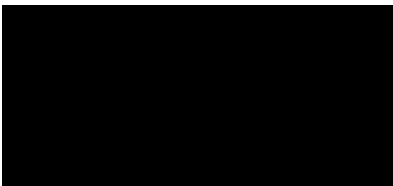




DBR.055.28.2026.EK
Warszawa, 07 sierpnia 2026



działając na podstawie art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. *o petycjach* (Dz. U. z 2018 r. poz. 870), po rozpatrzeniu petycji nr [REDACTED] z 27 maja 2026 r. w sprawie uwzględnienia medycznych skal wczesnego ostrzegania podczas przyjęcia pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, niniejszym przedkładam **zawiadomienie o sposobie jej rozpatrzenia**.

Podstawowe zasady dotyczące przyjmowania pacjentów do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR), do których należy m.in. przeprowadzanie segregacji medycznej z wykorzystaniem systemu TOPSOR, w którym wypełniana jest też karta segregacji medycznej, wynikają z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (Dz.U. z 2025 r. poz. 1646 z późn. zm.). Natomiast zawartość karty segregacji medycznej, w tym oznaczenie podstawowych badań służących wstępnej ocenie stanu zdrowia pacjenta, określona została w § 20a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz.U. z 2024 r. poz. 798 z późn. zm.). Jeśli zaś chodzi o inne badania, które nie wynikają z tej dokumentacji, to są one zlecane przez lekarza indywidualnie, w zależności od stanu zdrowia pacjenta, zgłaszanych dolegliwości i konieczności wykonania niezbędnej diagnostyki, celem obrania właściwego kierunku leczenia.

Natomiast w odniesieniu do wykonywania określonych badań pacjentom przyjmowanym w izbie przyjęć (IP), trzeba przede wszystkim rozróżnić, czy do szpitalnej IP zgłasza się pacjent na pobyt planowy, czy jest to osoba w stanie nagłym. Należy bowiem zaznaczyć, że najczęściej IP jest miejscem, do którego zgłaszają się pacjenci ze skierowaniem i wyznaczonym terminem przyjęcia na poszczególne oddziały szpitalne. Zakres badań koniecznych do przeprowadzenia zależał więc będzie od specyfiki oddziału, czy też planowanego zabiegu.

Zgodnie z § 14 rozporządzenia *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, historia choroby zawiera informacje dotyczące przyjęcia pacjenta do szpitala, przebiegu hospitalizacji oraz wypisania pacjenta ze szpitala. Natomiast § 15 tego rozporządzenia tego rozporządzenia szczegółowo wskazuje, jakie dokumenty dołącza się do historii choroby.

W związku z powyższym **przekazana przez [REDAKTOWANE] petycja nie znajduje uzasadnienia i Ministerstwo Zdrowia nie może jej uwzględnić.**

Jednocześnie informuję, że zgodnie z art. 13 ust. 2 ustawy o petycjach sposób załatwienia petycji nie może być przedmiotem skargi.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Agnieszka Tuderek-Kuleta
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/