

## REGULAMIN SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO SZPITALA MIEJSKIEGO W ZABRZU SP. Z O. O.

### Postanowienia ogólne

1. Szpitalny Oddział Ratunkowy, zwany dalej „SOR” jest komórką organizacyjną Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka im. prof. Wojciecha Starzewskiego - Szpitala Miejskiego w Zabrzu zwanego dalej Szpitalem.
2. SOR działający na podstawie ustawy z dnia 8.09.2016 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późniejszymi zmianami) jest jednostką Państwowego Ratownictwa Medycznego.

### Zadania Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce i leczeniu w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia, w szczególności wskutek wypadku, urazu lub zatrucia.
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym w pkt 1., poszkodowanych w stanach wyjątkowych i katastrofach.
3. Zapewnienie zabezpieczenia medycznego oraz organizowanie transportu do innych zakładów opieki zdrowotnej w przypadku zaistnienia konieczności leczenia niedostępnego w Szpitalu Miejskim w Zabrzu.
4. Kwalifikacja i przygotowanie pacjentów przyjętych w trybie nagłym do dalszych etapów diagnostyki i leczenia w oddziałach Szpitala.
5. Współpraca z Pogotowiem Ratunkowym, Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Centrum Powiadamiania Ratunkowego i innymi służbami ratowniczymi zgodnie z Wojewódzkim Planem Zabezpieczenia Medycznych Działań Ratowniczych.
6. Szkolenie kadr medycznych.
7. Prowadzenie dokumentacji udzielanych świadczeń, sprawozdań i statystyk określonych przez odrębne zarządzenia.
8. Wykonywanie w uzgodnieniu z Koordynatorem SOR innych zadań zleconych przez Zarząd Spółki.
9. SOR wykonuje świadczenia całodobowo.

### Struktura Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

Szpitalny Oddział Ratunkowy zawiera następujące struktury, będące jego integralnymi częściami:

1. Obszar segregacji, rejestracji i przyjęć,
2. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy obejmujący 2 sale resuscytacyjno-zabiegowe,
3. Obszar terapii natychmiastowej zawierający 2 sale zabiegowe,
4. Obszar krótkotrwałej intensywnej terapii zawierający 2 stanowiska,
5. Obszar obserwacyjny – 9 stanowisk monitorowanych,
6. Obszar konsultacyjny z ambulatorium chirurgicznym i urazowym,
7. Łądownisko dla śmigłowca LPR,
8. Zaplecze administracyjno-gospodarcze.



## Organizacja pracy SOR

### § 1.

1. Oddziałem kieruje Kierownik, który podlega Koordynatorowi,
2. Koordynator podlega bezpośrednio Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych,
3. Pod nieobecność Kierownika oddziałem kieruje jego zastępca lub inny lekarz wyznaczony przez Kierownika, po akceptacji Koordynatora.
4. Pracą średniego i niższego personelu kieruje Pielęgniarka Oddziałowa.
5. Pod nieobecność Pielęgniarki Oddziałowej jej obowiązki przejmuje jej zastępca lub inna wskazana przez nią osoba po uzyskaniu akceptacji Pielęgniarki Naczelnej Szpitala.
6. Pielęgniarka Oddziałowa współpracuje z Kierownikiem SOR, a podlega Pielęgniarence Naczelnej Szpitala.
7. Dyżur lekarski w SOR pełni 4 lekarzy, (minimum 2 lekarzy – 1 lekarz nadzoru i 1 lekarz systemu): lekarz chorób wewnętrznych, chirurg ogólny, ortopeda oraz lekarz systemu pełniący funkcję nadzoru dyżurowego. W przypadku niepełnego składu lekarzy dyżurnych, jeżeli w wyniku przeprowadzonego triage chory powinien zostać zarejestrowany do lekarza, którego stanowisko nie jest obsadzone na dyżurze, chory zostaje zarejestrowany do lekarza nadzoru, który rozpoczyna diagnostykę i leczenie pacjenta, a następnie wzywa w razie konieczności na konsultację lekarza dyżurnego odpowiedniego oddziału Szpitala.
8. Pozostali lekarze pełniący dyżur w Szpitalu mogą zostać wezwani do SOR w roli konsultantów. Po takim wezwaniu konsultant zobowiązany jest do przybycia do SOR bez zbędnej zwłoki – maksymalnie do 15 minut czas rozpoczęcia konsultacji pacjenta.

### § 2.

#### Przyjęcie pacjenta do SOR

1. Pacjent trafia do SOR przywożony przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłasza się samodzielnie.
2. W chwili zgłoszenia się do rejestracji w obszarze przyjęć i segregacji, pacjent staje się pacjentem SOR. Pierwszym etapem postępowania po zgłoszeniu się pacjenta jest wstępna ocena stanu chorego z nadaniem odpowiedniego statusu (triage) i skierowanie do odpowiedniego obszaru SOR.
3. O zakwalifikowaniu do leczenia w konkretnym obszarze i przez określonego lekarza dyżurnego SOR decyduje wynik triage, a nie treść skierowania z którym zgłasza się pacjent. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów posiadających skierowanie do innych niż SOR oddziałów, jeżeli zgłaszają się do SOR z powodów nagłych. Pacjenci zgłaszający się ze skierowaniami do ustalenia terminu planowego leczenia w oddziałach Szpitala nie będą rejestrowani w SOR.
4. Pacjent skażony lub zakażony, jeśli jego stan tego wymaga, zostaje poddany dekontaminacji. Jednocześnie z dekontaminacją wykonywany jest triage.
5. Zasady triage i re-triage opisane są odrębnymi procedurami.
6. Lekarz zaopatrujący chorego w ramach SOR, ratownik medyczny, pielęgniarka zobowiązani są do odebrania od pacjenta wymaganych procesem leczenia zgód i oświadczeń.
7. Lekarz zaopatrujący chorego w ramach SOR, po przeprowadzeniu diagnostyki i wymaganych stanem chorego procedur, podejmuje decyzję o wypisaniu pacjenta do domu, do dalszego leczenia

- ambulatoryjnego lub w przypadku stwierdzenia konieczności hospitalizacji – kieruje chorego do właściwego oddziału Szpitala po ustaleniu przyjęcia z lekarzem danego Oddziału.
8. Jeżeli dyżur w SOR pełni rezydent specjalizujący się w danej dyscyplinie medycznej (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna lub chirurgia urazowo - ortopedyczna), to proces diagnostyczno - leczniczy prowadzony przez niego odbywa się pod nadzorem i przy współpracy lekarza nadzoru SOR.
  9. W przypadku, kiedy pacjent nie zostanie skierowany do leczenia w oddziale Szpitala, zaopatrujący go lekarz SOR zobligowany jest do sporządzenia karty wypisowej, wydania recept na zalecane leki oraz skierowania do właściwej poradni w razie konieczności dalszego leczenia specjalistycznego w warunkach ambulatoryjnych. Wypis jest autoryzowany przez lekarza prowadzącego i lekarza nadzoru SOR.
  10. Jeżeli pacjent po triage został niewłaściwie zakwalifikowany do leczenia przez lekarza danej specjalności, lub po przeprowadzeniu diagnostyki wykluczono konieczność leczenia przez tego lekarza, powinien on wpisać konsultację do systemu komputerowego. Konsultacja taka musi zawierać wpis o braku konieczności leczenia w zakresie kompetencji lekarza wykonującego wpis. Po wpisaniu i autoryzowaniu takiej konsultacji, lekarz dokonujący wpisu informuje o tym osobiście lekarza nadzoru SOR, a następnie zmienia w systemie komputerowym nazwisko lekarza prowadzącego na lekarza nadzoru.
  11. Historia choroby pacjenta w SOR posiada postać cyfrową. Lekarz zaopatrujący pacjenta w SOR zobowiązany jest do jej starannego wypełnienia. Po zakończeniu pobytu pacjenta w SOR lekarz prowadzący leczenie zobowiązany jest do sprawdzenia i przekazania całej dokumentacji niecyfrowej pracownikowi administracyjnemu (osobiście lub za pośrednictwem ratownika lub pielęgniarki przydzielonej do danego obszaru) w celu przeprowadzenia cyfryzacji dokumentów. Zasady wykonania cyfryzacji dokumentów opisane są odrębną procedurą.
  12. W przypadkach spornych lub interdyscyplinarnych wymagających hospitalizacji pacjenta, decyzję rozstrzygającą o przyjęciu na konkretny Oddział podejmuje lekarz nadzoru SOR.
  13. W przypadku konieczności leczenia pacjenta w oddziale, którego brak w Szpitalu, lekarz prowadzący leczenie pacjenta w SOR uzgadnia przyjęcie do takiego oddziału oraz organizuje transport pacjenta.

### § 3.

#### Hospitalizacja w SOR

1. Hospitalizacji w obszarze obserwacyjnym oraz w obszarze krótkotrwałej intensywnej terapii mogą być poddani pacjenci, u których nie stwierdza się ewidentnych wskazań do leczenia w specjalistycznym oddziale szpitalnym, a których stan zdrowia sprawia, że pomoc ambulatoryjna jest niewystarczająca. W SOR mogą być również hospitalizowani pacjenci, których stan zdrowia wymaga krótkotrwałej diagnostyki lub obserwacji możliwej do wykonania w warunkach SOR w celu ustalenia ostatecznego rozpoznania i leczenia, a także gdy wstępne rozpoznanie pozwala przypuszczać, że cel leczenia może zostać osiągnięty w czasie do 72 godzin.
2. Hospitalizacja w SOR nie może być dłuższa niż 72 godziny. Po upływie tego czasu, jeśli stan zdrowia chorego uniemożliwia wypisanie go do domu, lekarz SOR kieruje go do odpowiedniego oddziału szpitalnego.

#### § 4.

##### Postępowanie w przypadku zdarzeń masowych

1. Osoba przyjmująca zgłoszenie od lekarza koordynatora ratownictwa medycznego o wystąpieniu zdarzenia masowego powinna:
  - uzyskać informację na temat sposobu utrzymania łączności z lekarzem koordynatorem (nr telefonu),
  - odnotować godzinę zgłoszenia,
2. Po przyjęciu zgłoszenia osoba przyjmująca niezwłocznie informuje zespół medyczny SOR (lekarzy, ratowników, pielęgniarki) oraz zespół anestezjologiczny o wystąpieniu zdarzenia masowego.
3. Dyżurny anestezjolog zobowiązany jest do wstrzymania planowych zabiegów na bloku operacyjnym oraz poinformowania lekarza koordynatora o dostępności w ciągu 1 godziny i 2 godzin liczby sal i zespołów operacyjnych oraz stanowisk IT i respiratorów.
4. Koordynatorem czynności medycznych w SOR jest lekarz nadzoru SOR.
5. Lekarz nadzoru SOR koordynujący czynności medyczne zobowiązany jest do przyjęcia od dyspozytora medycznego informacji o liczbie transportowanych poszkodowanych z grupy „czerwonej” wraz z informacją o charakterze obrażeń, stanie chorych, kryptonimach ZRM i planowanych czasach dotarcia poszkodowanych do SOR.
6. Po uzyskaniu powyższych informacji, lekarz nadzoru koordynujący SOR przekazuje uzyskane informacje personelowi SOR, OIT, bloku operacyjnego i laboratorium.
7. Lekarz nadzoru SOR koordynujący czynności medyczne jest zobowiązany do utrzymywania kontaktu z lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, w tym także do przyjęcia informacji o odwołaniu stanu podwyższonej gotowości i przekazania jej pozostałemu personelowi.
8. W wyniku decyzji lekarza nadzoru SOR koordynującego czynności medyczne, do Szpitala mogą zostać wezwani trybem alarmowym wybrani lekarze, pielęgniarki, ratownicy, kierownik apteki, magazynu, oraz pracownicy innych działów w zależności od potrzeb. Za dostarczenie do SOR aktualnych danych kontaktowych odpowiedzialni są kierownicy poszczególnych komórek Szpitala.
9. W przypadku zdarzeń, wskutek których do Szpitala trafia duża ilość poszkodowanych w krótkim czasie, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych lub osoba przez niego wyznaczona powołuje osobę na stanowisku udzielania informacji o poszkodowanych dla środków przekazu i rodzin poszkodowanych.
10. Po zakończeniu czynności związanych ze zdarzeniem masowym, Lekarz nadzoru SOR koordynujący czynności medyczne zobowiązany jest do przygotowania oceny przebiegu działań w oparciu o kartę oceny przebiegu zdarzenia (zał. nr 3 do zarządzenia Zarządu nr 26/2018), oraz przekazać pisemne sprawozdanie Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych oraz Rzecznikowi prasowemu Szpitala.

#### § 5.

##### Współpraca z Policją i innymi służbami porządkowymi

1. SOR niezwłocznie powiadamia Policję, jeżeli stwierdza się lub zachodzi podejrzenie, że uszkodzenie ciała lub choroba są następstwem działania przestępczego.
2. Fakt powiadomienia Policji należy odnotować w dokumentacji pacjenta.
3. W przypadku pobrania krwi do badania na zawartość alkoholu u osób wskazanych przez Policję, należy przestrzegać następujących zasad:
  - a) Procedura dotyczy osób wskazanych przez organy ścigania, podejrzanych o popełnienie

- przestępstwa lub wykroczenia w stanie po spożyciu alkoholu.
- b) O wysunięciu takiego podejrzenia decyduje Policja lub Prokuratura. Wymienione organy są zobowiązane do dostarczenia odpowiednich pojemników na pobraną krew oraz formularzy protokołu.
  - c) Lekarz lub na jego zlecenie inny pracownik medyczny pobiera krew od wskazanej osoby i sporządza protokół.
  - d) W razie odmowy osoby, od której krew ma być pobrana, należy przystąpić do pobrania krwi mimo braku zgody tej osoby, o czym należy ją uprzedzić zgodnie z art. 5 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 6 maja 1983 r. w sprawie warunków i sposobu dokonywania badań na zawartość alkoholu w organizmie (Dz.U. Nr 25, poz. 117) oraz art.126 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity z 2 czerwca 2005 r. Dz. U. Nr 108, poz. 908 z późniejszymi zmianami).
  - e) Fakt odmowy udzielenia zgody na pobranie krwi należy zaznaczyć w protokole.
  - f) Od pobrania krwi można odstąpić w razie uzasadnionego podejrzenia, że pobranie krwi spowoduje zagrożenie życia lub zdrowia. Decyzję o dokonaniu zabiegu podejmuje lekarz. W razie nie pobrania krwi z tego powodu, należy wpisać ten fakt do protokołu.

## § 6.

### Udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta

1. Informacje o stanie zdrowia udzielane są:
  - pacjentowi lub jego przedstawicielowi prawnemu,
  - osobom wskazanym przez pacjenta (przedstawiciela prawnego) jako upoważnione do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.
2. Informacji o stanie zdrowia udziela Kierownik SOR lub lekarz nadzoru, ewentualnie lekarz wskazany przez lekarza nadzoru.

## § 7.

### Przechowywanie rzeczy pacjentów SOR

1. Na sali obserwacyjnej rzeczy osobiste pacjentów mogą być przechowywane w stoliku przyłóżkowym.
2. Pacjent może przebywać na sali obserwacyjnej we własnym ubraniu, okrycie wierzchnie należy zabezpieczyć w depozycie ubrań SOR.
3. W przypadku, kiedy pacjent opuszcza czasowo salę obserwacyjną z powodu zabiegu lub procedury diagnostycznej, jego rzeczy powinny zostać zabezpieczone na sali w zamykanej na klucz szafie. Klucz pozostaje u pielęgniarki lub ratownika przydzielonego do sali obserwacyjnej.
4. Rzeczy wartościowe na czas hospitalizacji powinny zostać zdeponowane w Depozycie Rzeczy Wartościowych.
5. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy niezdeponowane.

dr n. med. Mariusz K. Wójtowicz

MBA Exec.

Prezes Zarządu

Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o.

ZASTĘPCA PREZESA

Piotr Frybalski

CZŁONEK ZARZĄDU

mgr Andrzej Gottwald

ZASTĘPCA DYREKTORA  
ds. Organizacji Usług Medycznych  
i Statystyki

mgr Jolanta Cmok

