega na podstawie i zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

§ 2

1. Oddział posiada bezpośredni system łączności z:
 - Jednostkami Krajowego Systemu Ratownictwa Gaśniczego
 - Centrum Powiadamiania Ratunkowego
 - Policją
 - Oddziałami Ratownictwa Wyższego Szczebla
 - Oddziałami, pracowniami oraz zakładami diagnostycznymi znajdującymi się na terenie Szpitala.

2. W skład Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wchodzi obszary:

- Segregacji medycznej, rejestracji przyjęć
- Resuscytacyjno – zabiegowy
- Wstępnej intensywnej terapii
- Terapii natychmiastowej
- Obserwacji
- Konsultacyjny
- Zaplecza administracyjno – gospodarczego

3. W Oddziale znajduje się 7 łóżek:

- obszar wstępnej intensywnej i terapii – 2 łóżka;
- obszar resuscytacyjno-zabiegowy – 1 łóżko;
- obszar obserwacyjny – 4 łóżka.

§ 3

1. Zadaniem SOR jest przyjęcie, stabilizacja parametrów życiowych, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów z nagłym zagrożeniem zdrowotnym przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszających się samodzielnie do Oddziału.
2. W przypadku przyjęć na SOR nie obowiązuje rejonizacja według miejsca zamieszkania.
3. O kolejności przyjęć pacjentów nie decyduje kolejność zgłoszenia na SOR, a stan zdrowia weryfikowany przez personel medyczny.
4. Pacjent ze skierowaniem do szpitala (nie dotyczy planowego zabiegu lub przyjęcia w oddziale będący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przekazany zostaje bezpośrednio do SOR, celem stabilizacji funkcji życiowych.
5. Pacjent ze skierowaniem do szpitala, nie będący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, trafia do Obszaru Konsultacyjnego – Izba Przyjęć.
6. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym obowiązuje Rejestracja i TRIAGE – segregacja chorych przeprowadzana przez pielęgniarkę/ratownika medycznego. Od stopnia ciężkości stanu ogólnego i skali zgłaszanych dolegliwości chorzy przyporządkowani są do odpowiedniej grupy i udzielana jest im pomoc w odpowiednim przedziale czasowym:
 - czerwony – pomoc natychmiastowa;

- pomarańczowy – bardzo pilna do 10 min;
- żółty – pilna do 60 min;
- zielony – pomoc odroczone do 120 min;
- niebieski – pomoc wyczekująca do 240 min.

7. Etapy postępowania w TOPSOR

Pacjent przychodzący samodzielnie:

- 1) pobranie biletu – rozpoczęcie pomiaru czasu pobytu w SOR;
- 2) rejestracja i triaż – przekazanie pacjenta do wskazanego obszaru zakończenie pomiaru;
- 3) pacjent w obszarze – rozpoczęcie pomiaru czasu dla danej kategorii pilności;
- 4) pacjent poddawany jest czynnościom diagnostyczno-terapeutycznym – zakończenie pomiaru czasu dla danej kategorii pilności;
- 5) każde zlecenie badania laboratoryjnego, diagnostycznego, konsultacji ze specjalistą powoduje rozpoczęcie nowej pętli czasu;
- 6) lekarz wypisuje pacjenta.

8. Pobyt pacjenta w SOR może zakończyć się:

- przekazaniem chorego do innego oddziału szpitalnego;
- wypisem do domu celem kontynuacji leczenia i diagnostyki w trybie ambulatoryjnym;
- wypisem ze szpitala i przekazaniem bezpośrednim do innego szpitala w przypadku braku miejsc wolnych lub braku możliwości terapeutyczno-diagnostycznych.

9. Maksymalny czas na podjęcie decyzji:

- przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziału szpitalnego lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosi 120 minut;
- przez lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział wynosi 120 minut.

10. Szpitalny Oddział Ratunkowy nie zastępuje:

- lekarza rodzinnego (POZ);
- lekarza specjalisty (AOS);
- lekarza poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ).

11. Pacjent, który nie ma potwierdzonego ubezpieczenia musi jak najszybciej dostarczyć dokument, który potwierdzi prawo danej osoby do nieodpłatnego leczenia. Pacjent

może zrobić to osobiście lub za pośrednictwem kogoś z członków swojej rodziny. Pacjent ma na dostarczenie 30 dni. Jeżeli nie zrobi tego w wymienionym terminie, a opuści szpital, to na dostarczenie zaświadczenia ma on nieprzekraczalnie 7 dni. Po przekroczeniu tego terminu szpital wystawi pacjentowi rachunek za leczenie i pobyt w szpitalu.

12. Obowiązkiem pacjenta przy rejestracji jest posiadać dokument potwierdzający tożsamość ze zdjęciem.

§ 4

Informacji o stanie zdrowia pacjentów i zgonie udziela osobiście lekarz dyżurny, wyłącznie osobom do tego upoważnionym pisemnie przez pacjenta w historii choroby. W sytuacjach szczególnych dopuszcza się udzielenie informacji telefonicznie po uprzedniej weryfikacji danych osobowych chorego.

Pielęgniarki/rze lub Ratownicy zobowiązani są jedynie do potwierdzenia pobytu chorego na oddziale, przekazaniu informacji o wypisie chorego i możliwości odbioru ze szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Centrum Onkologicznego

§ 1

Centrum Onkologiczne składa się z następujących komórek organizacyjnych:

- Oddziału Onkologii Klinicznej,
- Oddziału Dziennego Chemioterapii,
- Poradni Onkologicznej,
- Poradni Radioterapii,
- Zakładu Radioterapii z Pracownią Fizyki Medycznej.

W ramach Centrum Onkologicznego funkcjonuje Izba Przyjęć i Koordynator Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. (zał. nr 17.2)

§ 2

1. W skład Oddziału Diennej Chemioterapii wchodzi:

- poczekalnia dla pacjentów,
- pokój badań lekarskich,
- stanowiska do podawania chemioterapii,
- gabinet zabiegowy
- węzły sanitarne dla pacjentów,
- węzeł sanitarny dla personelu,
- pokój lekarski,
- magazynek,
- brudownik.

2. W skład Oddziału Onkologii Klinicznej wchodzi:

- sale łóżkowe dla pacjentów pobytu stacjonarnego,
- sekretariat medyczny,
- pokój Pielęgniarki Oddziałowej Centrum Onkologicznego,
- pokój Kierownika Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Dziennego Chemioterapii,
- punkty pielęgniarskie,
- gabinety zabiegowe,
- węzły sanitarne dla pacjentów i personelu,

- brudownik,
 - kuchnia oddziałowa.
3. Szczegółowy Regulamin Zakładu Radioterapii stanowi załącznik nr 17.1 do Regulaminu Organizacyjnego.
 4. Wymagania fachowe i sanitarne jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia Centrum Onkologicznego określają odrębne przepisy.

§ 3

1. Pracą Centrum Onkologicznego kieruje Kierownik Centrum Onkologicznego przy współpracy z Kierownikami Oddziałów funkcjonujących w ramach Centrum Onkologicznego jak w punkcie 3.
2. Pracą Oddziałów funkcjonujących w ramach Centrum Onkologicznego kierują Kierownicy.
3. Pracą Zakładu Radioterapii funkcjonującego w ramach Centrum Onkologicznego kieruje Kierownik.
4. Średni i niższy personel medyczny Oddziałów funkcjonujących w ramach Centrum Onkologicznego podlega Pielęgniarce Oddziałowej Centrum Onkologicznego w zakresie funkcji zawodowych, a organizacyjnie Kierownikowi danego Oddziału.
5. Średni i niższy personel medyczny Zakładu Radioterapii podlega Kierownikowi Zakładu.

§ 4

1. Plan pracy lekarzy organizują Kierownicy Oddziałów funkcjonujących w ramach Centrum Onkologicznego.
2. Plan pracy personelu średniego i niższego Oddziałów funkcjonujących w ramach Centrum Onkologicznego organizuje Pielęgniarka Oddziałowa.
3. Plan pracy personelu średniego i niższego Centrum Onkologicznego organizuje Kierownik Centrum Onkologicznego.

§ 5

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Centrum Onkologicznym określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych pracowników.

§ 6

1. Praca w Oddziale Diennej Chemioterapii odbywa się w godzinach 7:00-14:35.
2. Oddział Onkologii Klinicznej udziela świadczeń całodobowo.
3. Praca w Poradni Onkologicznej i Poradni Radioterapii odbywa się według ustalonego harmonogramu pracy.
4. Praca w Zakładzie Radioterapii odbywa się według ustalonego harmonogramu pracy.

5. Izba Przyjęć Centrum Onkologicznego funkcjonuje w dni robocze w godzinach 7:25-15:00. W godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni świąteczne i wolne od pracy pacjentów kierowanych na Oddział Onkologii Klinicznej zabezpiecza ogólna Izba Przyjęć Szpitala.

§ 7

1. Centrum Onkologiczne udziela świadczeń medycznych w zakresie:
 - leczenia i kontroli pacjentów z chorobą nowotworową, leczenia powikłań po chemioterapii oraz podejmowania działań zmierzających do propagowania profilaktyki chorób nowotworowych;
 - leczenia napromienianiem chorych przebywających w Oddziałach Centrum Onkologicznego i chorych leczonych w warunkach ambulatoryjnych.
2. Pacjenci zgłaszający się po raz pierwszy do Centrum Onkologicznego są przyjmowani przez lekarza Poradni Onkologicznej bez lub ze skierowaniem.
3. W Poradni Onkologicznej prowadzona jest diagnostyka nowotworów, ambulatoryjne leczenie cytostatykami oraz kontrole kliniczne chorych po leczeniu. Wydawane są orzeczenia i opinie o stanie zdrowia pacjenta oraz wystawiane są wnioski do sanatorium.
4. Poradnia Radioterapii udziela konsultacji w zakresie radioterapii onkologicznej i onkologii. Konsultacje dotyczą:
 - kwalifikacji do leczenia napromienianiem oraz leczenia skojarzonego (radiochemioterapia),
 - diagnostyki nowotworów,
 - obserwacji chorych po leczeniu.
5. Pacjenci wymagający leczenia onkologicznego są kierowani odpowiednio do Oddziału Dziennego Chemioterapii lub Oddziału Onkologii Klinicznej w zależności od wskazań lekarskich.
6. W Centrum Onkologicznym organizowane są konsylia w ramach Pakietu Onkologicznego.

Do głównych zadań Konsylium należy:

 - kwalifikacja pacjenta do leczenia zabiegowego, chemioterapii lub radioterapii
 - ustalenie planu leczenia
 - ustalenie rodzajów terapii, które będą stosowane
 - wybór koordynatora leczenia

Decyzje zespołu oparte są na opracowanych przez świadczeniodawcę sformalizowanych procedurach postępowania i organizacji udzielania świadczeń zgodnie ze standardami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego rekomendowanymi przez polskie towarzystwo naukowe w odpowiednich dziedzinach medycyny.

§ 8

1. Pacjent otrzymujący cytostatyki pozostaje pod nadzorem lekarsko – pielęgniarskim.
2. Rodzina/opiekunowie mogą towarzyszyć w czasie pobytu chorego w Oddziale Onkologii Klinicznej z wyłączeniem czasu trwania wizyt lekarskich, niezbędnych zabiegów pielęgnacyjnych i leczniczych.

§ 9

1. Informację o planach leczenia, aktualnym stanie zdrowia pacjenta leczonego w ramach Oddziałów funkcjonujących w Centrum Onkologicznym udziela na bieżąco Kierownik danego Oddziału, a podczas jego nieobecności upoważniony przez niego lekarz.
2. Informację o planach leczenia, aktualnym stanie zdrowia pacjenta Zakładu Radioterapii udziela na bieżąco Kierownik Zakładu, a podczas jego nieobecności upoważniony przez niego lekarz.
3. Szczegółowy zakres obowiązków na w/w stanowiskach określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Zakładu Radioterapii

§ 1

1. Działalnością Zakładu Radioterapii kieruje Kierownik, który odpowiada za sprawne jego funkcjonowanie zarówno pod względem medycznym jak i administracyjnym.
2. W razie nieobecności Kierownika obowiązki te przejmuje wyznaczony przez niego lekarz.

§ 2

Kierownik Zakładu Radioterapii pełni równocześnie nadzór merytoryczny i organizacyjny nad Pracownią Fizyki Medycznej.

§ 3

Podstawowym celem działalności Zakładu Radioterapii jest prowadzenie (przez osoby do tego uprawnione) leczenia napromienianiem chorych przebywających na Oddziałach Centrum Onkologii i chorych leczonych w warunkach ambulatoryjnych.

§ 4

W skład Zakładu Radioterapii wchodzi Pracownia Fizyki Medycznej.

§ 5

Szczegółowe zadania zespołu zatrudnionego w Zakładzie Radioterapii:

- Leczenie napromienianiem chorych i zapewnienie wysokiej jakości tego leczenia,
- Wprowadzanie nowych technik napromieniania i leczenia skojarzonego,
- Szkolenie lekarzy radioterapeutów, fizyków medycznych oraz techników radioterapii,
- Szkolenie lekarzy przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z radioterapii oraz fizyków medycznych przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z fizyki medycznej.
- Wdrażanie i realizacja zadań z zakresu polityki jakości,
- Planowanie, wykonanie we własnym zakresie i/lub zlecenie wykonania innym jednostkom organizacyjnym Szpitala badań podstawowych i specjalistycznych w celu ustalenia rozpoznania ostatecznego i stopnia zaawansowania choroby nowotworowej, pozwalających na optymalne zaplanowanie leczenia napromienianiem,
- Prowadzenie dokumentacji medycznej w formie uznanej za właściwą (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2006 roku w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania),

- Kwalifikacja do leczenia napromienianiem,
- Planowanie leczenia napromienianiem i realizacja napromieniania odbywa się na terenie zakładu Radioterapii zgodnie z procedurami i protokołami leczenia,
- Monitorowanie całego procesu leczenia w trakcie radioterapii zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej,
- W szczególnych przypadkach kierowanie chorych do innych szpitali onkologicznych lub specjalistycznych.

§ 6

1. Rozkład pracy elektroradiologa ustala Kierownik Zespołu Elektroradiologów, a zatwierdza Kierownik Zakładu Radioterapii.
2. W razie swojej nieobecności Kierownik Zespołu Elektroradiologów wyznacza osobę, która go zastępuje.
3. Elektroradiolodzy radioterapii obsługują wszystkie stanowiska pracy w Zakładzie Radioterapii, w zależności od zaplanowanego grafika.
4. Do zadań elektroradiologów radioterapii w szczególności należy:
 - Współpraca z lekarzem i fizykiem w planowaniu napromieniania,
 - Wykonywanie masek unieruchamiających i osłon indywidualnych dla chorego,
 - Wykonywanie badań obrazowych do planowania leczenia napromienianiem,
 - Identyfikacja pacjentów przed każdym seansem napromieniania oraz zgłaszanie lekarzowi prowadzącemu wszelkich zmian w stanie zdrowia pacjenta i dokonywanie stosownych zapisów w dokumentacji leczenia napromienianiem.
 - Napromienianie pacjentów we współpracy z lekarzami prowadzącymi,
 - Sprawdzanie i weryfikacja poprawności odtwarzania pól napromieniania,
 - Wykonywanie badań EKG,
 - Przestrzeganie procedur, regulaminów i instrukcji obowiązujących w Zakładzie Radioterapii,
 - Archiwizacja zdjęć weryfikacyjnych oraz wszelkich innych materiałów związanych z leczeniem napromienianiem.
 - Prowadzenie w sposób właściwy i poprawny wpisów w dokumentacji medycznej,
 - Udział w szkoleniach podnoszących kwalifikacje oraz szkoleniach okresowych,
 - Współudział we wprowadzaniu nowych technik napromieniania.

§ 7

Do zadań pielęgniarki (pielęgniarek) Zakładu Radioterapii należy:

- Identyfikacja każdego pacjenta zgłaszającego się do leczenia napromienianiem
- Zebranie wywiadu oraz wykonanie wszelkich innych czynności określonych w dokumentacji pielęgniarskiej -karcie indywidualnej pielęgnacji chorego.
- Wykonywanie badań, zabiegów i innych czynności wynikających ze zleceń lekarskich lub innych instrukcji lub zaleceń (w szczególności odnotowanych w kartach informacyjnych leczenia szpitalnego).
- Realizowanie funkcji bezpośrednich na rzecz pacjentów Zakładu Radioterapii.
- Zgłaszanie lekarzowi prowadzącemu a w sytuacjach nagłych innym lekarzom wszelkich zmian w stanie pacjenta leczonego w Zakładzie Radioterapii.
- Współpraca z personelem Zakładu w zakresie opieki nad pacjentami, obiegiem dokumentacji oraz organizacją ruchu chorych.

§ 8

Do zadań sekretarek medycznych należy:

- Rejestracja chorych w wewnętrznym systemie komputerowym Zakładu Radioterapii,
- Wprowadzanie do systemu danych pacjentów, po zakończonym napromienianiu, potrzebnych do rozliczeń z NFZ,
- Prowadzenie informacji dla chorych,
- Sporządzanie i prowadzenie dokumentacji medycznej na potrzeby Zakładu Radioterapii,
- Zapewnienie obsługi administracyjno-biurowej Zakładu Radioterapii i Poradni Radioterapii.

§ 9

Szczegółowe zakresy obowiązków poszczególnych pracowników Zakładu określają zakresy obowiązków znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

§ 10

Zabezpieczenie ze strony lekarzy i fizyków obowiązuje w pełnym zakresie godzin pracy Zakładu Radioterapii.

§ 11

Praca w Zakładzie Radioterapii odbywa się w systemie zmianowym zgodnie z ustaleniami Regulaminu Pracy Pracowników Wojewódzkiego Szpitala w Tarnobrzegu.

§ 12

1. W skład Pracowni Fizyki Medycznej wchodzi następujące stanowiska pracy:

- Kierownik Pracowni,
- Fizycy medyczni.

2. Pracownią kieruje Kierownik Pracowni Fizyki Medycznej, który podlega bezpośrednio Kierownikowi Zakładu Radioterapii.
3. W czasie nieobecności Kierownika, Pracownią kieruje wyznaczony zastępca, przejmując na czas jego nieobecności obowiązki, prawa i odpowiedzialności.
4. W dni wolne od pracy za całość pracy odpowiada wyznaczony zastępca.
5. Zadania Pracowni Fizyki Medycznej:
 - Komputerowe planowanie leczenia radioterapią,
 - Wprowadzanie nowych technik napromieniania,
 - Wdrażanie i realizacja zadań z zakresu polityki jakości,
 - Współpraca z innymi ośrodkami leczenia onkologicznego.
6. Tryb pracy w Pracowni Fizyki Medycznej:
 - rozkład pracy wszystkich pracowników zakładu jest zgodny z harmonogramem pracy Pracowni Fizyki Medycznej oraz przepisami regulującymi czas pracy pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące.
7. W Pracowni przechowuje się:
 - Dokumentację zaakceptowanych planów leczenia Pacjentów,
 - Dokumenty pomiarów akceleratorów medycznych.

§ 13

Informację o planach leczenia, aktualnym stanie zdrowia pacjenta udziela na bieżąco Kierownik Zakładu Radioterapii, a podczas jego nieobecności upoważniony przez niego lekarz.

•

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Koordynatora Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego

§ 1

1. Do zadań Koordynatora Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego należy prowadzenie całokształtu działań związanych z organizacją leczenia i opieki nad pacjentem onkologicznym, a w szczególności:

1) W zakresie organizacji wewnątrz Szpitala:

- a) Nadzór nad prawidłowym funkcjonowaniem „szybkiej ścieżki onkologicznej”.
- b) Dbanie o kompletność dokumentacji związanej z kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjentów. Prowadzenie obowiązkowej dokumentacji, rejestru w zakresie danych statystycznych dotyczących pacjentów onkologicznych.
- c) Współpraca z personelem medycznym podmiotu leczniczego w zakresie leczenia w ramach DILO oraz personelem niemedycznym w ramach rozliczania tych świadczeń z NFZ.
- d) Organizowanie, zwoływanie i uczestniczenie w posiedzeniach wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego - konsylium lekarskiego.
- e) Organizowanie współpracy pomiędzy podmiotami leczniczymi/ośrodkami onkologicznymi, placówkami partnerskimi w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem.
- f) Bieżące informowanie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w zakresie realizacji pakietu onkologicznego, liczby pacjentów leczonych w ramach DILO, prac konsylium lekarskiego i innych niezbędnych informacji celem optymalizacji procesu leczenia i efektywności finansowej.

2) W zakresie koordynowania opieki nad pacjentem:

- a) Wspieranie pacjentów onkologicznych informacyjnie, organizacyjnie oraz

pomoc w procedurach administracyjnych.

- b) Współpraca z lekarzami oddziałów i poradni, w których przebywają lub zgłaszają się pacjenci z podejrzeniem lub potwierdzonym rozpoznaniem choroby nowotworowej, celem wprowadzenia niezbędnych informacji do systemu i założenia karty DILO.
- c) Umawianie pacjentów na badania i dostosowanie możliwości do indywidualnych potrzeb pacjenta.
- d) Powiadomienie pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych o terminie planowanego konsylium.
- e) Koordynowanie terminów wizyt zgodnie z obowiązującymi procedurami wewnątrz Szpitala oraz z zarządzeniami Prezesa NFZ i innymi aktami prawnymi.
- f) Nadzorowanie dokumentacji związanej z kartą DILO – sprawdzenie potwierdzeń wykonania świadczeń i zakończenia danego etapu leczenia.
- g) Koordynowanie realizacji planu leczenia pacjentów ustalonego przez konsylium.
- h) W przypadku ustaleń dalszego leczenia, kontynuacja współpracy z poradnią onkologiczną:
 - ustalenie terminu wizyty w poradni,
 - wyznaczenie terminów do radioterapii lub chemioterapii.
- i) Inne niezbędne, doraźne działania na rzecz pacjenta onkologicznego oraz jego rodziny.

§ 2

Koordinator Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego podlega bezpośrednio Kierownikowi Centrum Onkologicznego.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Bloku Operacyjnego

§ 1

1. W Bloku Operacyjnym wykonywane są operacje wymagające interwencji w zakresie chirurgii ogólnej i onkologicznej, ginekologii i położnictwa, ortopedii, otorynolaryngologii i chirurgii szczękowej, okulistyki oraz kardiologii.
2. Skład Bloku Operacyjnego obejmuje:
 - a) 4 sale operacyjne
 - b) sala wybudzeń – nadzór fachowy – Kierownik lub Z-ca Kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, lekarze Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz pielęgniarki anestezjologiczne
 - c) pomieszczenia pomocnicze.
3. Skład Bloku Operacyjnego II obejmuje:
 - a) 2 sale operacyjne
 - b) pomieszczenie pomocnicze
4. Kierownik Bloku Operacyjnego może zmienić przydział sal operacyjnych w zależności od potrzeb.
5. Dyrektor ma prawo wstrzymać i przesunąć planowane zabiegi operacyjne oraz dysponować wszystkimi salami.
6. Zabiegi operacyjne septyczne odbywać się będą na wyznaczonej sali operacyjnej i w ustalonej przez Kierownika Bloku Operacyjnego kolejności.
7. Zabiegi operacyjne planowe rozpoczynają się o godz. 7:30-8:00. Ostatni planowy zabieg winien się rozpocząć nie później niż o godz. 14:00.
8. Zabiegi operacyjne planowe wykonywane są w dniach roboczych od poniedziałku do piątku.

§ 2

1. Plany zabiegów operacyjnych są ustalane w Oddziałach i przekazywane w systemie elektronicznym w przeddzień planowanych operacji Kierownikowi Bloku Operacyjnego do godz. 13:00., następnie wydrukowane z systemu, po przydzieleniu sal operacyjnych, przekazane do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
2. Informacja dotycząca planowych zabiegów operacyjnych powinna zawierać:
 - datę zabiegu
 - rodzaj operacji w języku polskim
 - przewidywany czas trwania
 - przydział sali operacyjnej
 - kolejność zabiegów na danej sali operacyjnej.Informacje powyższe będą wywieszone na tablicy ogłoszeń.
3. Wszystkie zmiany w planie operacyjnym mogą nastąpić tylko za zgodą Kierownika Bloku Operacyjnego i Kierownika lub zastępcy Kierownika Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
4. Informacja o zmianach w planach zabiegów operacyjnych musi być niezwłocznie przekazana wszystkim zainteresowanym.

§ 3

1. W skład zespołu operacyjnego wchodzi:
 - zespół lekarzy operujących /minimum 2/ pod kierownictwem ustalonym przez Kierownika Oddziału lub Z-cę Kierownika Oddziału
 - zespół anestezjologiczny - lekarz i pielęgniarka O.A. i I.T.
 - zespół instrumentariuszek/instrumentariuszka czysta i pomagająca.
2. Lekarz kierujący zespołem lekarzy operujących powinien być specjalistą w danej dziedzinie.
3. W czasie trwania zabiegu operacyjnego powinien być stale do dyspozycji pracownik pomocniczy /salowa/.
4. W czasie trwania zabiegu operacyjnego personel znajdujący się w sali operacyjnej jest podporządkowany:
 - w sprawach dotyczących technicznego przeprowadzania zabiegu lekarzowi operującemu.

- w sprawach ogólnego postępowania i bezpieczeństwa życia i zdrowia operowanego - anestezjologowi.

§ 4

1. W dniu poprzedzającym planowy zabieg operacyjny lekarz 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 do chwili opuszczenia Bloku Operacyjnego.
3. Każdy pacjent przekazany do Bloku Operacyjnego powinien posiadać identyfikator z jego danymi /nazwisko, imię, datę urodzenia, oddział/. Wraz z pacjentem przekazywana jest obowiązująca dokumentacja.
4. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny /salę wybudzeń/, po wydaniu decyzji przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie go do Oddziału.
5. Pacjent opuszcza Blok Operacyjny pod opieką pielęgniarki z Oddziału.

§ 5

1. Pracownicy Bloku Operacyjnego ściśle przestrzegają szczegółowych standardów i procedur w zakresie sanitarno-epidemiologicznym m.in. poruszania się po Bloku Operacyjnym, ubrania, narzędzi, materiałów, obłożenia pola operacyjnego oraz innych działań zapobiegających zakażeniom szpitalnym i powikłaniom operacyjnym.
2. W pomieszczeniach traktu operacyjnego, a szczególnie na salach operacyjnych, w czasie trwania operacji obowiązuje zachowanie bezwzględnej ciszy.
3. Obowiązuje ścisły zakaz wstępu na blok osób postronnych /w tym rodzin i przedstawicieli ustawowych pacjentów/.

§ 6

1. Pobyt pacjenta na Bloku Operacyjnym i przebieg zabiegu są szczegółowo dokumentowane bezpośrednio po zakończeniu operacji.
2. Wpisy w Okołooperacyjnej Karcie Kontroli są dokonywane przez operatora w części dotyczącej zabiegu operacyjnego (przed nacięciem). Natomiast w pozostałej części

przez Koordynatora Okołooperacyjnej Karty Kontroli, którym jest lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie do zabiegu – zgodnie z zasadami określonymi w zakładowej procedurze „Okłooperacyjna Karta Kontroli”.

3. Lekarz anestezjolog prowadzący znieczulenie wypełnia „Kartę dokumentacji postępowania przeciwbólowego”.

§ 7

1. W razie zgonu pacjenta na stole operacyjnym, lekarz operujący powinien niezwłocznie powiadomić o tym zdarzeniu Dyrektora Szpitala/Kierownika Oddziału.
2. Personel Bloku Operacyjnego oraz zespołu operacyjnego jest obowiązany przestrzegać praw i obowiązków pacjenta, a szczególnie zachować w tajemnicy wszystko, o czym powyższe wiadomości w czasie wykonywania swoich obowiązków.

§ 8

W przypadku, gdy zabieg operacyjny nie może z uzasadnionych przyczyn odbyć się w zaplanowanym terminie, lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem jest obowiązany wyjaśnić pacjentowi lub przedstawicielowi ustawowemu przyczyny przesunięcia zabiegu i określić przewidywany termin zabiegu.

§ 9

1. Personel sal operacyjnych podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.
2. Blokiem Operacyjnym kieruje Kierownik podporządkowany bezpośrednio Z-cy Dyrektora d/s Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Apteki

§ 1

1. W skład Apteki wchodzi następujące komórki:
 - a) ekspedycja leków gotowych,
 - b) magazyn środków dezynfekcyjnych,
 - c) magazyn leków,
 - d) magazyn środków opatrunkowych,
 - e) pracownia leków cytostatycznych.
2. Do zadań Apteki należy w szczególności:
 - a) zaopatrywanie komórek organizacyjnych Szpitala w leki, materiały opatrunkowe i środki dezynfekcyjne,
 - b) utrzymanie i właściwe przechowywanie normatywnych zapasów leków i materiałów opatrunkowych
 - c) udzielanie lekarzom zatrudnionym w komórkach organizacyjnych Szpitala informacji o lekach będących w dyspozycji Apteki, w tym o lekach nowych wprowadzonych do obrotu,
 - d) nadzór nad gospodarką lekami w oddziałach szpitalnych i innych komórkach organizacyjnych Szpitala zaopatrywanych w leki, materiały opatrunkowe oraz środki dezynfekcyjne,
 - e) prowadzenie dokumentacji w szczególności zakupywanych, sporządzanych, wydawanych, wstrzymywanych i wycofywanych z obrotu produktów leczniczych lub wyrobów medycznych,
 - f) przygotowanie leków cytostatycznych dla pacjentów Centrum Onkologii.

§ 2

Apteką kieruje Kierownik Apteki Szpitalnej podporządkowany bezpośrednio Z-cy Dyrektora d/s Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Działu Higieny Szpitalnej

§ 1

1. Do zadań Działu Higieny Szpitalnej należy:

- przygotowanie i odpowiednie postępowanie z roztworami środków myjących i dezynfekcyjnych,
- utrzymanie czystości fizycznej i mikrobiologicznej powierzchni pomieszczeń wraz z wyposażeniem i sprzętem:
 - w obszarze medycznym (oddziały szpitalne, działy diagnostyczne i konsultacyjne),
 - w obszarze administracyjno – technicznym Szpitala (pomieszczenia administracji, hole, windy, klatki schodowe i in. ciągi komunikacyjne), szatnie dla personelu oraz inne podporządkowane pomieszczenia (z wyjątkiem komórek organizacyjnych posiadających własny personel sprzątający),
- transport posiłków z kuchni oraz ich dystrybucja w oddziałach,
- wykonywanie czynności pomocniczych w zakresie higieny i pomocy przy pielęgnacji pacjenta po uzgodnieniu z pielęgniarką dyżurną,
- udział w transportach wewnątrzszpitalnych oraz innych wynikających z bieżących potrzeb oddziału/działu,
- obsługa punktu pralniczego (odbiór, sortowanie, wydawanie oraz naprawa odzieży i bielizny szpitalnej),
- transport czystej i brudnej bielizny oraz odpadów szpitalnych.

2. Dział Higieny Szpitalnej współpracuje z komórką Stanowisko d/s Zakażeń Wewnątrzszpitalnych w celu organizowania kompleksowego procesu sprzątania na poziomie zapobiegającym szerzeniu się zakażeń wewnątrzszpitalnych.

§ 2

1. Działem kieruje Kierownik podlegający bezpośrednio Pielęgniarse Naczelnej Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.
2. Pracę ekipy sprzątarek w obszarze administracyjno – technicznym oraz pracę Zespołu Transportu Wewnętrznego koordynuje pracownik Punktu Pralniczego.
3. Nadzór epidemiologiczny sprawuje Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

4. Pracownicy Działu Higieny Szpitalnej są przydzielani na poszczególne dyżury w oddziałach/działach, gdzie świadczą pracę zgodnie ze specyfiką działalności, objętą harmonogramem danego oddziału/działu.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych

§ 1

1. W skład Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych wchodzi:
 - sekcja statystyki medycznej i rozliczania świadczeń z NFZ,
 - ruch chorych,
 - archiwum medyczne,
2. Do zadań Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych należy:
 - a) sporządzanie zestawień i opracowań statystycznych z zakresu działalności podstawowej Szpitala,
 - b) gromadzenie informacji dotyczących wykonania świadczeń medycznych w poszczególnych ośrodkach kosztów,
 - c) rozliczanie świadczeń medycznych i przekazywanie zestawień do Działu Finansowo-Księgowego,
 - d) prowadzenie rozliczeń wykonanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi umowami,
 - e) analizowanie danych statystycznych z zakresu stanu zdrowia pacjentów leczonych w szpitalu,
 - f) archiwizacja indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta,
 - g) prowadzenie korespondencji dotyczącej pobytu chorego w szpitalu (np. wykonywanie odpisów dokumentacji itp.),
 - h) sprawdzanie kompletności przekazanych historii chorób
 - i) obsługa programów komputerowych związanych z działalnością podstawową Szpitala,
 - j) nadzorowanie właściwej realizacji umów o wykonywanie świadczeń zdrowotnych zawartych z NFZ.

§ 2

Działem kieruje Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych

podporządkowany bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN **Stanowiska ds. Kontroli i Nadzoru Żywnienia**

§ 1

1. W skład Stanowiska ds. Kontroli i Nadzoru Żywnienia wchodzi dietetyczki pracujące w ramach Stanowiska ds. Kontroli i Nadzoru Żywnienia
2. Do zadań Stanowiska ds. Kontroli i Nadzoru Żywnienia należy :
 - a) planowanie i organizacja żywienia chorych przebywających w szpitalu zgodnie z obowiązującymi przepisami, zaleceniami lekarskimi oraz zasadami żywienia dietetycznego,
 - b) planowanie bieżącego i okresowego żywienia stanowiącego podstawę do opracowania preliminarza budżetowego w zakresie zaopatrzenia w środki spożywcze
 - c) przygotowywanie materiałów rozchodowych do magazynu spożywczego – zbiorcze stany chorych żywieniowych wg diet na poszczególne oddziały,
 - d) kontrola i nadzór wydawanych posiłków na poszczególne oddziały
 - e) okresowa kontrola kuchенок oddziałowych
 - f) edukacja żywieniowa w jednostkach chorobowych oraz kształtowanie prozdrowotnych zachowań wśród pacjentów.

§ 2

Stanowiskiem ds. Kontroli i Nadzoru Żywnienia kieruje Dietetyczka Koordynująca, podporządkowana bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w razie braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Stanowiska ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych

§ 1

1. Do zadań Stanowiska ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych należy:

- nadzór i koordynacja zadań związanych ze zwalczaniem zakażeń wewnątrzszpitalnych,
- koordynacja pracy Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
- opracowywanie i aktualizacja planów, kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w szpitalu – współpraca z Komitetem Terapeutycznym, Zespołem ds. Antybiotykoterapii
- prowadzenie kontroli wewnętrznej zapobiegającej szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, ocena wyników kontroli oraz przedstawienie wyników i wniosków kierownikowi szpitala, a w szczególności:
 - nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi
 - kontrola realizacji i skuteczności procedur kontroli zakażeń szpitalnych,
- organizowanie i prowadzenie systematycznej edukacji personelu medycznego z zakresu zakażeń szpitalnych oraz prowadzenie szkoleń wstępnych nowo przyjmowanych pracowników,
- konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną poprzez podejmowanie bezpośrednich czynności zapobiegających przenoszeniu się zakażeń z włączeniem dochodzeń epidemiologicznych,
- ocena ryzyka, monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych poprzez analizę występujących zakażeń szpitalnych,

- opracowywanie obowiązujących raportów o występowaniu zakażeń zakładowych i drobnoustrojów alarmowych dla Dyrektora Szpitala i Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego,
- zgłaszanie potwierdzonego epidemiologicznego wzrostu zakażeń szpitalnych właściwemu Państwowemu Inspektorowi Sanitarnemu,
- współpraca z komórkami organizacyjnymi odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia personelu (z Poradnią Medycyny Pracy i Inspektorem ds. BHP).
- współpraca z laboratorium mikrobiologicznym w zakresie monitorowania czynników alarmowych.

§ 2

Stanowisko ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych podporządkowane jest bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

RAMOWY REGULAMIN Zakładów Diagnostycznych

§ 1

1. W Szpitalu funkcjonują następujące zakłady diagnostyczne:
 - a) Zakład Diagnostyki Obrazowej w skład którego wchodzi:
 - pracownia radiologii ogólnej,
 - pracownia tomografii komputerowej,
 - pracownia mammografii,
 - pracownia densytometrii,
 - pracownia ultrasonografii,
 - pracownia rezonansu magnetycznego
 - b) Zakład Patomorfologii w skład którego wchodzi :
 - pracownia histopatologii i cytodiagnostyki,
 - prosektorium.
 - c) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej.
2. Zakłady Diagnostyczne wykonują zadania diagnostyczne na zlecenie właściwych komórek organizacyjnych Szpitala lub na zlecenia innych podmiotów posiadających zawartą ze Szpitalem umowę na wykonywanie badań.
3. Zakłady Diagnostyczne prowadzą ewidencję udzielonych świadczeń w rejestrach i sporządzają na ich podstawie sprawozdania do Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

§ 2

Zakładami Diagnostycznymi kierują Kierownicy podporządkowani bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Zakładu Diagnostyki Obrazowej (ZDO)

§ 1

Pracą Zakładu kieruje Kierownik, któremu podlega cały personel.

Podczas nieobecności Kierownika zakładem kieruje lekarz przez niego wyznaczony.

§ 2

Tryb pracy ZDO

Zakład Diagnostyki Obrazowej pracuje całodobowo w trzech trybach:

1. **Tryb podstawowy:** w dni robocze od 7:00 do 14:30
2. **Tryb „druga zmiana”:** w dni robocze wymienione w **ZDO/SOP/1/2024** od 14:30 do 19:45
3. **Tryb dyżurowy:**
 - a) w soboty,
 - b) w niedziele,
 - c) święta ustawowo wolne od pracy,
 - d) dni robocze w których obowiązuje tryb „druga zmiana” od 19:40 do 7:00
 - e) w pozostałe dni robocze od 14:35 do 7:00

Obsada trybu podstawowego dyżurowego „druga zmiana” w ZDO

Tryb podstawowy: stacjonarnie lekarze radiolodzy, technicy elektroradiologii, pielęgniarki, sekretarki medyczne

Tryb „druga zmiana”: stacjonarnie lekarz radiolog, technicy elektroradiologii, sekretarki medyczne

Tryb dyżurowy w dni robocze: stacjonarnie technik elektroradiologii

Tryb dyżurowy w soboty, niedziele i święta: dwóch techników elektroradiologii (stacjonarnie oraz dyżur pod telefonem)

Godziny wykonywania badań w pracowni ZDO

Pracownia Radiologii Ogólnej:

- a) badania planowe od godz. 7:15 do godz. 18:30 w dni robocze
- b) badania pilne całodobowo

Pracownia Tomografii Komputerowej

- a) badania planowe od godz. 7:15 do godz. 14:00 w dni robocze

- b) badania pilne całodobowo

Pracowni Mammografii

- a) badania planowe od godz. 7:15 do godz. 14:00 w dni robocze

Pracowni Rezonansu Magnetycznego

- a) badania planowe od godz. 7:15 do godz. 19:00 w dni robocze w których obowiązuje druga zmiana
- b) badania planowe od godz. 7:15 do godz. 14:00 w pozostałe dni robocze

Pracowni Ultrasonografii

- a) badania planowe od godz. 7:15 do godz. 14:00 w dni robocze
- b) badania pilne od godz. 7:15 do godz. 14:00 w dni robocze

§ 3

Zasady współpracy Zakładu Diagnostyki Obrazowej z SOR oraz Oddziałami Szpitalnymi określa Standardowa Procedura Operacyjna SOP-7240-01-2025_2.

§ 4

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Zakładzie określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Zakładu Patomorfologii

§ 1

Za pracę Zakładu Patomorfologii odpowiedzialny jest Kierownik, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności kierownika za pracę Zakładu odpowiedzialny jest koordynator zespołu techników.

§ 2

W skład Zakładu Patomorfologii wchodzi:

- Pracownia Histopatologii i Cytodiagnostyki
- Prosektorium

§ 3

Zadaniem statutowym Zakładu Patomorfologii jest:

- Wykonywanie pełnoprofilowych badań histologicznych i cytodiagnostycznych
- Wykonywanie autopsji

§ 4

Praca w Zakładzie Patomorfologii odbywa się w godzinach:

I zmiana 7:00 – 14:35

§ 5

Materiał do badania przyjmowany jest w Zakładzie codziennie za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w godzinach:

I zmiana 7:00 – 14:20

§ 6

Wyniki badań wydawane są codziennie za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w godzinach

I zmiana 7:00 – 14:35

§ 7

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Zakładzie określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej

§ 1

1. Struktura organizacyjna Zakładu:

- a) Punkt Pobrań,
- b) Punkt Pobrań dla osób z orzeczeniem o niepełnoprawności,
- c) Rozdział materiału,
- d) Pracownia Analityki Ogólnej,
- e) Pracownia Chemii Klinicznej,
- f) Pracownia Immunochemii,
- g) Pracownia Hematologii,
- h) Pracownia Koagulologii,
- i) Pracownia Bakteriologii.

2. Kierowanie Zakładem:

- a) Zakładem kieruje kierownik, któremu podlegają: kierownicy pracowni, asystenci, technicy laboratoryjni i pozostali pracownicy laboratorium.
- b) W czasie nieobecności kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej jego obowiązki pełni kierownik pracowni bakteriologii lub dyżurny – asystent.
- c) Codzienną pracę pracowni bakteriologii kieruje kierownik pracowni bakteriologii, pozostałymi pracowniami kieruje dyżurny asystent pod nadzorem kierownika.

3. Zadania Zakładu:

- a) badanie własności fizycznych i składu (chemicznego i morfotycznego) płynów ustrojowych, wydzielin i wydaliny w celu zapobiegania chorobom, rozpoznawania, kontroli leczenia,
- b) wykonywanie badań:
 - na rzecz pacjentów oddziałów Szpitala i przychodni specjalistycznych,
 - dla zleceniodawców zewnętrznych w ramach podpisanych umów,
 - dla pacjentów prywatnych, w dni robocze i soboty w godzinach otwarcia punktu pobrań,
- c) pośrednictwo w badaniach (przygotowanie transportu materiału biologicznego do badań nie wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej) do firmy zewnętrznej,
- d) udział w postępowaniu w celu wyłonienia poddostawców dla umożliwienia wykonania badań rzadkich, wysoce specjalistycznych,

- e) prowadzenie dokumentacji i statystyki medycznej wymaganej dla Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Szpitala,
- f) merytoryczna opieka wraz z zespołem ds. POCT nad analizatorami.

4. Tryb pracy w Zakładzie:

- a) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej pracuje w trybie całodobowym 24 godzin na dobę 7 dni w tygodniu,
- b) Rozkład pracy wszystkich pracowników jest dostosowany do zadań Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej,
- c) Badania w punktach pobrań pobierane są przez personel Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej: diagnostów lub techników,
- d) Punkty pobrań funkcjonują w określonych godzinach:
 - od poniedziałku do piątku od godz. 7.10 do 14.30
 - w soboty od 7.10 do 13.00.

Godziny pracy punktów pobrań mogą ulegać zmianie w zależności od zapotrzebowania.

- e) Tok pracy przy przyjmowaniu materiału do badań uwzględnia następujące zasady:
 - przyjmowanie całodobowo materiału biologicznego do badań rutynowych oraz wykonywanych w trybie pilnym (CITO),
 - przyjmowanie materiału biologicznego do badań podmiotów medycznych z którymi została podpisana umowa na wykonywanie badań,
- f) Warunkiem przyjęcia materiału biologicznego do badań jest jego prawidłowe pobranie, w odpowiedniej ilości, do odpowiedniej próbówki, pojemnika opisanego imieniem i nazwiskiem pacjenta, naklejką z kodem kreskowym. Wraz z próbówką powinno być dostarczone skierowanie wydrukowane z systemu szpitalnego opatrzone kodem kreskowym z tej samej rodziny kodów co próbówka. Do badań bakteriologicznych skierowanie jest bezwzględnie wymagane,
- g) Wyniki wykonanych badań są widoczne w systemie szpitalnym,
- h) Badania specjalistyczne są wykonywane przez podwykonawców, którzy są wyłanianiani w trakcie postępowania konkursowego prowadzonego zgodnie z aktualnymi przepisami,
- i) Wyniki badań płatnych wykonywane w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej wydawane są w godzinach pracy Punktu. Po godzinach pracy Punktu wyniki można odebrać w okienku Pracowni Rozdział Materiału. Pacjent odbiera wyniki po okazaniu dokumentu tożsamości, faktury lub przez osobę posiadającą upoważnienie.

5. Ruch chorych i obieg dokumentacji:

- a) Materiał biologiczny do badań przekazywany jest do Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej. W Pracowni Rozdziału Materiału następuje identyfikacja dostarczonego materiału pod względem tożsamości, doboru odpowiednich probówek zgodnie ze skierowaniem i kodem kreskowym,
- b) Po sprawdzeniu skierowania następuje przyjęciu materiału w systemie informatycznym,
- c) Wyniki otrzymanych badań autoryzowane są w systemie informatycznym,
- d) Wyniki badań są widoczne w systemie szpitalnym
- e) Wyniki badań zlecane przez kontrahentów odbierane są przez upoważnionych przedstawicieli lub odpowiednio zabezpieczone wysyłane są w formie elektronicznej,
- f) Kopie zamówień odczynników są przechowywane w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej,
- g) Raporty serwisowe aparatury medycznej które są dzierżawione przez Szpital przechowywane są w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej,

6. Współdziałanie z innymi komórkami:

- a) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej porozumiewa się z komórkami o charakterze medycznym w sprawie procesu diagnostycznego pacjenta, a w szczególności problemów dotyczących fazy przedanalizycznej związanej z przygotowaniem pacjenta i fazy poanalizycznej związanej z właściwą interpretacją uzyskanych wyników badań,
- b) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej porozumiewa się z komórkami o charakterze medycznym i wspólnie opracowuje propozycje ciągłego uaktualniania zakresu badań laboratoryjnych,
- c) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej wstępnie opracowuje i zabezpiecza materiał biologiczny przeznaczony do wykonania badania u podwykonawców,
- d) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Szpitala odpowiada za zakres badań i postępowania konkursowe badań wykonywanych na zewnątrz. Panel badań wykonywanych na zewnątrz jest dostosowany do potrzeb oddziałów i poradni Szpitala. Działania te realizowane są w ścisłej współpracy z Działem Organizacyjnym.

§ 2

Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej kieruje Kierownik, który podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Zakładu Rehabilitacji i Fizykoterapii

§ 1

1. W skład Zakładu Rehabilitacji i Fizykoterapii wchodzi:
 - a) gabinet kinezyterapii,
 - b) gabinet fizykoterapii,
 - c) gabinet masażu leczniczego,
2. Do zadań personelu Zakładu Rehabilitacji i Fizykoterapii należy w szczególności:
 - a) leczenie najnowocześniejszymi metodami terapii fizykajnej i kinezyterapii i masażu
 - b) przeprowadzanie wizyt fizjoterapeutycznych oraz wykonanie zabiegów pacjentom przebywającym na leczeniu szpitalnym, na podstawie skierowań lekarskich z poszczególnych oddziałów
 - c) przeprowadzanie wizyt fizjoterapeutycznych oraz wykonywanie zabiegów pacjentom ambulatoryjnym na podstawie e-skierowań lekarskich zapewniających refundację kosztów leczenia, zgodnie z kolejką oczekujących
 - d) potwierdzanie wykonania zabiegów pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych w systemie AMMS
 - e) kontrolowanie skuteczności stosowanych zabiegów i dzielenie się swymi spostrzeżeniami z kierującymi lekarzami,
 - f) sporządzanie miesięcznych raportów z wykonanych zabiegów ambulatoryjnych i szpitalnych
 - g) prowadzenie rejestracji pacjentów ambulatoryjnych w formie elektronicznej na podstawie e-skierowania oraz informowanie ich o zasadach zmiany terminu zabiegów lub skreślenia z listy oczekujących
 - h) rozliczanie z NFZ zabiegów dla pacjentów w warunkach ambulatoryjnych
3. Czas pracy w Zakładzie Rehabilitacji i Fizykoterapii:

Poniedziałek, środa, piątek 7:00-14:35

Wtorek, czwartek 7:00-18:00

§ 2

Zakładem Rehabilitacji i Fizykoterapii kieruje Kierownik podporządkowany bezpośrednio Z-cy Dyrektora d/s Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

RAMOWY REGULAMIN Pracowni Diagnostycznych

§ 1

1. W Szpitalu funkcjonują następujące pracownie diagnostyczne:
 - 1) Pracownia Diagnostyki Endoskopowej funkcjonująca przy Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii.
 - 2) Pracownia Elektrokardiografii funkcjonująca przy Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii.
 - 3) Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej. W ramach Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej funkcjonuje stanowisko lekarza transfuzjologa, którego zadania określone są zarządzeniem Dyrektora Szpitala.
 - 4) Pracownia Echokardiografii i Diagnostyki Elektrokardiograficznej funkcjonująca przy Oddziale Kardiologicznym z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym.
 - 5) Pracownia Elektrofizjologii funkcjonująca przy Oddziale Kardiologicznym z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym.
 - 6) Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów- Defibrylatorów.
2. Pracownie Diagnostyczne wykonują zadania na zlecenie właściwych komórek organizacyjnych Szpitala lub na zlecenia innych podmiotów posiadających zawartą ze Szpitalem umowę na wykonywanie badań.
3. Pracownie Diagnostyczne prowadzą ewidencję udzielonych świadczeń w rejestrach i sporządzają na ich podstawie sprawozdania do Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

§ 2

Pracowniami Diagnostycznymi kierują Kierownicy.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Pracowni Elektrokardiografii
przy Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii

§ 1

Za pracę w Pracowni Elektrokardiografii odpowiedzialny jest Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności kierownika za pracę w pracowni odpowiada lekarz przez niego wyznaczony

§ 2

1. Pracownia Elektrokardiografii czynna jest w dni powszednie w godzinach 7.00 – 14.35.
2. Rejestracja odbywa się w godzinach pracy pracowni.
3. Wydawanie wyników odbywa się w godzinach 7.00 – 14.30.

§ 3

W pracowni wykonywane są następujące badania:

- EKG,
- Spirometria.

§ 4

1. Badania wymienione w § 3 wykonywane są głównie dla pacjentów oddziału chorób wewnętrznych zgodnie ze zleceniem lekarskim w godzinach 7.00 – 14.00.
2. Badania EKG i holter wykonywane są również dla innych oddziałów tj. dla oddziału otorynolaryngologii w godzinach 9.30 – 10.30 i oddziału reumatologii w godzinach 13.00 – 14.00.
3. Badania EKG wykonywane są dla pacjentów Poradni Medycyny Pracy.

§ 5

Dezynfekcja sprzętu odbywa się zgodnie z zaleceniami inspekcji sanitarnej i jest na bieżąco kontrolowany.

§ 6

Pracownia Elektrokardiografii prowadzi ewidencję wykonanych badań w odpowiednich rejestrach i sporządza sprawozdania do Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

§ 7

1. W Pracowni Elektrokardiografii funkcjonuje stanowisko pielęgniarki.
2. Szczegółowy zakres obowiązków na powyższym stanowisku określa zakres czynności znajdujący się w aktach osobowych pracownika.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Pracowni Diagnostyki Endoskopowej
przy Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii

§ 1

1. Pracownia Diagnostyki Endoskopowej podlega bezpośrednio pod Oddział Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii.
2. Za pracę w Pracowni Diagnostyki Endoskopowej odpowiedzialny jest Kierownik pracowni.
3. Podczas nieobecności Kierownika Pracowni Diagnostyki Endoskopowej za pracę w Pracowni odpowiedzialna jest osoba przez niego upoważniona.

§ 2

W pracowni wykonywane są następujące procedury:

- Gastroskopia (gastroskopia + test urazowy, gastroskopia + wycinki histopatologiczne)
- Fiberosigmoidoskopia (fiberosigmoidoskopia + wycinki histopatologiczne)
- Kolonoskopia (kolonoskopia + wycinki histopatologiczne)
- Zabiegi endoskopowej polipektomii
- Zabiegi tamowania krwawień z przewodu pokarmowego
- Rektoskopia (rektoskopia + wycinki histopatologiczne)

§ 3

Procedury diagnostyczno-lecznicze wykonywane są dla pacjentów z oddziałów szpitalnych oraz pacjentów ambulatoryjnych zgodnie z zawartymi umowami i na życzenie.

§ 4

Dezynfekcja sprzętu odbywa się zgodnie z zaleceniami inspekcji sanitarnej i jest na bieżąco kontrolowana.

§ 5

Rejestracja odbywa się codziennie od poniedziałku do piątku (za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy) w godzinach:

telefonicznie 7:00–14:30

osobiście 11:30–14:00

§ 6

Wyniki wydawane są codziennie od poniedziałku do piątku (za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy) w godzinach od 12:00-14:00.

§ 7

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Pracowni określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Pracowni Echokardiografii
i Diagnostyki Elektrokardiograficznej
przy Oddziale Kardiologicznym z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym

§ 1

1. Pracownia Echokardiografii i Diagnostyki Elektrokardiograficznej podlega bezpośrednio pod Oddział Kardiologiczny z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym.
2. Za pracę w Pracowni Echokardiografii i Diagnostyki Elektrokardiograficznej odpowiedzialny jest Kierownik Pracowni podporządkowany bezpośrednio Kierownikowi Oddziału Kardiologicznego z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym.
3. Podczas nieobecności Kierownika za pracę w Pracowni odpowiada osoba przez niego upoważniona.

§ 2

1. W oparciu o Pracownię Echokardiografii i Diagnostyki Elektrokardiograficznej prowadzone są badania diagnostyczne dla pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych.
2. Pracownia czynna jest w dni powszednie w godzinach 7:00-14:35.
3. Badania wykonywane są w następujących godzinach:
 - Godzina 07:00 – 14:35 – Holter, próba wysiłkowa, EKG;
 - Godzina 08:00 – 14:00 – USK.
4. Rejestracja odbywa się w godzinach pracy pracowni.
5. Wydawanie wyników odbywa się w godzinach pracy pracowni.

§ 3

1. Pracownia pracuje w systemie jednozmianowym.
2. Poza godzinami pracy pracowni, dostęp do Pracowni posiada lekarz dyżurny Oddziału Kardiologii z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym.

§ 4

Dezynfekcja sprzętu odbywa się zgodnie z zaleceniami inspekcji sanitarnej i jest na bieżąco kontrolowany.

§ 5

Pracownia prowadzi ewidencję wykonanych badań w odpowiednich rejestrach i sporządza sprawozdania do Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Pracowni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Defibrylatorów
przy Oddziale Kardiologicznym z Intensywnym Nadzorem
Kardiologicznym

§ 1

1. Pracą Pracowni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów–Defibrylatorów kieruje Kierownik Oddziału Kardiologicznego z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, któremu podlega cały personel Pracowni.
2. Podczas nieobecności Kierownika pracownią kieruje osoba przez niego upoważniona.

§ 2

1. Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Defibrylatorów czynna jest w dni powszednie w godzinach 7:00-14:35
2. Rejestracja odbywa się w godzinach pracy pracowni.
3. Wydawanie wyników odbywa się w godzinach pracy pracowni.

§ 3

Działalność Pracowni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Defibrylatorów obejmuje w szczególności kontrolę pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych z wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca.

§ 4

1. Pracownia pracuje w systemie jednozmianowym.
2. Poza godzinami pracy pracowni, dostęp do Pracowni posiada lekarz dyżurny Oddziału Kardiologicznego z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym.

§ 5

Dezynfekcja sprzętu odbywa się zgodnie z zaleceniami inspekcji sanitarnej i jest na bieżąco kontrolowana.

§ 6

Pracownia Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów – Defibrylatorów prowadzi ewidencję wykonanych badań w odpowiednich rejestrach i sporządza sprawozdania do Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Pracowni Elektrofizjologii
przy Oddziale Kardiologicznym z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym

§ 1

Za prawidłowe funkcjonowanie pracowni odpowiedzialny jest Kierownik Oddziału Kardiologicznego z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym, a w razie jego nieobecności wyznaczony pracownik.

§ 2

Pracownia Elektrofizjologii czynna jest w następujących godzinach:

- poniedziałek 11:00-15:00,
- wtorek 11:00-15:00,
- środa 11:00-13:30,
- czwartek 11:00-16:30,
- piątek 12:00-20:00,
- sobota 8:00-14:00.

§ 3

W pracowni wykonywane są następujące procedury:

- implantacja i reimplantacja układów stymulujących serce,
- implantacja i reimplantacja układów ICD

§ 4

Zabiegi wykonywane są dla pacjentów Oddziału Kardiologicznego z Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym w godzinach pracy pracowni, w przypadkach nagłych również poza godzinami pracy pracowni.

§ 5

Dezynfekcja sprzętu odbywa się zgodnie z zaleceniami inspekcji sanitarnej i jest na bieżąco kontrolowana.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej

§1

1. Za prawidłowe funkcjonowanie pracowni odpowiedzialny jest Kierownik podporządkowany bezpośrednio Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.
2. Kierownikowi Pracowni podlega cały personel Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej.
3. Podczas nieobecności Kierownika Immunologii Transfuzjologicznej za pracę Pracowni odpowiedzialny jest wyznaczony przez niego pracownik.

§2

Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej zabezpiecza wykonywanie badań dla potrzeb oddziałów szpitala przez całą dobę.

§3

Pracownia funkcjonuje od poniedziałku do piątku w systemie zmianowym:

- I zmiana: od 7⁰⁰ do 14³⁵;
- Zmiana dzienna: od 11⁰⁰ do 19⁰⁰;
- Zmiana nocna: od 19⁰⁰ do 7⁰⁰.

Natomiast w soboty, niedziele i święta w systemie 12-godzinnym:

- Zmiana dzienna: od 7⁰⁰ do 19⁰⁰;
- Zmiana nocna: od 19⁰⁰ do 7⁰⁰.

Badania serologiczne z oddziałów szpitalnych przyjmowane są całą dobę, natomiast pacjenci ambulatoryjni przyjmowani są w dni robocze od 7³⁰ do 13⁰⁰. Wyniki badań wydawane są bez ograniczeń czasowych.

§4

Przed przystąpieniem do pracy obowiązuje założenie odzieży roboczej, a podczas pracy zabezpieczenie w rękawiczki ochronne.

§5

Osoby zatrudnione w pracowni posiadają obowiązujące uprawnienia do wykonywania badań z zakresu serologii transfuzjologicznej wydane przez Dyrektora RCKiK w Rzeszowie.

Obowiązki pracownika:

- Kontrola temperatur w lodówkach, zamrażarkach i w pomieszczeniach.

- Przygotowanie zestawów wzorcowych do badań.
- Wykonywanie dziennej kontroli odczynników i krwinek wzorcowych oraz sporządzanie protokołów bieżącej kontroli czułości i swoistości testu antyglobulinowego.
- Przyjmowanie próbek krwi wraz ze zleceniem.
- Przygotowanie próbek do badań.
- Wykonywanie zleconych badań zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- Dokumentowanie i archiwizowanie wyników badań.
- Przesyłanie próbek do badań weryfikacyjnych do Pracowni Konsultacyjnej RCKiK w Rzeszowie.
- Wydawanie wyników badań

§6

Od poniedziałku do piątku do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej, przypisany jest Pracownik Działu Higieny Szpitala. Do jego obowiązków należy utrzymanie w czystości wszystkich pomieszczeń oraz odbiór odpadów komunalnych i odpadów skażonych.

§7

Zakres badań wykonywanych w pracowni:

- Określenie grupy krwi układu AB0 i antygeny D z układu Rh.
- Przeglądowe badanie na obecność przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych w pośrednim teście antyglobulinowym.
- Bezpośredni test antyglobulinowy.
- Próba zgodności serologicznej.
- Diagnostyka konfliktu serologicznego płodowo-matczynego.

§8

W Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej od 02.2017 r. funkcjonuje Bank Krwi.

Do zadań Banku Krwi należy:

- Składanie zamówień na krew i jej składniki w RCKiK w Rzeszowie.
- Odbiór otrzymanej krwi i jej składników.
- Przechowywanie krwi i jej składników.
- Wydawanie krwi i jej składników na oddziały szpitalne.
- Prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów krwi i jej składników.
- Kontrola temperatur urządzeń.
- Prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników.

§9

W pracowni obowiązuje prowadzenie bieżącej ewidencji świadczeń w odpowiednich rejestrach.

§10

Pracownik powinien dokumentować przebieg pracy podczas dyżuru w Zeszytach Raportów. Dokumentacja powinna zawierać:

- Godzinę przyjęcia próbki do badań.
- Godzinę wykonania badania.
- Problemy występujące w przebiegu pracy (np. telefony dotyczące badań w trybie pilnym).
- W przypadku napotkania problemów podczas badania konsultuje się z Pracownią Konsultacyjną RCKiK w Rzeszowie.

Raporty są codziennie analizowane przez Kierownika Pracowni. Nadzór merytoryczny sprawuje Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie.

§11

Sprawozdania z wykonywanych procedur medycznych wykazywane są do Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych.

§12

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Pracowni określają zakresy czynności, które znajdują się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Centralnej Sterylizatorni

§ 1

1. Struktura Centralne Sterylizatorni:

- 1) Centralna Sterylizatornia wyposażona jest w urządzenia od dezynfekcji i wyłławianiu sprzętu, aparatury medycznej, narzędzi chirurgicznych, materiałów opatrunkowych i innych przedmiotów wymagających dezynfekcji i sterylizacji.
- 2) Wyodrębnione są trzy strefy technologiczne:
 1. Strefa brudna – gdzie odbywa się proces mycia i dezynfekcji. W skład tej strefy wchodzi przelotowe myjnie-dezynfektory, myjnia ultradźwiękowa, stanowisko do manualnego mycia i dezynfekcji narzędzi oraz do manualnej dekontaminacji pojemników do transportu.
 2. Strefa czysta – gdzie odbywa się proces rozładunku myjni-dezynfektorów, kontroli, kompletowania zestawów narzędzi, pakietowania w zestawy, znakowanie oraz załadunek sterylizatorów parowych i sterylizatora niskotemperaturowego, monitorowanie procesu sterylizacji i dokumentowanie działań.
 3. Strefa sterylna – gdzie odbywa się zwalnianie wsadów, rozładunek sterylizatorów, segregowanie materiału medycznego na poszczególne oddziały i Blok Operacyjny.
- 3) Pomieszczenie Ekspedycji – gdzie wydawane są sterylne pakiety na oddziały oraz windą czystą na Blok Operacyjny.
- 4) Pomieszczenia administracyjno-gospodarcze, w tym pomieszczenia socjalne, szatnia z węzłem sanitarnym oraz pomieszczenie porządkowe.

2. Zadania:

- 1) Centralna Sterylizatornia jest wydzieloną jednostką Szpitala. Lokalizacja działu na parterze w pawilonie E umożliwia łatwy dostęp ze wszystkich jednostek

organizacyjnych Szpitala i usługodawców zewnętrznych.

- 2) Świadczenie usług odbywa się w dni robocze oraz w dni świąteczne od godz. 7.00 do 19.00.
- 3) Mycie i dezynfekcja właściwa materiału sterylizacyjnego dla Bloku Operacyjnego.
- 4) Kompletowanie instrumentarium chirurgicznego do zestawów operacyjnych
- 5) Przyjmowanie po wstępnej dezynfekcji narzędzi z oddziałów, poradni i pracowni Szpitala.
- 6) Kontrola ilości i jakości narzędzi.
- 7) Przygotowanie narzędzi i materiału medycznego do sterylizacji.
- 8) Wykonanie sterylizacji metodą para wodna pod ciśnieniem w temperaturze 121°C lub 134°C lub w temperaturze niskotemperaturowej (nadtlenek wodoru- plazma).
- 9) Kwalifikowanie wyrobu medycznego do procesów dezynfekcji i sterylizacji, poddanie go procesowi sterylizacji.
- 10) Pakietowanie w opakowania sterylizacyjne i oznakowanie pakietów zgodnie z obowiązującą procedurą.
- 11) Sprawdzenie dostępnymi testami funkcjonalności urządzeń do sterylizacji i dezynfekcji.
- 12) Przygotowanie wsadu do sterylizatora, nadzorowanie za pomocą testów chemicznych, biologicznych i fizycznych. Udokumentowanie całego procesu.
- 13) Zwalnianie wsadu sterylizatora, segregowanie na oddziały i Blok Operacyjny. Wydawanie bezpiecznego, sterylnego materiału .
- 14) Utrzymanie stanowiska pracy w należyтым porządku i czystości.
- 15) Prowadzenie dokumentacji mycia i dezynfekcji oraz sterylizacji.

§ 2

1. Centralną Sterylizatornią kieruje Kierownik, któremu podlegają wszyscy pracownicy zatrudnieni w Centralnej Sterylizatorni.
2. Kierownik Centralnej Sterylizatorni jest bezpośrednio podporządkowany Naczelnej Pielęgniarsce Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Działu Konsultacyjno-Leczniczego

§ 1

1. W skład Działu Konsultacyjno-Leczniczego wchodzi następujące komórki organizacyjne:
 - 1) Poradnia Medycyny Paliatywnej,
 - 2) Poradnia Kardiologiczna,
 - 3) Poradnia Otolaryngologiczna z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 4) Poradnia dla Kobiet z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 5) Poradnia Logopedyczna,
 - 6) Poradnia Chirurgii Dziecięcej z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 7) Poradnia Ortopedyczna z gabinetem diagnostyczno - zabiegowym,
 - 8) Poradnia Chirurgii Ogólnej z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 9) Poradnia Gastroenterologiczna z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 10) Poradnia Urologiczna z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 11) Poradnia Okulistyczna z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 12) Poradnia Reumatologiczna z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 13) Poradnia Chirurgii Twarzowo - Szczękowej z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 14) Poradnia Chirurgii Onkologicznej z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym
 - 15) Poradnia Chorób Wewnętrznych,
 - 16) Poradnia Anestezjologiczna,
 - 17) Poradnia Endokrynologiczna z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym,
 - 18) Poradnia Leczenia Bólu,
 - 19) Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
 - 20) Poradnia Medycyny Pracy dla:
 - pracowników Szpitala wraz z punktem szczepień.
2. Do obowiązków Działu Konsultacyjno-Leczniczego należy w szczególności:

- a) udzielanie świadczeń specjalistycznych w ściśle określonych specjalnościach
 - b) udzielanie świadczeń zapobiegawczo - leczniczych i konsultacyjnych pacjentom hospitalizowanym,
 - c) udzielanie świadczeń zabiegowo-leczniczych, profilaktycznych i konsultacyjnych pacjentom ambulatoryjnym z zewnątrz zgodnie z wymogami określonymi w umowach zawartych w Szpitalu,
 - d) udzielanie świadczeń pracownikom Szpitala (dotyczy Poradni Medycyny Pracy).
3. Nadzór nad pracą lekarzy w poradniach Działu Konsultacyjno-Leczniczego pełnią Kierownicy Oddziałów/Lekarze Kierujący Oddziałami w poszczególnych specjalnościach, bądź specjaliści w danej dziedzinie, jeżeli nie ma w Szpitalu oddziału danej specjalności.
4. Szczegółowe zadania poradni Działu Konsultacyjno-Leczniczego, obsadę lekarską oraz zasady funkcjonowania ustala w porozumieniu z Kierownikiem danego Oddziału/Lekarzem Kierującym danym Oddziałem, kierująca Działem Konsultacyjno - Lecznicznym Pielęgniarka Koordynująca.
5. Poradnią Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej kieruje Kierownik Poradni, któremu podlega cały personel Poradni.
6. Ogólne informacje:
- a) Rejestracja do wszystkich poradni odbywa się na zapisy,
 - b) Rejestracja pacjentów odbywa się:
 - na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego,
 - za pośrednictwem osoby trzeciej,
 - za pomocą portalu PSIM w ramach usługi e-rejestracja,
 - c) Rejestracja do poszczególnych Poradni specjalistycznych odbywa się zgodnie z harmonogramem wywieszonym na poszczególnych rejestracjach,
 - d) rejestracja do Poradni dla Kobiet odbywa się w gabinecie w godzinach pracy Poradni,
 - e) Rejestracja do Poradni Logopedycznej odbywa się w gabinecie w godzinach pracy Poradni,
 - f) Pacjentom po odbytej hospitalizacji Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu sam wyznacza terminy wizyt i na nie zapisuje,

- g) Godziny pracy Poradni specjalistycznych obowiązują wg harmonogramu, załączonego w umowie z NFZ.
7. Dodatkowo w rejestracji prowadzona jest obsługa kasowa.
 8. Wyniki badań diagnostycznych z poszczególnych poradni odbierane są z Pracowni Diagnostyki Endoskopowej (za wyjątkiem badań histopatologicznych – obowiązuje odrębna procedura), z Zakładu Diagnostyki Obrazowej, wtedy gdy nie działa system informatyczny i załączane do historii zdrowia i choroby.
 9. Współpraca z jednostkami pionu administracyjno – gospodarczego odbywa się zgodnie z obowiązującymi procedurami zakładu.

§ 2

Nadzór nad całym Działem Konsultacyjno-Lecznicznym pełni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektor Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej

§1

1. Pracą Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej kieruje Kierownik Poradni, któremu podlega cały personel poradni.
2. Podczas nieobecności Kierownika Poradni, poradnią kieruje osoba wyznaczona.
3. Kierownik Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej podlega Z – cy Dyrektora ds. Lecznictwa, a w przypadku braku takiego stanowiska Dyrektorowi Szpitala.

§2

W skład Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej wchodzi:

1. gabinety lekarskie
2. rejestracja pacjentów
3. gabinet zabiegowy
4. zaplecze kuchenne
5. pomieszczenie socjalne, gospodarcze i sanitarne

§3

Zakres świadczeń:

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna udzielana jest zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

1. Świadczenia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych obejmują:
 - poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem;
 - poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych telefonicznie;
 - świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z w/w poradą lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych
 - świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (lekarza rodzinnego – POZ), wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
2. Świadczenia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej udzielanej w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta obejmują:
 - poradę lekarską udzielaną w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy;

- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z w/w poradą
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, w tym świadczenia zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji.

§4

Organizacja udzielania świadczeń:

1. Świadczenia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej są realizowane przez lekarzy i pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego oraz całodobowo w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy.
2. W przypadku stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę świadczeniobiorcy do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego lub przekazania pacjenta pod opiekę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć.
3. Rejestracja do Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej odbywa się na bieżąco:
 - a) na podstawie zgłoszenia osobistego;
 - b) telefonicznie – teleporada;
 - c) za pośrednictwem osób trzecich.
4. Wszystkie rozmowy w Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej są nagrywane i archiwizowane.
5. Dodatkowo w rejestracji prowadzona jest obsługa kasowa, dla pacjentów nieubezpieczonych oraz korzystających ze świadczeń wynikających z ciągłości leczenia ze skierowaniami z gabinetów prywatnych.

§5

Prace porządkowe w poradni wykonuje personel Działu Higieny Szpitalnej.

§6

Dla zapewnienia sprawnego procesu leczniczego Poradnia współpracuje ze wszystkimi komórkami Szpitala zgodnie z obowiązującymi procedurami zakładu.

§7

Szczegółowy zakres obowiązków na stanowiskach w Poradni określają zakresy czynności znajdujące się w aktach osobowych poszczególnych pracowników.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Działu Finansowo-Księgowego

§ 1

1. Do zadań Działu Finansowo-Księgowego należy w szczególności:

- a) prowadzenie rachunkowości Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami, w tym:
 - przyjmowanie, sporządzanie, obieg i archiwizacja dokumentacji księgowej,
 - dokumentacja mienia będącego w posiadaniu Szpitala i rozliczanie osób materialnie odpowiedzialnych,
 - prawidłowe rozliczanie kosztów rodzajowych między ośrodki kosztów,
 - terminowe przekazywanie informacji finansowo-ekonomicznych wymaganych przepisami oraz wytycznymi organu nadzorującego
- b) prowadzenie gospodarki finansowej zakładu zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym:
 - racjonalne wykorzystywanie środków pieniężnych będących w dyspozycji jednostki
 - zapewnienie pod względem finansowym prawidłowości umów zawieranych z kontrahentami jednostki
 - sporządzanie rocznego planu finansowego
 - monitorowanie realizacji tego planu
 - zapewnienie terminowego ściągania należności Szpitala i podejmowanie kroków celem egzekwowania należnych środków
 - terminowe i prawidłowe rozliczanie otrzymanych dotacji oraz środków pozyskanych z Unii Europejskiej.
- c) sporządzanie sprawozdań finansowych Szpitala i ich analiza,
- d) prowadzenie dokumentacji dla potrzeb podatku od towarów i usług, zgodnie

z obowiązującymi przepisami, w tym:

- wystawianie faktur VAT na podstawie otrzymanych zleceń
- prowadzenie rejestru sprzedaży
- sporządzanie miesięcznych deklaracji VAT,

e) obsługa kasowa Szpitala

f) opracowywanie projektów przepisów wewnętrznych dotyczących prowadzenia rachunkowości, zakładowego planu kont, obiegu dokumentów księgowych, zasad przeprowadzania inwentaryzacji,

g) nadzorowanie całokształtu prac z zakresu rachunkowości, wykonanych przez inne komórki organizacyjne Szpitala

§ 2

Działem Finansowo-Księgowym kieruje Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych/
Główny Księgowy podległy bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Działu Zaopatrzenia i Magazynów

§ 1

Pracą Działu Zaopatrzenia kieruje kierownik, który koordynuje pracę załogi oraz odpowiada za całokształt spraw związanych z zaopatrzeniem Szpitala.

Podczas nieobecności kierownika Działem kieruje osoba przez niego wyznaczona.

§ 2

Do zadań Działu Zaopatrzenia i Magazynów należą:

1. Prowadzenie dokumentacji Działu zgodnie z zarządzeniami Dyrektora,
2. Prowadzenie rejestru zamówień i pism wychodzących z Działu,
3. Realizowanie zapotrzebowań materiałowych składanych przez poszczególne komórki organizacyjne oraz czuwanie nad prawidłowym przebiegiem tego procesu,
4. Dokonywanie analizy rynku dostawców w przedmiocie zamówienia,
5. Zakup sprzętu medycznego, gospodarczego i technicznego zgodnie z obowiązującym regulaminem udzielania zamówień publicznych,
6. Prowadzenie magazynów:
 - materiałów medycznych I
 - materiałów medycznych II
 - materiałów wszczepialnych
 - materiałów biurowych
 - materiałów technicznych
 - materiałów gospodarczych
 - środków czystości
 - środków dezynfekcyjnych
 - środków trwałych i wyposażenia
 - odczynników
 - materiałów różnych z darowizn
7. Obsługa apteczek depozytowych:
 - apteczka depozytowa – okulistyka
 - apteczka depozytowa – ortopedia

- apteczka depozytowa – kardiologia
 - apteczka depozytowa – laryngologia
8. Sprawdzanie zgodności przyjmowania towarów pod względem ilościowym, jakościowym i asortymentowym,
 9. Dysponowanie zapasami materiałowymi znajdującymi się w magazynach,
 10. Sporządzanie i prowadzenie dokumentacji magazynowej zgodnie z instrukcją magazynową i zarządzeniami wewnętrznymi oraz terminowe przekazywanie jej do działu księgowości,
 11. Kontrola merytoryczna faktur dokumentujących zrealizowane zakupy.
 12. Kontrolowanie wartości umów i czasu obowiązywania umów oraz terminowe raportowanie ich realizacji,
 13. Przygotowanie dokumentacji przetargowej: opis przedmiotu zamówienia, ustalenie ilości oraz dokonanie szacunku wartości zamówienia.
 14. Uczestnictwo w Komisji Przetargowej, dokonywanie oceny ofert.

§ 3

Kierownik Działu Zaopatrzenia i Magazynów podporządkowany jest bezpośrednio Z-cy Dyrektora d/s Ekonomiczno-Finansowych/Głównemu Księgowemu, a w przypadku braku takiego stanowiska – Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Sekcji Zamówień Publicznych

§ 1

1. Do zadań Sekcji Zamówień Publicznych należy:

- przedstawianie propozycji wyboru trybu, w jakim ma być udzielone zamówienie wraz z uzasadnieniem,
- proponowanie członków do Komisji Przetargowych,
- przygotowywanie w porozumieniu z zainteresowanymi komórkami projektu specyfikacji istotnych warunków zamówienia publicznego lub innej dokumentacji przetargowej,
- dokonywanie ogłoszeń właściwych dla danego trybu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,
- przyjmowanie od komórek organizacyjnych wniosków o udzielenie zamówienia publicznego, wraz z załącznikami niezbędnymi do ustalenia wartości zamówienia,
- uzyskiwanie dla tych wniosków niezbędnych akceptacji,
- udzielanie wyjaśnień dotyczących treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia publicznego,
- otwarcie, badanie i ocena ofert przy udziale Komisji Przetargowej,
- przygotowanie propozycji wyboru oferty najkorzystniejszej wraz z uzasadnieniem i przekazanie jej do zatwierdzenia Dyrektorowi,
- przygotowanie informacji o wynikach postępowania, oraz powiadomienie wykonawców o wyniku postępowania,
- wydawanie specyfikacji istotnych warunków zamówienia lub innej dokumentacji przetargowej,
- przyjmowanie zapytań i wyjaśnień od wykonawców, a także udzielanie odpowiedzi,
- prowadzenie dokumentacji postępowania o udzielenie zamówienia,
- prowadzenie zamówień publicznych o wartości poniżej 14 tysięcy euro zgodnie z Regulaminem Udzielania Zamówień Publicznych w Wojewódzkim Szpitalu im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu.

§ 2

Pracą Sekcji Zamówień Publicznych kieruje Główny Specjalista ds. Zamówień Publicznych podporządkowany bezpośrednio Z-cy Dyrektora do spraw Ekonomiczno-Finansowych/Głównemu Księgowemu, a w przypadku braku takiego stanowiska – Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Stanowiska ds. Kontrolingu

§ 1

1. Do zadań stanowiska ds. Kontrolingu należy w szczególności:
 - a) wykonywanie stałych i okresowych analiz ekonomicznych, ze szczególnym uwzględnieniem kosztów wg miejsc ich powstawania,
 - b) przedstawianie wniosków Zarządowi Szpitala, wynikających z wykonanych analiz,
 - c) współudział w opracowaniu planów finansowych, naprawczych i innych, sporządzanych przez komórki Szpitala,
 - d) współudział w ustalaniu planowanych przychodów komórek medycznych oraz monitorowanie ich realizacji,
 - e) współudział w przygotowywaniu cennika usług świadczonych przez komórki organizacyjne Szpitala.

§ 2

Stanowisko ds. Kontrolingu podporządkowane jest Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych/Głównemu Księgowemu.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Działu Organizacji i Zarządzania

§ 1

Do zadań Działu Organizacji i Zarządzania należy w szczególności:

- prowadzenie dokumentacji związanej z organizacją Szpitala,
- prowadzenie rejestru zarządzeń Dyrektora,
- prowadzenie dokumentacji związanej z zawieraniem umów o wykonywanie usług medycznych, w tym przygotowywanie ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia,
- prowadzenie ewidencji skarg i wniosków kierowanych do Dyrektora Szpitala,
- koordynowanie spraw związanych z przyjmowaniem skarg i wniosków, w tym zbieranie niezbędnych materiałów w celu rozpatrzenia skarg lub wniosków
- prowadzenie dokumentacji z postępowania rozpatrzenia skargi lub wniosku,
- opracowywanie w formie papierowej i elektronicznej wzorów druków medycznych wynikających z przepisów prawa oraz ich aktualizacja,
- obsługa sekretarska i administracyjno - biurowa Dyrektora Szpitala,
- monitorowanie przepisów prawnych dotyczących działalności Szpitala,
- informowanie komórek organizacyjnych Szpitala o :
 - 1) zmianach w obowiązujących przepisach prawnych w zakresie działalności danej komórki,
 - 2) uchybieniach w jej działalności w zakresie przestrzegania prawa i skutkach tych uchybień,
- prowadzenie archiwum zakładowego oraz nadzór nad archiwizowaniem dokumentów w komórkach organizacyjnych Szpitala,
- obsługa wychodzącej i przychodzącej korespondencji szpitalnej,
- prowadzenie Rady Społecznej pod kątem administracyjnym i merytorycznym,
- przygotowywanie aktów wewnętrznych Szpitala,

- raportowanie do Państwowego Ratownictwa Medycznego i Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podkarpackiego o stanie obłożenia łóżek z respiratorami, specjalistycznego sprzętu oraz sal operacyjnych,
- prowadzenie spraw związanych z pacjentami nieubezpieczonymi,
- obsługa Portalu Świadczeniodawcy NFZ Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego w Rzeszowie w zakresie:
 - 1) umów i aneksów do umów,
 - 2) nieobecności oraz zastępstw kadry medycznej, w tym obsługa Portalu Świadczeniodawcy NFZ Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego w Kielcach – SZOI,
- zadania związane z przygotowywaniem wyborów parlamentarnych, samorządowych i prezydenckich na terenie Szpitala.

§ 2

Działem Organizacji i Zarządzania kieruje Kierownik podporządkowany bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Działu Kadr i Płac

§ 1

1. Do podstawowych zadań Działu Kadr i Płac należy prowadzenie spraw osobowych, zatrudnienia, spraw socjalnych i płacowych a w szczególności:

a) w zakresie spraw osobowych i zatrudnienia:

- a) przygotowanie wniosków i dokumentów związanych z nawiązaniem i ustaniem stosunku pracy (umowy o pracę, umowy zlecenia, umowy o dzieło, pisma dotyczące rozwiązania i wygaśnięcia stosunku pracy, świadectwa pracy, druki zgłoszeniowe do ZUS i inne),
- b) przygotowywanie – wcześniej uzgodnionych z Dyrektorem Szpitala – pisemnych decyzji dotyczących zmiany uposażeń, stanowisk pracy, miejsc pracy itp.
- c) prowadzenie ewidencji pracowników, akt osobowych, kartotek urlopowych,
- d) wydawanie dokumentów potwierdzających ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz zaświadczeń o zatrudnieniu,
- e) kontrola porządku i dyscypliny pracy,
- f) prowadzenie ewidencji pracowników podlegających powszechnemu obowiązki obrony oraz innych czynności w zakresie spraw wojskowych,
- g) prowadzenie spraw związanych ze zgłaszaniem i wyrejestrowywaniem pracowników do i z ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych – obsługa programu „Płatnik”,
- h) przygotowywanie dokumentacji niezbędnej do ustalenia kapitału początkowego pracowników,
- i) przygotowywanie materiałów związanych z zawieraniem i rozwiązywaniem umów cywilno-prawnych („kontrakty”) na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz sprawdzanie rachunków pod względem formalnym – zgodność z zawartą umową,
- j) przygotowywanie materiałów związanych z prowadzeniem staży podyplomowych i rezydentur,

- k) przygotowywanie umów dotyczących podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników,
- l) prowadzenie całokształtu spraw związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników – planowanie szkoleń, zawieranie umów i porozumień z pracownikami itp. obsługa spraw związanych z organizacją przeszkoleń pracowników medycznych po 5-cio letniej przerwie w wykonywaniu zawodu,
- m) obsługa kadrowa praktyk zawodowych realizowanych w Szpitalu, prowadzenie systemu obsługi potencjału w zakresie personelu, w związku z kontraktowaniem świadczeń w NFZ, (dot. zatrudnienia pracowników medycznych w poszczególnych komórkach organizacyjnych),
- n) przygotowywanie wniosków w sprawach dot. wyróżnień, nagradzania i karania pracowników,
- o) załatwianie spraw związanych z przechodzeniem pracowników na emeryturę lub z uzyskaniem rent,
- p) analizowanie stanu zatrudnienia i wykorzystania czasu pracy w komórkach organizacyjnych szpitala,
- q) opracowywanie wniosków w sprawie obsady osobowej i właściwego rozmieszczenia kadr,
- r) prowadzenie sprawozdawczości związanej z działalnością służb pracowniczych,
- s) współdziałanie z organami ds. zatrudnienia oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych zgodnie z obowiązującymi przepisami,,
- t) prowadzenie dokumentacji i udział w okresowych ocenach pracowników,
- u) prowadzenie spraw związanych z odbywaniem zastępczej służby poborowych,
- v) sporządzanie regulaminów wewnętrznych Szpitala (regulamin pracy, regulamin wynagradzania, regulamin zakładowego funduszu świadczeń socjalnych),

2. w zakresie spraw socjalnych:

- a) Prowadzenie spraw związanych z wykorzystaniem zakładowego funduszu socjalnego i zakładowego funduszu mieszkaniowego,
- b) ustalanie potrzeb socjalnych pracowników oraz opracowywanie planów i programów ich zaspokajania,
- c) współdziałanie z funkcjonującą w Szpitalu Komisją Socjalną w zakresie

ustalonym wewnętrznym regulaminem pracy tej komisji,

d) prowadzenie ewidencji odzieży roboczej i ochronnej pracowników,

3. w zakresie spraw płacowych :

- a) sporządzanie listy płac na podstawie dokumentacji (decyzji) przekazanych przez stanowiska ds. osobowych,
- b) prowadzenie ewidencji urlopów wypoczynkowych i szkoleniowych oraz spraw związanych z czasową niezdolnością do pracy,
- c) prawidłowe naliczanie składników wynagrodzenia według aktualnie obowiązujących przepisów,
- d) bieżące i prawidłowe prowadzenie kartotek ewidencji wynagrodzeń, wszelkiego rodzaju wypłat i zasiłków z ZUS, obsługa programu „Płatnik”,
- e) ustalanie i naliczanie podatku od wynagrodzeń oraz pobieranie przedpłat i roczne rozliczanie podatku,
- f) realizacja potrąceń komorniczych i innych względem pracowników zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- g) uzgadnianie zbiorczych zestawień płac wraz z rozliczeniem podatku od osób fizycznych i ZUS,
- h) wydawanie zaświadczeń o zarobkach, obliczanie podatku dochodowego od osób fizycznych oraz sporządzanie deklaracji podatkowych PIT 4R, PIT 11, PIT 40, PIT 8C,
- i) rozliczanie dotacji związanych z prowadzeniem staży podyplomowych i rezydentur,
- j) przekazywanie do Działu Finansowo-Księgowego informacji dotyczących pełnego zakresu kosztów wynagrodzeń i rozrachunków,
- k) współudział w planowaniu i rozliczaniu funduszu płac,
- l) sporządzanie sprawozdań dotyczących funduszu płac i ich analiza,

§ 2

1. Na czele Działu Kadr i Płac stoi kierownik, który w wykonywaniu swoich obowiązków podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.
2. Do obowiązków kierownika Działu Kadr i Płac należy w szczególności:
 - a) planowanie, koordynowanie i nadzorowanie działań dotyczących polityki kadrowej, płacowej oraz spraw socjalno – bytowych,
 - b) zapewnienie zgodnej z obowiązującymi przepisami, kompetentnej i sprawnej realizacji wyznaczonych zadań,

- c) analizowanie potrzeb kadrowych oraz organizowanie rekrutacji i doboru kandydatów do pracy,
- d) tworzenie i wdrażanie strategii rozwoju zasobów ludzkich: systemów motywacyjnych, w tym wynagradzania, oceny pracowników, podnoszenia i doskonalenia kwalifikacji zawodowych,
- e) zapewnienie efektywnego wykorzystania zasobów ludzkich,
- f) szczegółowa analiza zatrudnienia,
- g) uczestniczenie w negocjacjach płacowych z zakładowymi organizacjami zawodowymi,
- h) prowadzenie ewidencji i statystyki wynagrodzeń oraz kontrola ich poziomu i struktury,
- i) analizowanie i kontrolowanie wydatkowanych środków na wynagrodzenia, szkolenia itp.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Działu Techniczno-Gospodarczego

§ 1

1. Do zadań Działu Techniczno-Gospodarczego należy:

1. zapewnienie prawidłowej eksploatacji urządzeń i instalacji energetycznych, wodno-kanalizacyjnych i instalacji ciepłych, przez pracowników o odpowiednich kwalifikacjach, w sposób zgodny z przepisami ogólnymi, szczegółowymi zaleceniami wynikającymi z Dokumentacji techniczno-ruchowej urządzeń opracowanymi przez producentów,
2. organizowanie i prowadzenie działalności techniczno - gospodarczej stosownie do potrzeb pozostałych komórek Szpitala w szczególności działalności podstawowej. Sprawowanie nadzoru nad eksploatacją obiektów Szpitala, celem zapewnienia niezbędnych warunków do bezpiecznego użytkowania i prawidłowego funkcjonowania: nieruchomości, sprzętu medycznego i technicznego,
3. zapewnienie prawidłowej eksploatacji budynków, obiektów, urządzeń, instalacji, sprzętu techniczno-gospodarczego, prowadzenie prawidłowej gospodarki paliwowo-energetycznej (urządzeń energetycznych, urządzeń chłodniczych, wentylacji, klimatyzacji, instalacji elektrycznej, sieci wodno-kanalizacyjnej, centralnego ogrzewania, urządzeń instalacji alarmowej i sygnalizacyjnej), gazów medycznych, a w szczególności poprzez:
 - sprawowanie nadzoru nad prawidłową eksploatacją obiektów, instalacji oraz sprzętu i aparatury,

- przeprowadzanie okresowych przeglądów budynków, instalacji, urządzeń oraz sprzętu i aparatury w celu zapewnienia niezbędnych napraw, remontów i zabiegów konserwacyjnych
 - wykonywanie i nadzorowanie konserwacji, napraw, remontów, modernizacji obiektów, instalacji: elektrycznych, wodno-kanalizacyjnych, ciepłych, gazowych, wentylacji i klimatyzacji, chłodniczych, parowych, odgromowych, telekomunikacji, innego wyposażenia technicznego, oraz sprzętu i aparatury,
 - zlecanie napraw i serwisu urządzeń i sprzętu firmom serwisowym,
 - nadzorowanie konserwacji i napraw prowadzonych przez firmy, z którymi podpisane są odpowiednie umowy,
 - sprawowanie nadzoru nad układami sterowania i automatyki urządzeń,
 - zabezpieczenie pary technologicznej dla potrzeb Kuchni i Centralnej Sterylizatorni,
 - dostarczanie tlenu medycznego na poszczególne oddziały szpitala,
 - rejestrowanie i analizowanie zużycia tlenu medycznego,
 - dostawę i ewidencję podtlenku azotu,
4. zapewnienie całodobowej obsługi instalacji, urządzeń i wyposażenia technicznego poprzez zorganizowanie całodobowych dyżurów elektryków (z uwzględnieniem funkcjonowania klimatyzacji, wentylacji i awaryjnego uruchomienia agregatów prądotwórczych). Zorganizowanie sprawnego systemu usuwania ewentualnych awarii,
5. prowadzenie, kompletowanie i przechowywanie dokumentacji technicznej: budynków w szczególności książek obiektów budowlanych, infrastruktury, urządzeń technicznych i wyposażenia technicznego,

6. realizacja zaleceń, postanowień i decyzji wydanych przez uprawnione organy Dozoru Technicznego, Państwowej Inspekcji Pracy, Sanepidu, itp. oraz zarządzeń Dyrektora Szpitala,
7. zapewnienie sprawnego działania aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się na wyposażeniu Szpitala oraz dokonywanie napraw i konserwacji w oparciu o dokumentację techniczną,
8. dokonywanie przeglądów technicznych urządzeń medycznych zgodnie z zaleceniami ich produktów,
9. utrzymywanie kontaktu z producentami aparatury i sprzętu medycznego ich serwisami oraz z zakładami naprawczymi sprzętu medycznego
10. zapewnienie i czuwanie nad prawidłowym oznakowaniem przestrzeni komunikacyjnej Szpitala,
11. utrzymanie otoczenia Szpitala w należyтым porządku (sprzątanie tras zewnętrznych, utrzymanie zieleni),
12. dysponowanie zapasami materiałowymi zgodnie z potrzebami Szpitala i zasadami oszczędnościowej gospodarki zasobami (gospodarka nośnikami energii),
13. sporządzanie rocznych planów zakupu materiałów eksploatacyjnych oraz usług technicznych, np. przeglądów technicznych sprzętu, przeglądów budynków oraz kontrola przebiegu realizacji podpisanych umów,
14. koordynacja zaopatrzenia dla wszystkich komórek Szpitala w materiały i części elektryczne, hydrauliczne, wentylacyjne itp.
15. analiza kosztów mediów oraz przedstawianie wniosków oszczędnościowych w zakresie kosztów gospodarki energetycznej, wodno - ściekowej itp.

16. analiza zużycia paliwa przez pojazdy samochodowe pod kątem zgodności z normami, zaleceniami producentów i obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 17. utrzymywanie w należyтым stanie eksploatacyjno-technicznym środków transportowych,
 18. przygotowywanie – w części merytorycznej – warunków konkursowych, specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz istotnych postanowień umowy prowadzonych postępowań o udzielenie zamówienia publicznego,
 19. udział w pracach komisji konkursowej i przetargowej,
 20. sporządzanie projektów umów na dzierżawę pomieszczeń, napraw sprzętu i innych umów związanych z zakresem działalności Działu Techniczno-Gospodarczego,
 21. nadzór nad prowadzonymi przez Dział rozliczeniami umów dzierżawy i innych umów związanych z zakresem nałożonych zadań,
 22. realizacja zadań ochrony obiektów szpitalnych, wynikających z odrębnych przepisów,
 23. sprawowanie nadzoru nad świadczoną usługą ochrony osób i mienia dla Wojewódzkiego Szpitala,
 24. przygotowywanie zleceń na wystawianie faktur VAT i rachunków uproszczonych.
2. Do zadań Działu w zakresie transportu sanitarnego należy:
1. organizacja pracy kierowców, ratowników medycznych,
 2. organizowanie zespołów wyjazdowych do wykonywania transportów chorych,
 3. zabezpieczenie transportu dla potrzeb Przychodni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej oraz transportów chorych,
 4. nadzór nad utrzymaniem w należyтым stanie eksploatacyjno-technicznym środków transportu sanitarnego,

5. prowadzenie dokumentacji eksploatacji pojazdów.
3. Przy wykonywaniu zadań w ramach transportu sanitarnego Dział Techniczno-Gospodarczy współpracuje ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym oraz innymi Oddziałami Szpitala.
4. Przy wykonywaniu zadań Dział Techniczno-Gospodarczy współpracuje z:
 - a) z dostawcami mediów,
 - b) z Urzędem Dozoru Technicznego i innymi jednostkami organizacyjnymi z zewnątrz sprawującymi nadzór i kontrolę nad gospodarką paliwo-energetyczną,
 - c) Działem Zamówień Publicznych, Działem Zaopatrzenia i Magazynów oraz Stanowiskiem ds. Marketingu w zakresie potrzeb oraz utrzymywania stałej gotowości Działu,
 - d) Państwową Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną,
 - e) innymi Działami Szpitala.

§ 2

Działem Techniczno-Gospodarczym kieruje Kierownik podporządkowany bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Sekcji Inwestycji

§ 1

1. Do zadań Sekcji Inwestycji należy:

- przygotowanie planów inwestycyjnych,
- w koniecznych i uzasadnionych przypadkach zlecanie opracowania technicznych projektów kapitalnych i bieżących remontów,
- przygotowanie umów z wykonawcami na wykonanie inwestycji,
- prowadzenie nadzoru nad prawidłową i terminową realizacją inwestycji,
- techniczny odbiór obiektów,
- uczestnictwo i sporządzanie protokołów, odbiorów zakończonych robót inwestycyjnych,
- prowadzenie i kompletowanie dokumentacji inwestycyjnej łącznie ze sprawozdawczością

2. Przy realizacji swoich zadań Sekcja Inwestycji współpracuje z wykonawcami i podwykonawcami robót, biurami projektowymi, specjalistycznymi jednostkami z zewnątrz, oraz innymi komórkami Szpitala, których działalność ma wpływ na realizację zadań inwestycyjnych.

§ 2

Pracę Sekcji Inwestycji nadzoruje wyznaczony Specjalista podporządkowany bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala..

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Sekcji Informatyki

§ 1

1. Do zadań Sekcji Informatyki należy:

1) Utrzymanie infrastruktury informatycznej:

- Administrowanie serwerami, siecią komputerową, sprzętem komputerowym (komputery, drukarki, skanery, itp.), bazami danych, systemami wirtualizacji.
- Monitorowanie i zapewnienie ciągłości działania systemów IT (np. zasilania, łączności, dostępu do Internetu).

2) Wsparcie użytkowników (helpdesk):

- Pomoc techniczna dla personelu szpitala (np. lekarze, pielęgniarki, administracja).
- Instalacja, konfiguracja i aktualizacja oprogramowania.
- Szkolenia z obsługi systemów informatycznych.

3) Zarządzanie systemami medycznymi:

- Obsługa systemów ERP, HIS, RIS, PACS, LIS, e-Rejestracji, e-Recepty, e-ZLA itp.
- Integracja systemów z platformami zewnętrznymi (np. P1, ZUS, NFZ, eWUŚ).

4) Bezpieczeństwo danych:

- Utrzymywanie systemów backupu, tworzenie kopii zapasowych, odzyskiwanie danych.
- Zarządzanie tożsamością i kontrolą dostępu (login, hasła, poziomy uprawnień).

5) Rozwój i wdrażanie nowych rozwiązań:

- Wdrażanie nowych systemów informatycznych i narzędzi wspierających pracę szpitala.
- Udział w projektach cyfryzacji placówki (np. e-Usługi dla pacjentów).
- Współpraca przy przetargach, analizach rynku IT, ocenie ofert technicznych.
- Rekomendowanie nowych rozwiązań i automatyzacja procesów.

6) Wsparcie analityczne i raportowanie:

- Wsparcie dla działu statystyki, administracji i zarządu w generowaniu raportów i zestawień.
- 7) Obsługa strony internetowej i intranetowej Szpitala.
2. Przy realizacji swoich zadań Sekcja Informatyki współpracuje z wykonawcami i podwykonawcami systemów informatycznych, oraz innymi komórkami Szpitala, których działalność ma wpływ na realizację zadań informatycznych.

§ 2

Pracę Sekcji Informatyki nadzoruje bezpośrednio Dyrektor Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Kuchni

§ 1

1. W skład Kuchni szpitalnej wchodzi:
 - kuchnia główna,
 - stołówka szpitalna,
 - magazyn żywnościowy
2. Za pracę w Kuchni odpowiedzialny jest Kierownik, któremu podlega cały personel. Podczas nieobecności Kierownika za pracę w Kuchni odpowiada Z-ca Kierownika.
3. Do zadań Kuchni należy :
 - a) produkcja i dystrybucja posiłków na oddziały szpitalne,
 - b) współpraca z pracownikami Zamówień Publicznych w zakresie przygotowywania materiałów do przetargu,
 - c) przyjmowanie, przechowywanie i wydawanie produktów spożywczych z przestrzeganiem obowiązujących normatywów magazynowych,
 - d) współpraca z Działem Finansowo-Księgowym w zakresie przygotowywanie materiałów rozchodowych z magazynu spożywczego

§ 2

Działem Kuchni kieruje Kierownik podporządkowany bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Stanowiska ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy

§ 1

Samodzielne stanowisko ds. BHP wchodzi w skład pionu działalności administracyjnej Szpitala.

§ 2

Swoją działalność prowadzi na podstawie następujących przepisów prawa:

- Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie służby bezpieczeństwa i higieny pracy,
- Kodeksu Pracy,
- Statutu, Regulaminów, Instrukcji i Zarządzeń obowiązujących w Wojewódzkim Szpitalu w Tarnobrzegu.

§ 3

Do zadań Samodzielnego Stanowiska do Spraw Bezpieczeństwa i Higieny Pracy należy realizacja zadań wynikających z przepisów o bezpieczeństwie i higienie pracy, a w szczególności:

1. przeprowadzanie kontroli warunków pracy oraz przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stanowisk pracy, na których są zatrudnione kobiety w ciąży lub karmiące dziecko piersią, młodociani, niepełnosprawni, pracownicy wykonujący pracę zmianową, w tym pracujący w nocy oraz osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy w zakładzie pracy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę.
2. bieżące informowanie pracodawcy o stwierdzonych zagrożeniach zawodowych, wraz z wnioskami zmierzającymi do usuwania tych zagrożeń,
3. sporządzanie i przedstawianie pracodawcy, co najmniej raz w roku, okresowych analiz stanu bezpieczeństwa i higieny pracy zawierających propozycje przedsięwzięć technicznych i organizacyjnych mających na celu zapobieganie zagrożeniom życia i zdrowia pracowników oraz poprawę warunków pracy,
4. udział w opracowywaniu planów modernizacji i rozwoju zakładu pracy oraz przedstawianie propozycji dotyczących uwzględnienia w tych planach rozwiązań

techniczno-organizacyjnych zapewniających poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny pracy,

5. udział w ocenie założeń i dokumentacji dotyczących modernizacji zakładu pracy albo jego części, a także nowych inwestycji, oraz zgłaszanie wniosków dotyczących uwzględnienia wymagań bezpieczeństwa i higieny pracy w tych założeniach i dokumentacji,
6. udział w przekazywaniu do użytkowania nowo budowanych lub przebudowywanych obiektów budowlanych albo ich części, w których przewiduje się pomieszczenia pracy, oraz urządzeń mających wpływ na warunki pracy i bezpieczeństwo pracowników,
7. przedstawianie pracodawcy wniosków dotyczących zachowania wymagań ergonomii na stanowiskach pracy,
8. udział w opracowywaniu zakładowych układów zbiorowych pracy, wewnętrznych zarządzeń, regulaminów i instrukcji ogólnych dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w ustalaniu zadań osób kierujących pracownikami w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
9. opiniowanie szczegółowych instrukcji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na poszczególnych stanowiskach pracy,
10. udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy oraz w opracowywaniu wniosków wynikających z badania przyczyn i okoliczności tych wypadków oraz zachorowań na choroby zawodowe, a także kontrola realizacji tych wniosków,
11. prowadzenie rejestrów, kompletowanie i przechowywanie dokumentów dotyczących wypadków przy pracy, stwierdzonych chorób zawodowych i podejrzeń o takie choroby, a także przechowywanie wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia w środowisku pracy,
12. doradztwo w zakresie stosowania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
13. udział w dokonywaniu oceny ryzyka zawodowego, które wiąże się z wykonywaną pracą,
14. doradztwo w zakresie organizacji i metod pracy na stanowiskach pracy, na których występują czynniki niebezpieczne, szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe, oraz doboru najwłaściwszych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej,

15. współpraca z właściwymi komórkami organizacyjnymi lub osobami, w szczególności w zakresie organizowania i zapewnienia odpowiedniego poziomu szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia właściwej adaptacji zawodowej nowo zatrudnionych pracowników,
16. współpraca z laboratoriami upoważnionymi, do dokonywania badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia lub warunków uciążliwych, występujących w środowisku pracy, w zakresie organizowania tych badań i pomiarów oraz sposobów ochrony pracowników przed tymi czynnikami lub warunkami,
17. współpraca z laboratoriami i innymi jednostkami zajmującymi się pomiarami stanu środowiska naturalnego, działającymi w systemie państwowego monitoringu środowiska,
18. współdziałanie z lekarzem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami, a w szczególności przy organizowaniu okresowych badań lekarskich pracowników,
19. współdziałanie ze Społeczną Inspekcją Pracy oraz z zakładowymi organizacjami związkowymi przy:
 - a) podejmowaniu przez nie działań mających na celu przestrzeganie przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy,
 - b) podejmowanych przez pracodawcę przedsięwzięciach mających na celu poprawę warunków pracy,
20. uczestniczenie w konsultacjach w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, a także w pracach Komisji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz innych zakładowych komisji zajmujących się problematyką bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym zapobieganiem chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy,

§ 4

Samodzielne stanowisko ds. BHP podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Stanowiska ds. P. Pożarowych

§ 1

Do zadań i obowiązków Stanowiska ds. P. Pożarowych należy:

1. w zakresie zapobiegania pożarom:

- a) dokonywanie analizy i oceny stanu p/pożarowego, zabezpieczenia obiektów, pomieszczeń i urządzeń oraz opracowywanie wniosków zmierzających do ograniczenia zagrożenia p/pożarowego,
- b) przedkładanie dyrekcji wniosków, projektów, zarządzeń i wytycznych w przedmiocie poprawy p/pożarowego zabezpieczenia zakładu,
- c) dopilnowanie, aby przy realizacji przedsięwzięć inwestycyjnych nowych obiektów oraz modernizacji i rekonstrukcji istniejących były uwzględnione w pełni wymagania dotyczące zabezpieczenia p/poż, wynikające z obowiązujących przepisów,
- d) udział w prowadzeniu dochodzeń p/pożarowych w zakładzie,
- e) analizowanie przyczyn powstania pożarów, opracowywanie wniosków zmierzających do ich wyeliminowania (współdziałanie w tym zakresie z właściwymi komórkami),
- f) udział w szkoleniach,
- g) w zakresie zabezpieczenia materiałów, składanie zamówień do działu zaopatrzenia na potrzebny sprzęt gaśniczy i inne materiały służące celom p/pożarowym.

2. w zakresie zagadnień organizacyjno - administracyjnych:

- a) organizowanie i koordynowanie całokształtu spraw dotyczących ochrony p/poż. w zakładzie,
- b) udział w konferencjach, naradach i komisjach dotyczących zagadnień bezpieczeństwa pożarowego,
- c) czuwanie nad prawidłowym wprowadzaniem do realizacji i przestrzegania zarządzeń i wytycznych władz nadrzędnych w zakresie organizacji p/pożarowej,
- d) współdziałanie z kierownikami zainteresowanych komórek organizacyjnych w zakresie ochrony p.poż. Zakładu,

e) dokonywanie oceny i ustalanie potrzeb w zakresie wyposażenia obiektów (pomieszczeń, urządzeń) w niezbędny sprzęt i urządzenia p/poż. oraz środki gaśnicze i kontrola prawidłowości ich rozmieszczenia, stanu technicznego i konserwacji,

f) organizowanie i prowadzenie szkoleń w zakresie ochrony p/pożarowej.

3. w zakresie spraw operacyjnych:

a) uczestniczenie w opracowywaniu i aktualizowaniu operacyjnych planów ochrony p/poż. oraz planów ewakuacji na wypadek pożaru,

b) kontrola technicznego wyposażenia w urządzenia łączności, alarmowe i p/pożarowe, zaopatrzenia wodnego,

c) opracowywanie i aktualizowanie instrukcji alarmowania straży pożarnych oraz postępowania na wypadek pożaru,

d) udział w akcjach ratowniczo – gaśniczych,

e) współpraca z terenową komendą straży pożarnych w zakresie organizowania ćwiczeń i manewrów zawodowej straży pożarnej na obiektach szpitala,

f) udział w ustalaniu środków i sposobów p/pożarowego zabezpieczenia prac pożarowo niebezpiecznych,

g) czuwanie nad prawidłowością przebiegu realizacji przedsięwzięć ujętych w długofalowych planach poprawy stanu bezpieczeństwa pożarowego w zakładzie oraz planach dostosowania obiektów do wymogów ochrony p/poż.

h) prowadzenie niezbędnej działalności propagandowej zmierzającej do stałego podnoszenia świadomości wśród załogi zakładu w zakresie ochrony p/pożarowej,

i) sprawowanie nadzoru nad prawidłowym oznakowaniem i utrzymaniem dróg pożarowych i ewakuacyjnych,

4. w zakresie nadzoru i kontroli:

a) przeprowadzanie okresowych i doraźnych kontroli stanu bezpieczeństwa pożarowego oraz urządzeń w obiektach i pomieszczeniach i wydawanie doraźnych zaleceń w sprawie poprawy stanu bezpieczeństwa pożarowego w zakresie uprawnień ustalonych przez kierownictwo,

b) nadzór nad przestrzeganiem przepisów o ochronie p/pożarowej,

c) uczestniczenie w pracach Komisji Pożarowo - Technicznej oraz prowadzenie dokumentacji z działalności tej komisji,

d) kontrola terminowej realizacji zaleceń (zarządzeń) pokontrolnych wydanych przez wewnętrzne lub zewnętrzne organy ochrony p/poż.,

- e) przedkładanie Dyrekcji wniosków dotyczących wyciągania konsekwencji służbowych, stosowanie sankcji karnych w stosunku do kierowników jednostek organizacyjnych oraz osób winnych naruszenia przepisów bezpieczeństwa pożarowego.

§ 2

Stanowisko d/s P/Pożarowych podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Stanowiska ds. obronnych, zarządzania kryzysowego, ochrony ludności
i obrony cywilnej

§ 1

Szczegółowy zakres zadań i obowiązków pracownika do spraw obronnych, zarządzania kryzysowego, ochrony ludności i obrony cywilnej:

1) w zakresie spraw obronnych:

- a) opracowywanie i realizacja rocznych planów przedsięwzięć z zakresu pozamilitarnych przygotowań obronnych jednostki,
- b) dokonywanie ocen realizacji zadań obronnych oraz sporządzanie obowiązujących sprawozdań za dany rok i przesyłanie do Urzędu Marszałkowskiego,
- c) planowanie i prowadzenia szkolenia obronnego oraz prowadzenie dokumentacji szkoleniowej,
- d) udział w szkoleniach prowadzonych przez Marszałka Województwa;
- e) opracowywanie i aktualizowanie dokumentacji punktu kontaktowego,
- f) realizacja przedsięwzięć związanych z wyłączeniem pracowników od obowiązku pełnienia służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny,
- g) planowanie i organizowanie świadczeń rzeczowych i osobistych na rzecz obrony w jednostce,
- h) aktualizacja dokumentacji planistycznej;
- i) współdziałanie z jednostkami organizacyjnymi w zakresie realizacji spraw obronnych,
- j) realizacja innych zadań obronnych wynikających z obowiązujących aktów normatywno-prawnych;

2) w zakresie zarządzania kryzysowego:

- a) realizacja zadań związanych z wprowadzeniem stopni alarmowych i stopni alarmowych CRP,
- b) opracowanie, aktualizacja instrukcji postępowania w nietypowych sytuacjach,
- c) planowanie i prowadzenie szkolenia pracowników jednostki wynikających z opracowanej dokumentacji z zakresu zarządzania kryzysowego,
- d) współdziałanie z organami właściwymi w zakresie zarządzania kryzysowego zgodnie z właściwością terytorialną,
- e) współdziałanie ze służbami odpowiedzialnymi za bezpieczeństwo publiczne,
- f) realizacja innych zadań z zakresu zarządzania kryzysowego wynikających z obowiązujących aktów normatywno-prawnych;

3) w zakresie ochrony ludności i obrony cywilnej:

- a) realizacja zadań z zakresu ochrony ludności i obrony cywilnej zgodnie z obowiązującymi aktami normatywno-prawnymi.
- 4) opracowywanie projektów aktów normatywnych Dyrektora jednostki z zakresu działania Stanowiska, a także przygotowywanie zmian tych aktów,
- 5) wykonywanie innych zadań zleconych przez Dyrektora zgodnie z właściwością.

§ 2

Stanowisko ds. obronnych, zarządzania kryzysowego, ochrony ludności i obrony cywilnej podlega Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Stanowiska ds. Marketingu

§ 1

Do zadań stanowiska ds. marketingu należy:

1. kreowanie wizerunku Szpitala na zewnątrz,
2. współtworzenie polityki umożliwiającej pozyskiwanie dodatkowych źródeł finansowych,
3. współpraca z innymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala w realizacji zadań bieżących,
4. współudział w kreowaniu zmian organizacyjnych Szpitala,
5. prowadzenie działań marketingowych oraz z zakresu public relations poprzez stronę www Szpitala oraz profile społecznościowe: Facebook, Instagram oraz LinkedIn,
6. opracowanie i wdrażanie działań budujących pozytywny wizerunek Szpitala oraz kulturę organizacyjną,
7. współudział w tworzeniu strategii marketingowej Szpitala,
8. realizacja strategii marketingowej zgodnie z zatwierdzonym budżetem.

§ 2

Stanowisko ds. Marketingu podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Koordynatora Kontroli Zarządczej

§ 1

1. Do zadań Koordynatora Kontroli Zarządczej należy prowadzenie całokształtu spraw wspomagających zarządzanie Szpitalem, a w szczególności:
 1. opracowanie rocznego planu kontroli zarządczej, w oparciu o który są podejmowane czynności sprawdzające,
 2. sporządzanie sprawozdania z realizacji ww. planu oraz omawianie jego wyników z kierownictwem jednostki,
 3. przygotowywanie projektów zarządzeń dotyczących kontroli zarządczej, w oparciu o wskazówki, informacje komórek merytorycznych,
 4. dokonywanie w sposób obiektywny ustaleń kontrolnych i rzetelne ich dokumentowanie,
 5. przedstawianie uwag i wniosków dotyczących poprawy kontrolowanych zagadnień,
 6. monitorowanie zaleceń kierowanych do kontrolowanych komórek celem zapewnienia stosownych i terminowych działań naprawczych,
 7. identyfikacja nieprawidłowości, niegospodarności i nieefektywności oraz analiza ich występowania,
 8. współpraca z kierownikami komórek organizacyjnych celem naprawienia wydajności pracy.

§ 2

Koordynator Kontroli Zarządczej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Pełnomocnika ds. ochrony informacji niejawnych

§ 1

Za ochronę informacji niejawnych w Wojewódzkim Szpitalu im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu odpowiada Dyrektor Szpitala.

§ 2

1. Do zadań Pełnomocnika do spraw ochrony informacji niejawnych należy:
 - a) zapewnienie ochrony informacji niejawnych,
 - b) opracowanie planu ochrony informacji niejawnych
 - c) kontrola ochrony informacji niejawnych oraz przestrzeganie przepisów o ochronie tych informacji,
 - d) okresowa kontrola ewidencji, materiałów i obiegu dokumentów,
 - e) szkolenie pracowników w zakresie ochrony informacji niejawnych:
 - przepisów dotyczących ochrony informacji niejawnych oraz odpowiedzialności za ich ujawnienie,
 - odpowiedzialności karnej, dyscyplinarnej i służbowej za naruszenie przepisów o ochronie informacji niejawnych.
 - f) prowadzenie zwykłych postępowań sprawdzających oraz kontrolnych postępowań sprawdzających wobec stanowisk, z którymi wiąże się dostęp do informacji niejawnych oraz wydawanie lub odmawianie poświadczeń bezpieczeństwa w tym zakresie,
 - g) prowadzenie aktualnego wykazu osób posiadających uprawnienia do dostępu do informacji niejawnych oraz osób, którym odmówiono wydania poświadczenia bezpieczeństwa lub je cofnięto.

§ 3

1. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych współpracuje w zakresie informacji niejawnych z Agencją Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz informuje Dyrektora o przebiegu tej współpracy.
2. Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych podporządkowany jest bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN Stanowiska ds. Zarządzania Jakością

§ 1

Do zadań Stanowiska ds. Zarządzania Jakością należy:

1. Wdrażanie, utrzymywanie i doskonalenie systemu zarządzania jakością.
2. Prowadzenie weryfikacji i akceptowanie dokumentów systemu zarządzania jakością pod kątem zgodności ze stanem faktycznym oraz ich integralności z istniejącym systemem.
3. Organizowanie i prowadzenie okresowych przeglądów systemu zarządzania jakością.
4. Nadzorowanie opracowywania projektów dokumentów systemu zarządzania jakością i ich wdrażania.
5. Przedkładanie raportów o stanie funkcjonowania systemu jakości na naradach z kadrą kierowniczą i przeglądach systemu zarządzania jakością.
6. Współudział w pracach nad nowymi projektami związanymi ze zmianami organizacyjnymi, modernizacją i poprawą jakości i w komórkach organizacyjnych szpitala.
7. Czynny udział w spotkaniach z instytucjami kontrolującymi i audytującymi Szpital, jeśli dotyczą one spraw związanych z systemem zarządzania jakością.
8. Nadzorowanie systemu zarządzania jakością.
9. Współtworzenie koncepcji rozwoju i integracji systemów zarządzania jakością wewnątrz szpitala.
10. Nadzorowanie przeprowadzania wyznaczonych w ramach systemu zarządzania jakością działań korygujących i naprawczych przez osoby odpowiedzialne.
11. Prowadzenie analizy wyników kontroli związanych z systemem zarządzania jakością.
12. Kontrola przestrzegania standardów i procedur systemu zarządzania jakością.

§ 2

Stanowisko ds. Zarządzania Jakością podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

Stanowiska ds. Ochrony Środowiska

§ 1

Do zadań Stanowiska ds. Ochrony Środowiska należy:

1. Nadzorowanie komórek organizacyjnych Szpitala w zakresie przestrzegania przepisów ochrony środowiska,
2. Prowadzenie prawidłowej gospodarki odpadami szpitalnymi, w tym komunalnymi, a w szczególności:
 - ewidencjonowanie odpadów zgodnie z obowiązującymi przepisami,
 - prowadzenie wymaganej przepisami prawa sprawozdawczości z zakresu gospodarki odpadami
 - przygotowanie procedur (w tym przetargowych) zmierzających do zawarcia umów dotyczących gospodarki odpadami, a także nadzór nad ich realizacją (w szczególności w zakresie terminów),
 - uczestnictwo w szkoleniach z zakresu ochrony środowiska.

§ 2

Stanowisko ds. Ochrony Środowiska podporządkowane jest bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

stanowiska Kapelana Szpitalnego

§ 1

1. Do obowiązków Kapelana Szpitalnego należy:

- zapewnienie chorym przebywającym w szpitalu potrzeb religijnych,
- sprawowanie sakramentu pokuty w kaplicy szpitalnej i salach chorych,
- odprawianie nabożeństw,
- udzielanie Komunii Św. chorym w salach chorych,
- przyjazd do szpitala na każde wezwanie chorych,
- organizowanie wraz z Dyrekcją Szpitala opłatka w Wigilię Bożego Narodzenia dla chorych pozostających w szpitalu,
- pociecha duchowa dla ludzi opuszczonych i samotnych,
- pomoc duszpasterska w organizowaniu pogrzebu osób samotnych.

§ 2

Kapelan Szpitalny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN

stanowiska Radcy Prawnego

§ 1

1. Zakres działania i zadania Radcy Prawnego określają przepisy ustawy z dnia 6 lipca 1982 r. o radcach prawnych (tj. Dz. U.2024.499 z późniejszymi zmianami).
2. Do zadań Radcy Prawnego należy w szczególności:
 - a) świadczenie pomocy prawnej Dyrektorowi Szpitala, jego Zastępcom i kierownikom komórek organizacyjnych,
 - b) opiniowanie pod względem redakcyjno-prawnym projektów zarządzeń, umów, porozumień i innych rozstrzygnięć zawieranych przez Dyrektora Szpitala rodzących skutki cywilno-prawne oraz wnoszenie uwag redakcyjno-prawnych,
 - c) wydawanie opinii indywidualnych w skomplikowanych pod względem prawnym sprawach
 - d) opiniowanie umów zawieranych przez Szpital, a nadesłanych przez inne jednostki, opiniowanie umów (projektów) sporządzanych przez inne jednostki merytoryczne
 - e) występowanie w charakterze pełnomocnika zakładu pracy w postępowaniu sądowym, administracyjnym oraz przed innymi organami orzekającymi,
 - f) uczestniczenie w prowadzonych przez Szpital rokowaniach, których celem jest nawiązanie, zmiana lub rozwiązanie stosunku prawnego.

§ 2

Radca Prawny podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN stanowiska Inspektor Ochrony Danych

§ 1

Inspektor Ochrony Danych jest osobą do kontaktu we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących pracownikom na podstawie przepisów związanych z ochroną danych osobowych.

§ 2

1. Do Inspektora Ochrony Danych należy:

- informowanie Administratora Danych, podmiot przetwarzający oraz pracowników, którzy przetwarzają dane osobowe, o obowiązkach spoczywających na nich z mocy unijnych przepisów o ochronie danych osobowych oraz przepisów ustawodawstwa krajowego;
- doradzanie Administratorowi Danych, podmiotom przetwarzającym oraz pracownikom w zakresie stosowania przepisów o ochronie danych osobowych;
- monitorowanie przestrzegania przepisów prawa unijnego i ustawodawstwa krajowego o ochronie danych osobowych;
- nadzorowanie przestrzegania polityki Administratora Danych lub podmiotu przetwarzającego w dziedzinie ochrony danych osobowych, w tym podziału obowiązków, działań zwiększających świadomość, szkolenia personelu uczestniczącego w operacjach przetwarzania danych;
- prowadzenie audytów w zakresie ochrony danych osobowych;
- udzielanie na żądanie zaleceń co do oceny skutków dla ochrony danych oraz monitorowanie wykonania powyższej oceny;
- współpraca z organem nadzorczym;
- pełnienie punktu kontaktowego dla organu nadzorczego w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, w tym z uprzednimi konsultacjami, o których mowa w przepisach dot. ochrony danych osobowych oraz w stosownych przypadkach prowadzenie konsultacji we wszelkich innych sprawach;
- tworzenie zasad i regulacji wewnętrznych Szpitala dotyczących całokształtu polityki w zakresie ochrony danych osobowych.

2. Inspektor Ochrony Danych prowadzi Rejestr czynności przetwarzania, rejestr kategorii przetwarzania, rejestr naruszeń oraz okresowo dokonuje przeglądów i aktualizacji polityk w zakresie ochrony danych osobowych.
3. Inspektor Ochrony Danych dokonuje zgłoszenia do organu nadzorczego naruszenia ochrony danych osobowych skutkujących naruszeniem praw i wolności osób fizycznych.
4. Inspektor Ochrony Danych opiniuje w ramach propozycji zapisów i klauzul ochrony danych osobowych w umowach zawieranych z podmiotami przetwarzającymi.

§ 3

Stanowisko Inspektora Ochrony Danych podlega Dyrektorowi Szpitala.

SZCZEGÓŁOWY REGULAMIN
Inspektora Ochrony Radiologicznej

§ 1

1. Do zakresu obowiązków inspektora ochrony radiologicznej należy nadzór nad przestrzeganiem przez jednostkę organizacyjną wymagań ochrony radiologicznej, w szczególności:

- 1) nadzór nad przestrzeganiem prowadzenia działalności według procedur wewnętrznych i instrukcji pracy oraz nad prowadzeniem dokumentacji dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, w tym dotyczącej pracowników i innych osób przebywających w jednostce organizacyjnej w warunkach narażenia, z wyjątkiem ochrony radiologicznej pacjentów poddanych terapii i diagnostyce z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
- 2) tworzenie lub udział w tworzeniu procedur wewnętrznych i instrukcji pracy dotyczącej bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
- 3) nadzór nad spełnianiem warunków dopuszczających pracowników do zatrudnienia na danym stanowisku pracy, w tym dotyczących szkolenia pracowników na stanowisku pracy w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej;
- 4) opracowanie programu pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy, programu pomiarów dawek indywidualnych oraz ewidencji dawek indywidualnych i przedstawienie tych programów i ewidencji do zatwierdzenia kierownikowi jednostki organizacyjnej;
- 5) nadzór nad realizacją programów, o których mowa w pkt 4;
- 6) prowadzenie wykazu źródeł promieniowania jonizującego;
- 7) prowadzenie okresowych ocen stanu systemów bezpieczeństwa i ostrzegania;
- 8) informowanie i szkolenie pracowników w zakresie ochrony radiologicznej;
- 9) dokonywanie wstępnej oceny narażenia pracowników na podstawie wyników pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i przedstawianie jej kierownikowi jednostki organizacyjnej;
- 10) ustalanie wyposażenia jednostki organizacyjnej w środki ochrony indywidualnej, przyrządy dozymetryczne oraz inne wyposażenie służące do ochrony pracowników przed promieniowaniem jonizującym, a także nadzór nad działaniem aparatury dozymetrycznej,

sygnalizacji ostrzegawczej i prawidłowym oznakowaniem miejsc pracy ze źródłami promieniowania jonizującego;

11) współpraca ze służbą bezpieczeństwa i higieny pracy albo osobami wykonującymi zadania tej służby, osobami wdrażającymi program zapewnienia jakości, służbami przeciwpożarowymi i ochrony środowiska w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym;

12) wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym, stosownie do charakteru działalności i typu posiadanych uprawnień, w szczególności w odniesieniu do:

- a) optymalizacji i ograniczników dawki (limitów użytkowych dawki),
- b) obiektów, instalacji oraz stosowania źródeł promieniowania jonizującego i ich wymiany,
- c) wyznaczania terenów kontrolowanych i nadzorowanych,
- d) klasyfikacji pracowników,
- e) pomiarów dozymetrycznych w środowisku pracy i pomiarów dawek indywidualnych,
- f) wyposażenia w przyrządy dozymetryczne,
- g) programów zapewniania jakości,
- h) monitoringu środowiska,
- i) postępowania z odpadami promieniotwórczymi i wypalonym paliwem jądrowym,
- j) zapobiegania zdarzeniom radiacyjnym i wypadkom,
- k) przygotowania na wypadek zdarzenia radiacyjnego oraz reagowania w przypadku wystąpienia takiego zdarzenia,
- l) szkoleń pracowników oraz dopuszczenia ich do pracy w warunkach narażenia;

13) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wstrzymanie prac w warunkach narażenia, w przypadku naruszenia warunków zezwolenia, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy Prawo Atomowe, lub wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej, oraz niezwłoczne informowanie o tym organu, który wydał zezwolenie;

14) nadzór nad postępowaniem wynikającym z zakładowego planu postępowania awaryjnego, w przypadku gdy na terenie jednostki organizacyjnej zaistnieje zdarzenie radiacyjne;

15) udział w działaniach podejmowanych w zakresie zapobiegania zdarzeniom radiacyjnym, przygotowania do takich zdarzeń i reagowania na nie;

16) nadzór nad postępowaniem ze źródłami promieniotwórczymi, materiałami jądrowymi oraz odpadami promieniotwórczymi w przypadku przekształcenia jednostki organizacyjnej albo zakończenia przez nią działalności oraz niezwłoczne informowanie organu, który wydał zezwolenie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy Prawo Atomowe, o naruszeniu wymagań bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w tym zakresie.

§ 2

Do zakresu uprawnień inspektora ochrony radiologicznej należy:

- 1) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o zmianę warunków pracy pracowników, w szczególności w przypadku gdy wyniki pomiarów dawek indywidualnych lub pomiarów dozymetrycznych uzasadniają taki wniosek;
- 2) wydawanie kierownikowi jednostki organizacyjnej opinii, w ramach badania i sprawdzania urządzeń ochronnych i przyrządów pomiarowych, w zakresie skuteczności stosowanych środków i technik ochrony przed promieniowaniem jonizującym oraz sprawności i właściwego użytkowania przyrządów pomiarowych;
- 3) sprawdzanie kwalifikacji pracowników w zakresie bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej oraz występowanie z wynikającymi z tego sprawdzenia wnioskami do kierownika jednostki organizacyjnej;
- 4) występowanie do kierownika jednostki organizacyjnej z wnioskiem o wprowadzenie zmian w instrukcjach pracy, w przypadku gdy wnioskowane zmiany nie zwiększają ograniczników dawki (limitów użytkowych dawki) określonych w zezwoleniu, o którym mowa w art. 4 ust. 1. ustawy Prawo Atomowe.

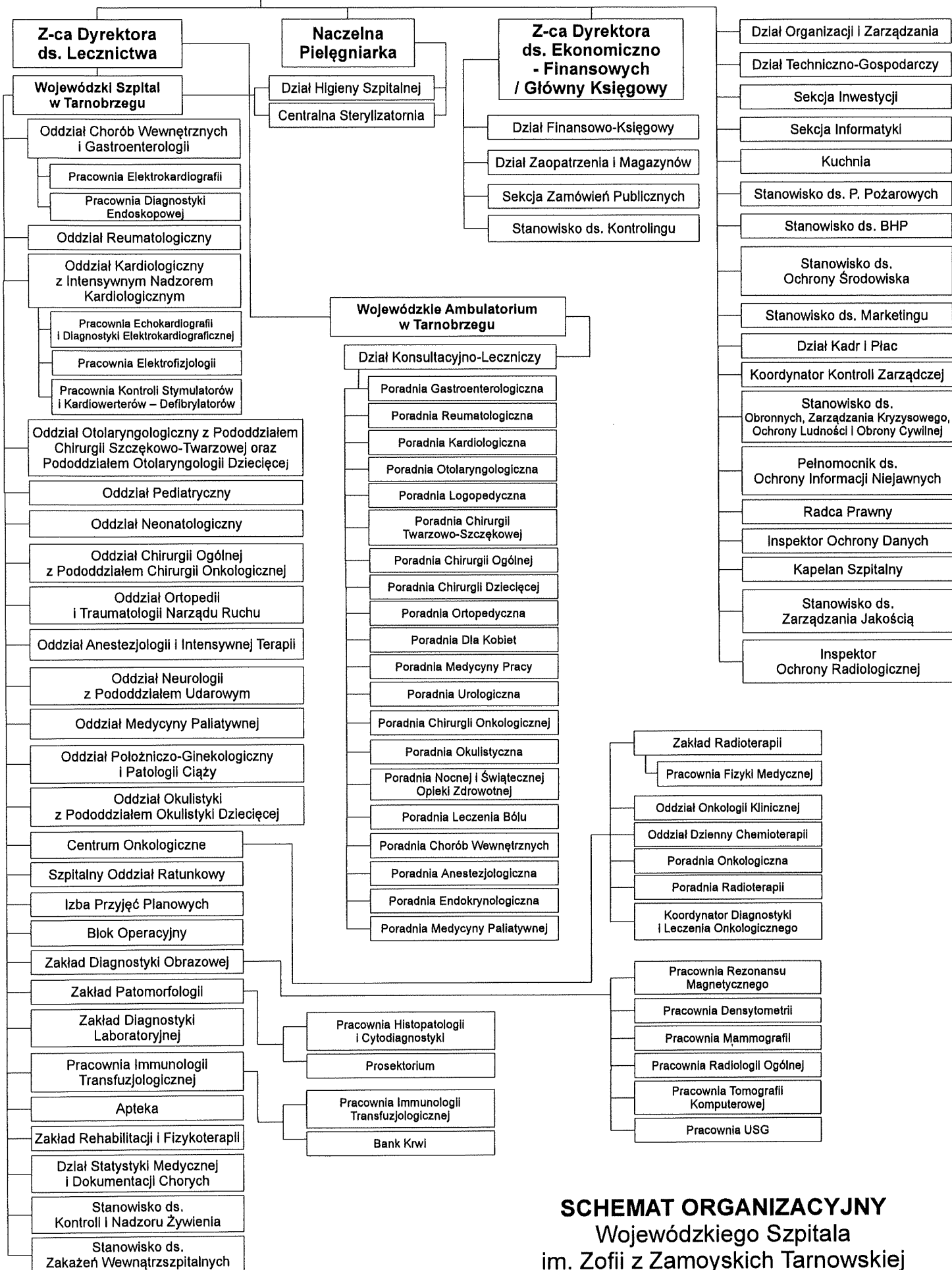
§ 3

Inspektor Ochrony Radiologicznej podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

DYREKTOR

Rada Społeczna

Załącznik Nr 55 do Regulaminu Organizacyjnego
Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich
Tarnowskiej w Tarnobrzegu



SCHEMAT ORGANIZACYJNY
Wojewódzkiego Szpitala
im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej
W Tarnobrzegu