POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o. o.
W LWÓWKU ŚLĄSKIM
UL. MORCINKA 7, TEL. 075 782 01 04

PROCEDURA
PRZYJMOWANIA OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH WYKONANIA SEKCJI ZWŁOK

Numer referencyjny procedury: **85/2023/M**

Data wprowadzenia: 06.09.2023

Data ewaluacji:

Miejsce zastosowania: Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o. o.
z siedzibą w Lwówku Śląskim

Opracowane przez: **Dyrektor ds. Medycznych lek. Marcin Karasiński**

Zaakceptowane przez: **Radca Prawny Krzysztof Warzyński WŁ/JG/310**

Zatwierdzono przez:

Sporządził :	Zaakceptował:	Zatwierdził:

1.Cel procedury

Celem procedury jest ustalenie jednolitego sposobu postępowania personelu medycznego:
- Szpitala Powiatowego
- Zakładu Opieki Długoterminowej

przy pobieraniu oświadczeń:
1) Sprzeciw pacjenta do przeprowadzenia sekcji zwłok (załącznik nr 1 do procedury)
2) Sprzeciw przedstawiciela ustawowego pacjenta co do przeprowadzenia sekcji zwłok (załącznik nr 2 do procedury)

2.Przedmiot procedury

Przedmiotem procedury jest opis postępowania personelu podczas:
1) zgłoszenia przez pacjenta sprzeciwu do przeprowadzenia sekcji zwłok na wypadek jego śmierci,
2) zgłoszenia przez przedstawiciela ustawowego pacjenta sprzeciwu wykonania sekcji zwłok.

3.Zakres stosowania

Postępowanie zawarte w niniejszej procedurze obowiązuje personel:
- Szpitala Powiatowego
- Zakładu Opieki Długoterminowej

4.Sposób postępowania

4.1 Sprzeciw pacjenta

W przypadku zgłoszenia przez pacjenta sprzeciwu do przeprowadzenia sekcji zwłok na wypadek jego śmierci należy pobrać o niego oświadczenie zgodne z załącznikiem nr 1 Procedury.

4.2 Sprzeciw przedstawiciela ustawowego

W przypadku zgłoszenia przez przedstawiciela ustawowego pacjenta sprzeciwu co do przeprowadzenia sekcji zwłok pacjenta należy pobrać o niego oświadczenie zgodne z załącznikiem nr 2 Procedury.

5.Odpowiedzialność i uprawnienia

- Kierownicy / Ordynatorzy: odpowiedzialni są za wdrożenie i stosowanie procedury.
- Personel zobowiązany jest do stosowania procedury.

6.Kontrola przebiegu procedury

Nadzór nad prawidłowością i skutecznością funkcjonowania procedury pełni Dyrektor ds Medycznych.

UWAGA!

I. Zasadą jest, iż pacjent wyraża zgodę na sekcję zwłok (domniemanie prawne).

II. Sprzeciw nie jest skuteczny:

1) jeżeli istnieje podejrzenie umyślnego lub nieumyślnego spowodowania śmierci pacjenta,

2) jeżeli istnieje podejrzenie błędu medycznego,

3) jeżeli brak jest jednoznacznej przyczyny zgonu pacjenta,

4) jeżeli sekcję zwłok zarządzi państwowy powiatowy inspektor sanitarny lub państwowy graniczny inspektor sanitarny.

III. Sprzeciw co do wykonania sekcji zwłok nie jest równoznaczny z wyrażeniem sprzeciwu na transplantację narządów, tkanek czy komórek.

Załącznik nr 1

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć komórki organizacyjnej)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Nr PESEL pacjenta: .....

Adres zamieszkania pacjenta: .....

SPRZECIW PACJENTA CO DO PRZEPROWADZENIA SEKCJI ZWŁOK

Na wypadek mojej śmierci oświadczam, że sprzeciwiam się wykonaniu sekcji zwłok.

.....

(podpis pacjenta)

Oświadczenie powyższe przyjęto od ww. Pacjenta, a towarzyszyły temu następujące okoliczności:

- pacjent był świadomy swojej decyzji*,
- nie są znane okoliczności zewnętrzne mające wpływ na decyzję pacjenta*,
- inne .....

* niepotrzebne skreślić

.....

(imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej powyższe oświadczenie)

Sporządził :	Zaakceptował:	Zatwierdził:

Data wprowadzenia: 06.09.2023 r.

Załącznik nr 2

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć komórki organizacyjnej)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Nr PESEL pacjenta: .....

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: .....

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego: .....

SPRZECIW PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA
CO DO PRZEPROWADZENIA SEKCJI ZWŁOK

Działając jako przedstawiciel ustawowy ww. pacjenta, oświadczam, że sprzeciwiam się wykonaniu sekcji zwłok pacjenta, którego zgon nastąpił ..... *(data i godzina zgonu)*

.....

(podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)

Przed podpisaniem ww. oświadczenia i zgody potwierdziłam(-em) tożsamość przedstawiciela ustawowego Pacjenta na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości.

.....

(imię i nazwisko oraz podpis osoby odbierającej powyższe oświadczenie)

POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ PRACOWNIKÓW Z PROCEDURĄ
(odpowiedzialny kierownik komórki organizacyjnej)

L.p.	Data	Nazwisko i imię	Stanowisko	Oddział	Podpis