

**Dokumentację medyczną** stanowi zbiór dokumentów medycznych a **dokument medyczny** to każdy fizycznie wyodrębniony nośnik informacji, który zawiera, co najmniej:

- oznaczenie pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości,
- oznaczenie zakładu ze wskazaniem komórki organizacyjnej,
- opis stanu zdrowia pacjenta lub informację o udzielonych świadczeniach medycznych,
- datę sporządzenia.

**Dokumentację sporządza się w porządku chronologicznym**, zaznaczając koniec każdego wpisu i opatrując czytelnym podpisem osoby sporządzającej wpis z podaniem danych ją identyfikujących. Raz dokonany wpis nie może być nigdy usunięty. Może być tylko skreślony z podaniem daty i podpisem osoby dokonującej skreślenia.

**Nie sposób przecenić dokumentacji medycznej.** Ze względu na zawartość i sposób sporządzania, ma ona podstawowe znaczenie dla opiniowania sądowno-lekarskiego; może decydować o winie, o wysokości odszkodowania, zadośćuczynienia, o prawie do renty.

Niestety, procesy z roszczeń pacjentów pokazują, że prowadzenie dokumentacji w szpitalu pozostawia wiele do życzenia. Popelniane są błędy o charakterze formalnym i merytorycznym.

**Źle prowadzona dokumentacja:**

- utrudnia ocenę prawidłowości postępowania leczniczego i opiniowanie o stanie zdrowia pacjenta dla potrzeb postępowania cywilnego czy postępowania ubezpieczeniowego,
- uniemożliwia rozwikłanie wielu istotnych problemów prawnych związanych z stanem zdrowia pacjenta lub sposobem prowadzonego leczenia,
- nie pozwala na obiektywne ustalenie wielkości szkody, odpowiedniego zadośćuczynienia za ból i cierpienie, poniesionych kosztów leczenia, niezdolności do pracy.

**Podsumowanie**

Braki w dokumentacji utrudniają, a czasem wręcz uniemożliwiają szpitalowi dowodzenie niezawinienia w przypadku roszczenia wynikłego ze szkody powstałej podczas leczenia i są powodem niekorzystnych dla szpitala ustaleń/orzeczeń, najpierw biegłego, a potem sądu, zwłaszcza, jeżeli stosuje zasadę „post hoc, ergo propter hoc” (wszystko co się stało po zdarzeniu, jest skutkiem tego zdarzenia).

Trzeba wiedzieć, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego skąpe prowadzenie dokumentacji jest oceniane jako nieprawidłowe, i w razie wątpliwości wynikłych na tle niepełnej dokumentacji, braku koniecznych informacji, **wątpliwości tłumaczy się na korzyść pacjenta.**

Warto też wspomnieć, że wadliwe prowadzenie dokumentacji lekarskiej kwalifikuje się jako tzw. fałsz intelektualny przy wystawianiu dokumentu i podlega odpowiedzialności karnej. Z tych względów, nie można bagatelizować i nie zwracać uwagi na nieprawidłowe praktyki personelu medycznego szpitala, a zwłaszcza lekarzy.

**WNIOSKI DLA SZPITALA:**

- Pierwszy:** nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej pozbawia szpital dowodu obrony przed zarzutami pacjenta,  
**Drugi:** brak wpisu w dokumentacji medycznej o niepomyślnym leczeniu podważa zaufanie do szpitala,  
**Trzeci:** brak formalnej zgody na zabieg operacyjny, nieprawidłowe poinformowanie pacjenta o zabiegu o podwyższonym ryzyku, przesądza o odpowiedzialności szpitala, w sytuacji wyrządzenia szkody podczas leczenia i istnienia związku przyczynowego między szkodą i leczeniem prowadzonym bez prawidłowej zgody,  
**Czwarty:** ciężar dowodu uzyskania prawidłowej zgody obciąża szpital.