

Załącznik do uchwały nr 19 VIII KZPiP z dnia 17 maja 2023 r. w sprawie wprowadzenia procedury przeprowadzania wizytacji pielęgniarek lub położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą



**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

**Procedura  
przeprowadzania wizytacji pielęgniarek lub położnych  
wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej  
wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność  
leczniczą**

**Warszawa, maj 2023 r.**

## **Rozdział I**

### **Ogólne zasady przeprowadzania wizytacji.**

§ 1. 1. Wizytacja oznacza kontrolę podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

2. Wizytacja wykonywana przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych obejmuje czynności, których głównym celem jest ocena wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

§ 2. Wizytacja jest przeprowadzana przez pielęgniarki lub położne upoważnione przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.

§ 3. Osoby, o których mowa w § 2, wykonując czynności wizytacyjne za okazaniem imiennego upoważnienia, mają prawo:

- 1) żądania informacji i dokumentacji;
- 2) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 3) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 4) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 5) wglądu do dokumentacji medycznej;
- 6) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

## **Rozdział II**

### **Tryb przeprowadzania wizytacji.**

§ 4.1. Wizytację zleca w oparciu o uchwałę okręgowej rady pielęgniarek i położnych przewodniczący okręgowej rady pielęgniarek i położnych z zastrzeżeniem § 21.

2. Zlecenie przeprowadzenia wizytacji powinno określać w szczególności:

- 1) nazwę i adres zlecającego wizytację,
- 2) imię i nazwisko pielęgniarki lub położnej lub nazwę praktyki zawodowej,
- 3) adres praktyki zawodowej,
- 4) cel i zakres wizytacji,
- 5) termin przeprowadzania wizytacji,
- 6) imię i nazwisko osób wykonujących czynności wizytacyjne wraz z numerem imiennego upoważnienia,
- 7) numer zlecenia w danym roku kalendarzowym.

3. Wzór druku zlecenia wizytacji określa załącznik nr 1.

§ 5.1. Imiennego upoważnienia do przeprowadzenia czynności wizytacyjnych udziela przewodniczący okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

2. Upoważnienie, o którym mowa w ust. 1 powinno określać w szczególności:

- 1) imię i nazwisko oraz serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby upoważnionej do przeprowadzenia wizytacji,

- 2) imię i nazwisko pielęgniarki lub położnej lub nazwa praktyki zawodowej będącej przedmiotem wizytacji,
- 3) adres praktyki zawodowej,
- 4) cel i zakres wizytacji,
- 5) termin przeprowadzania wizytacji.

3. Upoważnienie obowiązuje w czasie przeprowadzania wizytacji.

4. Wzór druku upoważnienia określa załącznik nr 2.

**§ 6.** Zlecający wizytację wyznacza przewodniczącego zespołu, który dokonuje podziału czynności między wizytujących.

**§ 7.1.** Wizytujący podlega wyłączeniu od udziału w wizytacji, jeżeli wyniki wizytacji mogą dotyczyć jego roszczeń, praw lub obowiązków albo roszczeń, praw i obowiązków jego małżonka, krewnych i powinowatych bądź osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Wizytujący może być wyłączony również w razie stwierdzenia innych przyczyn, które mogą mieć wpływ na bezstronność jego postępowania.

2. O przyczynach wyłączenia przewodniczący zespołu wizytacyjnego lub osoba zainteresowana zawiadamia zlecającego wizytację, który rozstrzyga, co do wyłączenia.

**§ 8.** Wizytację przeprowadza się w dniach i godzinach pracy obowiązujących w podmiocie wizytowanym.

**§ 9.** Przed rozpoczęciem wizytacji, nie później niż na 7 dni przed dniem wizytacji, zlecający wizytację zawiadamia pisemnie lub w formie elektronicznej pielęgniarkę lub położną prowadzącą praktykę zawodową, u której będzie przeprowadzana wizytacja, o terminie oraz celu i zakresie wizytacji.

**§ 10.** Obowiązkiem przeprowadzającego wizytację jest rzetelne, obiektywne ustalenie stanu faktycznego, a w razie stwierdzenia nieprawidłowości i uchybień, ustalenie ich przyczyn i skutków.

**§ 11.1.** Wizytujący dokonuje ustaleń stanu faktycznego na podstawie zebranych w toku wizytacji dowodów.

2. Do dowodów zalicza się w szczególności: dokumenty, w tym dane ewidencyjne i sprawozdawcze, wyniki oględzin, pisemne wyjaśnienia i oświadczenia, opinie konsultantów, zdjęcia fotograficzne, dokumentację medyczną udostępnioną wizytującemu do wglądu.

3. Pobranie dowodów rzeczowych powinno być opisane w wystąpieniu powizytacyjnym i odbywać się w obecności osób odpowiedzialnych za udzielanie świadczeń zdrowotnych. Dowód rzeczowy powinien być zaopatrzony przez pielęgniarkę lub położną prowadzącą praktykę zawodową i wizytującego w trwałe cechy lub znaki, uniemożliwiające zastąpienie go innym.

4. Wizytujący może żądać od wizytowanej pielęgniarki lub położnej prowadzącej praktykę zawodową sporządzenia niezbędnych do wizytacji kserokopii, odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń opartych na dokumentach.

5. Zgodność odpisów i wyciągów z oryginałami oraz prawidłowość zestawień i obliczeń potwierdza pielęgniarka lub położna prowadząca praktykę zawodową.

6. W przypadku odmowy ze strony wizytowanej pielęgniarki lub położnej prowadzącej praktykę zawodową, poddania się czynnościom wizytacyjnym, wizytujący odstępuje lub przerywa czynności wizytacyjne i sporządza notatkę służbową na powyższą okoliczność.

§ 12.1. W przypadku, o którym mowa w § 11 ust. 6 zlecający przeprowadzenie wizytacji doręcza notatkę służbową wizytowanej pielęgniarce lub położnej prowadzącej praktykę zawodową oraz informuje o możliwości zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń w terminie 7 dni roboczych od dnia jej otrzymania.

2. W przypadku nie złożenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 1 lub uznania ich za niezasadne okręgowa rada pielęgniarek i położnych powiadamia rzeczownika odpowiedzialności zawodowej.

§ 13.1. Po wykonaniu czynności wizytacyjnych sporządza się wystąpienie powizytacyjne, które zawiera:

- 1) imię i nazwisko pielęgniarki lub położnej oraz adres miejsca zamieszkania albo firmę albo nazwę oraz adres siedziby praktyki zawodowej;
- 2) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności wizytacyjnych,
- 4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności wizytacyjne,
- 5) opis stanu faktycznego,
- 6) stwierdzone nieprawidłowości,
- 7) wnioski osób wykonujących czynności wizytacyjne,
- 8) datę i miejsce sporządzenia wystąpienia powizytacyjnego,
- 9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania wystąpienia powizytacyjnego oraz o przyczynie tej odmowy.

2. Wystąpienie powizytacyjne sporządza się w dwóch egzemplarzach, z których jeden egzemplarz przekazuje się pielęgniarce lub położnej prowadzącej praktykę zawodową.

3. Wystąpienie powizytacyjne podpisują wizytujący i pielęgniarka lub położna prowadząca praktykę zawodową.

4. Jeżeli po sporządzeniu wystąpienia powizytacyjnego, a przed jego podpisaniem pielęgniarka lub położna prowadząca praktykę zawodową zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w wystąpieniu powizytacyjnym, osoby wykonujące czynności wizytacyjne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić wystąpienie powizytacyjne.

5. Zgłoszenie zastrzeżeń, o których mowa w ust. 4, nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności wizytacyjne.

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

7. Wzór druku wystąpienia powizytacyjnego określa załącznik nr 3.

§ 14.1. Wizytowana pielęgniarka lub położna prowadząca praktykę zawodową może odmówić podpisania wystąpienia powizytacyjnego, składając, w terminie 7 dni roboczych od daty jego otrzymania, wyjaśnienie przyczyn tej odmowy.

2. W przypadku odmowy podpisania wystąpienia powizytacyjnego i złożenia wyjaśnienia, wizytujący zaznacza ten fakt w wystąpieniu powizytacyjnym.

3. Odmowa podpisania wystąpienia powizytacyjnego przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania wystąpienia powizytacyjnego przez wizytującego i realizacji ustaleń zawartych w tym wystąpieniu.

**§ 15.1.** Osoby wykonujące czynności wizytacyjne są zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w wyniku dokonywanych czynności wizytacyjnych, ustaleń zawartych w wystąpieniu powizytacyjnym oraz wyników prowadzonego postępowania.

2. Wzór druku oświadczenia osoby wizytującej o zachowaniu w tajemnicy informacji, o których mowa w ust. 1, określa załącznik nr 4.

**§ 16.** 1. Na podstawie ustaleń zawartych w wystąpieniu powizytacyjnym organ prowadzący rejestr wykreśla pielęgniarkę lub położną prowadzącą praktykę zawodową z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku stwierdzenia następujących okoliczności:

- a) złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 100 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, niezgodnego ze stanem faktycznym;
- b) rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem;
- c) niezastosowania się do zaleceń powizytacyjnych.

2. W innych przypadkach niż określone w ust. 1 organ prowadzący rejestr wydaje zalecenia powizytacyjne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania. Wzór druku zaleceń powizytacyjnych określa załącznik nr 5.

3. Jeżeli w wystąpieniu powizytacyjnym stwierdzono postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, okręgowa rada pielęgniarek i położnych powiadamia okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

### **Rozdział III**

#### **Wymagania kwalifikacyjne oraz sposób wyboru osób wykonujących czynności wizytacyjne.**

**§ 17.1.** Wizytującym może być pielęgniarka, położna, która ze względu na posiadane kwalifikacje i praktykę zawodową daje rękojmię należytego wykonania czynności wizytacyjnych.

2. Wizytującym może być pielęgniarka, położna, która spełnia następujące warunki:

- 1) posiada odpowiednio prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub zawodu położnej oraz co najmniej pięcioletni staż pracy w zawodzie i jest aktualnie zatrudniona w dziedzinie pielęgniarstwa będącej przedmiotem wizytacji lub w dziedzinie pokrewnej, oraz
- 2) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, w przypadku kontroli indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej i grupowej specjalistycznej praktyki pielęgniarek lub położnych.

**§ 18.** Listę osób uprawnionych do wykonywania czynności wizytacyjnych prowadzi okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

§ 19. Skład zespołu wizytującego osób wskazanych do wizytacji ustala przewodniczący okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

§ 20. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych corocznie w terminie do dnia 31 marca podejmuje uchwałę w przedmiocie planu przeprowadzania wizytacji pielęgniarek lub położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

§ 21. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, niecierpiących zwłoki, przewodniczący okręgowej rady pielęgniarek i położnych ma prawo zlecić przeprowadzenie wizytacji pomimo braku wskazania określonej praktyki zawodowej w uchwale okręgowej rady pielęgniarek i położnych, o której mowa w § 20, o czym niezwłocznie informuje okręgową radę pielęgniarek i położnych. Przepis § 19 stosuje się odpowiednio.

#### **Rozdział IV**

##### **Postanowienia końcowe.**

§ 22. Niniejsza procedura wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2023 roku.

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

Miejscowość, dnia .....

**Zlecenie przeprowadzenia wizytacji Nr.....**

Działając na podstawie art. 111 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.) oraz art. 22 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.).

zlecam przeprowadzenie wizytacji

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

wpisanej pod numerem..... do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....

(siedziba okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

w celu oceny wykonywania zawodu w ramach praktyki zawodowej w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Wizytacja będzie przeprowadzona .....

(termin wizytacji)

Do przeprowadzenia czynności wizytacyjnych powołuję zespół wizytacyjny w składzie:

1. .... Przewodnicząca/cy zespołu wizytującego,

(imię i nazwisko)

legitymujący się, Upoważnieniem Nr .....

2. .... Członek zespołu wizytującego

(imię i nazwisko)

legitymujący się Upoważnieniem Nr .....

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

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

Miejscowość, dnia .....

**Upoważnienie Nr .....**

Podstawa prawna: art. 111 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.) oraz art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2702 ze zm.).

Upoważniam Panią/Pana .....

legitymującą/cego się dowodem tożsamości .....

(seria i numer)

do przeprowadzenia czynności wizytacyjnych

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

wpisanej pod numerem ..... do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....

(siedziba okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

w celu oceny wykonywania zawodu w ramach praktyki zawodowej w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Osoby wykonujące czynności wizytacyjne za okazaniem niniejszego upoważnienia, mają prawo:

1. żądania informacji i dokumentacji;
2. oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
3. wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
4. udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
5. wglądu do dokumentacji medycznej;
6. żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Wizytacja będzie przeprowadzona w .....

(termin wizytacji)

Upoważnienie obowiązuje na czas wizytacji.

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



Miejscowość, data .....

**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 .....

(siedziba okręgowej rady pielęgniarek i położnych)

Wizytację przeprowadzono na podstawie upoważnień wydanych przez Przewodniczącą/ego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w ..... 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. ....
3. ....

**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<sup>1</sup>(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

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

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

**3. 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

---

<sup>1</sup>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 (Dz. U. z 2019r. poz. 605)

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<sup>2</sup>:

	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		

<sup>2</sup> 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.

dorośli		
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<sup>3</sup>:**

	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		

<sup>3</sup> 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.

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<sup>4</sup>:

	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		

<sup>4</sup> 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.).

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<sup>5, 6</sup>**

- a) wewnętrzna:
- historia zdrowia i choroby,
  - karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego,
  - karta wizyty patronażowej,
- b) zewnętrzna (opinie, zaświadczenia, orzeczenia, skierowania na badania diagnostyczne oraz inne dokumenty o podobnym charakterze i przeznaczeniu, sporządzone na wniosek pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów),
- c) inna dokumentacja.

**7.2. Dokumentacja medyczna położnej<sup>7, 8</sup>**

- a) wewnętrzna:
- karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną,
  - karta wizyty patronażowej,
  - karta obserwacji przebiegu porodu,
- b) 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),
- c) inna dokumentacja.

Informacje dotyczące udzielanych świadczeń (sposób dokumentowania)

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

---

<sup>5</sup> 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 (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.).

<sup>6</sup> nie dotyczy indywidualnej praktyki pielęgniarki prowadzonej wyłącznie w zakładzie leczniczym.

<sup>7</sup> 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 (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 ze zm.).

<sup>8</sup> nie dotyczy indywidualnej praktyki położnej prowadzonej wyłącznie w zakładzie leczniczym

### 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 pielęgnowarce lub położnej prowadzącej praktykę zawodową.

**Podpis osób wizytujących:**

**Otrzymałam w dniu:**

1. ....

.....

(podpis wizytowanej pielęgnowarce lub położnej prowadzącej praktykę zawodową)

2. ....

Po zapoznaniu się z niniejszym wystąpieniem powizytacyjnym:

1) nie zgłaszam zastrzeżeń do wystąpienia powizytacyjnego

.....  
(pieczęć i podpis pielęgnowarce 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 zastrzeżeń do organu zlecającego wizytację, co do sposobu przeprowadzenia czynności wizytacyjnych oraz ustaleń zawartych w wystąpieniu powizytacyjnym.

## Załącznik nr 4

Miejscowość, dnia .....

.....

(imię/ imiona i nazwisko osoby wizytującej)

### Oświadczenie

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)

## Załącznik nr 5

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 wykonania  
oraz poinformować pielęgniarkę lub położną prowadzącą wizytowaną praktykę zawodową  
o obowiązku zawiadomienia Przewodniczącej/cego Okręgowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych o sposobie wykonania zaleceń powizytacyjnych)

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