……………………….., dnia ……………….. r.

(miejscowość)

**Wystąpienie powizytacyjne Nr** ……..**/**………..

z wizytacji przeprowadzonej w dniu ………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………  
(imię i nazwisko pielęgniarki lub położnej oraz adres miejsca zamieszkania albo firmę albo nazwę oraz adres siedziby praktyki zawodowej)

wpisanej pod numerem …………………………………………..….do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Pile.

Wizytację przeprowadzono na podstawie upoważnień wydanych przez Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Pile. Upoważnienie do przeprowadzenia wizytacji doręczono w dniu ………………………………… .

……………………………………………………………………………………………………………………………………  
(imię i nazwisko pielęgniarki lub położnej oraz adres miejsca zamieszkania albo firmę albo nazwę oraz adres siedziby praktyki zawodowej)

Wizytację przeprowadziły (imiona i nazwiska):

1. …………………………………………………………………………………………...
2. …………………………………………………………………………………………...

**Cel i zakres wizytacji:** ocena wykonywania zawodu w ramach praktyki zawodowej w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

1. **Forma prowadzenia działalności leczniczej[[1]](#footnote-1) (kody rodzajów praktyk zawodowych:**

93 - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym

95 - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania

96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania

97 - grupowa praktyka pielęgniarek/położnych

98 - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej

1. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……………….………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę (należy wypełnić   
   w przypadku praktyki zawodowej pielęgniarki)**

**3.1. Wymagania lokalowe**

1) Oznakowanie zewnętrzne

* nazwa (firma)

TAK NIE

2) Ostatni protokół pokontrolny powiatowego inspektora sanitarnego:

TAK NIE NIE DOTYCZY

3) Gabinet \*:

TAK NIE NIE DOTYCZY

4) Pomieszczenie lub szafa przystosowana do przechowywania dokumentacji medycznej\*:

TAK NIE NIE DOTYCZY

5) pomieszczenia sanitarne\*:

TAK NIE NIE DOTYCZY

6) poczekalnia dla pacjentów\*

TAK NIE NIE DOTYCZY

**3.2.** **Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze[[2]](#footnote-2):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE |
| telefon |  |  |
| szafka do przechowywania leków, wyrobów medycznych, środków pomocniczych |  |  |
| stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki |  |  |
| kozetka |  |  |
| zestaw przeciwwstrząsowy |  |  |
| zestaw do wykonywania iniekcji |  |  |
| zestaw do wykonywania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych |  |  |
| niezbędny zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych |  |  |
| sprzęt i pomoce do przeprowadzania testów przesiewowych |  |  |
| pakiety odkażające i dezynfekcyjne |  |  |
| aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych |  |  |
| stetoskop |  |  |
| testy do oznaczania poziomu cukru we krwi |  |  |
| glukometr |  |  |
| termometry |  |  |
| maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego |  |  |
| neseser pielęgniarski z wyposażeniem |  |  |
| środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice) |  |  |
| waga medyczna dla niemowląt |  |  |
| waga medyczna ze wzrostomierzem |  |  |

3.3 Umowa z podmiotem na utylizację odpadów medycznych

TAK NIE

3.4. Posiadanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ustawy o działalności leczniczej

TAK NIE

**4. Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych przez położną (należy wypełnić   
w przypadku praktyki zawodowej położnej)**

**4.1. Wymagania lokalowe**

1). Oznakowanie zewnętrzne

* nazwa (firma)

TAK NIE

2) Ostatni protokół pokontrolny powiatowego inspektora sanitarnego:

TAK NIE NIE DOTYCZY

3) Gabinet \*:

TAK NIE NIE DOTYCZY

4) Pomieszczenie lub szafa przystosowana do przechowywania dokumentacji medycznej\*:

TAK NIE NIE DOTYCZY

5) pomieszczenia sanitarne\*:

TAK NIE NIE DOTYCZY

6) poczekalnia dla pacjentów\*:

TAK NIE NIE DOTYCZY

**4.2.** **Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze[[3]](#footnote-3)**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE |
| telefon |  |  |
| szafka do przechowywania leków, wyrobów medycznych, środków pomocniczych |  |  |
| stolik zabiegowy lub stanowisko pracy położnej |  |  |
| kozetka |  |  |
| zestaw przeciwwstrząsowy |  |  |
| zestaw do wykonywania iniekcji |  |  |
| zestaw do wykonywania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych |  |  |
| niezbędny zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych |  |  |
| pakiety odkażające i dezynfekcyjne |  |  |
| aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych |  |  |
| stetoskop |  |  |
| testy do oznaczania poziomu cukru we krwi |  |  |
| glukometr |  |  |
| maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego |  |  |
| neseser położnej z wyposażeniem, w tym zestaw do porodu nagłego |  |  |
| środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice) |  |  |
| waga medyczna dla niemowląt |  |  |
| waga medyczna ze wzrostomierzem |  |  |
| słuchawka położnicza lub detektor tętna płodu |  |  |
| zestaw do pielęgnacji noworodka |  |  |

4.3 Umowa z podmiotem na utylizację odpadów medycznych

TAK NIE

4.4. Posiadanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ustawy o działalności leczniczej

TAK NIE

**5. Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę środowiska nauczania   
i wychowania (należy wypełnić w przypadku praktyki zawodowej pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania)**

**5.1. Wymagania lokalowe**

1). Oznakowanie zewnętrzne

* nazwa (firma) TAK NIE

2) Ostatni protokół pokontrolny powiatowego inspektora sanitarnego:

TAK NIE NIE DOTYCZY

3) Gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej:

TAK NIE

4) Biurko oraz szafa kartoteczna przystosowana do przechowywania dokumentacji medycznej

TAK NIE

**5.2.** **Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze[[4]](#footnote-4)**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | TAK | NIE |
| szafka do przechowywania leków, wyrobów medycznych, środków pomocniczych |  |  |
| stolik zabiegowy lub stanowisko pracy |  |  |
| kozetka |  |  |
| parawan |  |  |
| przenośna apteczka pierwszej pomocy wyposażona w zestaw przeciwwstrząsowy oraz w gaziki jałowe, gazę jałową, bandaże dziane i elastyczne, chustę trójkątną, przylepiec, przylepiec z opatrunkiem, rękawiczki jednorazowe, octawian glinu (altacet), wodę utlenioną, środek odkażający skórę, tabletki przeciwbólowe i rozkurczowe, neospasminę, maseczkę twarzową do prowadzenia oddechu zastępczego, szyny Kramera, stazę automatyczną, nożyczki, pakiet do odkażania |  |  |
| tablice Snellena do badania ostrości wzroku |  |  |
| tablice Ishihary do badania widzenia barwnego |  |  |
| tablice - siatki centylowe wzrostu i masy ciała oraz inne pomoce do wykonywania testów przesiewowych i interpretacji ich wyników |  |  |
| środki do nadzorowanej grupowej profilaktyki próchnicy zębów |  |  |
| aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych |  |  |
| stetoskop |  |  |
| waga medyczna ze wzrostomierzem |  |  |

5.3 Umowa z podmiotem na utylizację odpadów medycznych

TAK NIE

5.4. Posiadanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ustawy o działalności leczniczej

TAK NIE

**6. Czynności związane z realizowaniem świadczeń zdrowotnych**

1. Zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w miejscu wykonywania wizytowanej praktyki zawodowej

………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….……….…………………………………………………………………………………….…………….………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

2. Zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych w domu pacjenta

…………………………………………………………………………………………..…….……………………………………………………………………………………………….…..………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………….…..…………………

3. Wykaz świadczeń zdrowotnych realizowanych na zlecenie lekarskie

……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

4. Wykaz świadczeń zdrowotnych realizowanych bez zlecenia lekarskiego

……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………

5. Ocena realizacji udzielanych świadczeń zdrowotnych (w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, zasady etyki zawodowej, nabyte kwalifikacje oraz obowiązujące przepisy prawa)

……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**7. Dokumentacja medyczna**

**7.1. Dokumentacja medyczna pielęgniarki [[5]](#footnote-5), [[6]](#footnote-6)**

1. wewnętrzna:

* historia zdrowia i choroby,
* karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
* karta wizyty patronażowej,

1. zewnętrzna (opinie, zaświadczenia, orzeczenia, skierowania na badania diagnostyczne oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzone na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów),
2. inna dokumentacja.

**7.2. Dokumentacja medyczna położnej [[7]](#footnote-7), [[8]](#footnote-8)**

1. wewnętrzna:

* karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
* karta wizyty patronażowej,
* karta obserwacji przebiegu porodu,

1. zewnętrzna (karta przebiegu ciąży, opinie, zaświadczenia, orzeczenia, skierowania na badania diagnostyczne, książeczki zdrowia dziecka oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzone na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów),
2. inna dokumentacja.

Informacje dotyczące udzielanych świadczeń (sposób dokumentowania)

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………

**7.3. Sposób prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej**

* znormalizowane formularze TAK NIE
* nośniki elektroniczne TAK NIE
* znajomość procedur udostępniania dokumentacji wewnętrznej zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* sposób przechowywania dokumentacji i archiwizacji zgodnie z przepisami w tym zakresie

………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**8. Wnioski z wystąpienia powizytacyjnego**

…………………………………………………………………………………...………...…………….…………………………………………………………………......…………....……………………….…………………………………………………………………….…..…..…...……………………………………………………………………………………..………………………...……………………..

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Wystąpienie powizytacyjne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden egzemplarz przekazano wizytowanej pielęgniarce lub położnej prowadzącej praktykę zawodową.

**Podpis osób wizytujących: Otrzymałam w dniu:**

**1**. ……………………………… ……………………………………………….

(podpis wizytowanej pielęgniarki lub położnej

prowadzącej praktykę zawodową)

**2**. ………………………………

Po zapoznaniu się z niniejszym wystąpieniem powizytacyjnym:

1) nie zgłaszam zastrzeżeń do wystąpienia powizytacyjnego

……...……………………………………………………………

(pieczęć i podpis pielęgniarki lub położnej prowadzącej praktykę zawodową)

Odmowa podpisania wystąpienia powizytacyjnego przez pielęgniarkę lub położną prowadzącą wizytowaną praktykę zawodową (imię i nazwisko, powód odmowy).

…………………………………………………………………………………………………................

…………………………………………………………………………………………………................

……………………………………………………………………………………………………………

**Podpis osób wizytujących:**

**1.** ………………………………

**2.** ……………………………....

**Pouczenie:**

Pielęgniarka lub położna prowadząca praktykę zawodową, w terminie 7 dni od daty otrzymania wystąpienia powizytacyjnego, ma prawo do wniesienia zastrzeżeńdo organu zlecającego wizytację, co do sposobu przeprowadzenia czynności wizytacyjnych oraz ustaleń zawartych w wystąpieniu powizytacyjnym.

1. Zgodnie z kodami rodzajów praktyk zawodowych określonymi w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 605) [↑](#footnote-ref-1)
2. oraz \*- na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 540 ze zm.). W przypadku realizacji świadczeń z zakresu POZ pod tym samym adresem przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ nie wymaga się odrębnych gabinetów, pomieszczeń lub szafy przystosowanej do przechowywania dokumentacji medycznej, pomieszczeń sanitarnych i poczekalni dla świadczeniobiorców. [↑](#footnote-ref-2)
3. oraz \*- na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 540 ze zm.). W przypadku realizacji świadczeń z zakresu POZ pod tym samym adresem przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ nie wymaga się odrębnych gabinetów, pomieszczeń lub szafy przystosowanej do przechowywania dokumentacji medycznej, pomieszczeń sanitarnych i poczekalni dla świadczeniobiorców. [↑](#footnote-ref-3)
4. na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 540 ze zm.). [↑](#footnote-ref-4)
5. na podstawie rozdziału 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.). [↑](#footnote-ref-5)
6. nie dotyczy indywidualnej praktyki pielęgniarki prowadzonej wyłącznie w zakładzie leczniczym. [↑](#footnote-ref-6)
7. na podstawie rozdziału 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.). [↑](#footnote-ref-7)
8. nie dotyczy indywidualnej praktyki położnej prowadzonej wyłącznie w zakładzie leczniczym [↑](#footnote-ref-8)