

.....
(pieczęć okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

Miejscowość, dnia

Zlecenie przeprowadzenia wizytacji Nr

Działając na podstawie art. 22 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039), zlecam przeprowadzenie wizytacji:

.....
(imię i nazwisko, nazwa i siedziba praktyki zawodowej)

w celu oceny wykonywania zawodu w ramach praktyki zawodowej wpisanej pod numerem..... do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego w Płocku

w zakresie.....
.....
.....

Wizytacja będzie przeprowadzona
(data wizytacji)

Do przeprowadzenia czynności wizytacyjnych powołuję zespół wizytacyjny w składzie:

1. Przewodnicząca/cy zespołu wizytującego,
(imię i nazwisko)
legitymującego się, Upoważnieniem Nr

2. Członek zespołu wizytującego
(imię i nazwisko)
legitymującego się Upoważnieniem Nr

.....
(pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

.....
(pieczęć okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

Miejscowość, dnia

Upoważnienie Nr

Upoważniam Panią/Pana

legitymującą/cego się dowodem tożsamości

(seria i numer)

do przeprowadzenia czynności wizytacyjnych

.....
(imię i nazwisko, nazwa i siedziba praktyki zawodowej)

w celu oceny wykonywania zawodu w ramach praktyki zawodowej wpisanej pod numerem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego w Płocku

w zakresie.....
.....
.....

Wizytacja będzie przeprowadzona w

(data wizytacji)

Upoważnienie obowiązuje na czas wizytacji.

Podstawa prawna: art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039).

.....
(pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

Miejscowość, data

Wystąpienie powizytacyjne Nr

z wizytacji przeprowadzonej w dniu

.....
(imię i nazwisko, nazwa i siedziba wizytowanej praktyki zawodowej)

Wizytację przeprowadzono na podstawie upoważnień wydanych przez Przewodniczącą/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego w Płocku. Upoważnienie do przeprowadzenia wizytacji doręczono w dniu

.....
(imię i nazwisko, nazwa i siedziba praktyki zawodowej)

Wizytację przeprowadziły (imiona i nazwisko):

1.
2.
3.

Cel wizytacji: ocena wykonywania zawodu w ramach praktyki zawodowej wpisanej pod numerem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych Regionu Płockiego w Płocku.

Zakres wizytacji:

.....

.....

.....

.....

.....

1. Forma prowadzenia praktyki zawodowej:

indywidualna praktyka pielęgniarki

indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania

indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu
lecniczego

indywidualna praktyka położnej

indywidualna praktyka położnej wyłącznie w miejscu wezwania

indywidualna praktyka położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa

indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania

indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

indywidualna specjalistyczna praktyka położnej

indywidualna specjalistyczna praktyka położnej wyłącznie w miejscu wezwania

indywidualna specjalistyczna praktyka położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

grupowa praktyka pielęgniarstwa

grupowa specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa

grupowa praktyka położnych

grupowa specjalistyczna praktyka położnych

2. Zakres udzielanych świadczeń medycznych zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....
.....
.....
.....

3. Wymagania dotyczące pomieszczenia/gabinetu

3.1. Oznakowanie zewnętrzne

- | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| • nazwa (firma) | TAK | NIE |
| • rodzaj prowadzonej działalności | TAK | NIE |

3.2 Wymogi techniczno-sanitarne gabinetu (na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2006 r. w sprawie wymagań technicznych i sanitarnych dla pomieszczeń, w których można wykonywać praktykę pielęgniarstwa i położnych, oraz wymagań, jakim powinny odpowiadać urządzenia i sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 56, poz. 397).

odrębny budynek	
odrębny lokal	
pomieszczenia izolowane od innych użytkowników	

powierzchnia		
podłoga		
ściany		
punkt poboru wody ciepła/zimna	dla pacjentów	dla personelu

ściany przy punktach poboru wody		
rodzaj oświetlenia		
wentylacja		
instalacja wodociągowa	kryta	odkryta
instalacja kanalizacyjna		
instalacja grzewcza		
instalacja elektryczna		
toaleta	dla pacjentów	dla personelu
środki czystości przeznaczone dla pacjentów		
korytarz		
poczekalnia dla pacjentów		
oznaczenia pomieszczeń		
opinia właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych		
inne uwagi		

3.3. Wymogi dotyczące urządzeń i wyposażenia (na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.).

	TAK	NIE
biurko z dokumentacją medyczną		
telefon		
Szafka do przechowywania leków, materiałów medycznych, środków pomocniczych oraz artykułów sanitarnych		

Szafka do przechowywania środków dezynfekcyjnych		
Stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki/położnej		
kozetka		
krzesła		
lampa bakteriobójcza		
lodówka		
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		
stetoskop		
testy do oznaczania poziomu cukru we krwi		
glukometr		
Termometry		
maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego		
neseser pielęgniarski		
waga medyczna dla niemowląt		
waga medyczna ze wzrostomierzem		
neseser położnej (dot. wyłącznie położnej)		
słuchawka położnicza lub detektor tętna płodu (dot. wyłącznie położnej)		
zestaw do pielęgnacji noworodka (dot. wyłącznie położnej)		
Zestaw do porodu nagłego (dot. wyłącznie położnej)		

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.5. Wykaz świadczeń zdrowotnych realizowanych bez zlecenia lekarskiego

.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

5. Dokumentacja medyczna

5.1. Dokumentacja medyczna pielęgniarki (na podstawie rozdziału IV Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010, Nr 252, poz. 1697); (nie dotyczy indywidualnej praktyki pielęgniarki prowadzonej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego).

a) wewnętrzna:

- karta indywidualna opieki pielęgniarskiej,
- karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
- karta wizyty patronażowej,

b) zewnętrzna (opinie, zaświadczenia oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzone na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów),

c) inna dokumentacja.

5.2. Dokumentacja medyczna położnej (na podstawie rozdziału IV Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010, Nr 252, poz. 1697);)nie dotyczy indywidualnej praktyki położnej prowadzonej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego).

a) wewnętrzna:

- karta indywidualna opieki prowadzonej przez położną,
- karta wizyty patronażowej,
- karta obserwacji przebiegu porodu,

b) zewnętrzna (opinie, zaświadczenia, skierowania na badania diagnostyczne, książeczki

zdrowia dziecka oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzone na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów),

c) inna dokumentacja.

Informacje dotyczące udzielanych świadczeń (sposób rejestrowania)

.....
.....
.....

5.3. Dokumentacja medyczna pielęgniarki lub położnej prowadzona w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010, Nr 252, poz. 1697):

.....
.....
.....
.....

5.4. Sposób prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej

- . znormalizowane formularze TAK NIE
- . nośniki elektroniczne TAK NIE
- . znajomość procedur udostępniania dokumentacji wewnętrznej

.....
.....
.....

- . sposób przechowywania dokumentacji i archiwizacji

.....
.....
.....

6. Wnioski z wystąpienia powizytacyjnego i terminy usunięcia stwierdzonych uchybień

.....
.....
.....
.....

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

Podpis osób wizytujących:

Przyjął:

1.

.....
(imię i nazwisko wizytowanej pielęgnowarce lub położnej prowadzącej praktykę zawodową)

2.

Po zapoznaniu się z niniejszym wystąpieniem powizytacyjnym nie zgłaszam umotywowanych zastrzeżeń, co do sposobu wykonania czynności wizytacyjnych i ustaleń zawartych w wystąpieniu.

.....
(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.

.....
(pieczęć i podpis pielęgniarki lub położnej prowadzącej praktykę zawodową)

2.

Pouczenie:

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

Znak pisma:

Miejscowość, data

Pani/Pan

.....
(nazwa i adres pielęgniarki lub położnej prowadzącej wizytowaną
praktykę zawodową)

ZALECENIA POWIZYTACYJNE

W związku z wizytacją przeprowadzoną w, na podstawie wniosków
(data wizytacji)

powizytacyjnych zawartych w Wystąpieniu powizytacyjnym nr przesyłam
zalecenia powizytacyjne:

1.
2.
3.

(W każdym z zaleceń powizytacyjnych należy określić termin ich realizacji
oraz poinformować pielęgniarkę lub położną prowadzącą wizytowaną praktykę zawodową
o obowiązku zawiadomienia Przewodniczącej/cego Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych o sposobie realizacji zaleceń powizytacyjnych lub przyczynach ich niepodjęcia
w terminie do).

.....
(pieczęć i podpis przewodniczącej/ego okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

Miejscowość, dnia

.....
(imię/imiona i nazwisko osoby wizytującej)

O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, że w związku z powołaniem mnie do przeprowadzenia czynności wizytacyjnych

.....
(oznaczenie praktyki zawodowej)

zachowam w tajemnicy informacje podlegające ochronie prawnej uzyskane w trakcie wizytacji, pod rygorem skutków prawnych z odpowiedzialnością karną włącznie.

.....
(imię/imiona i nazwisko)
(czytelny podpis osoby wizytującej)