

 SPWSZ SZCZECIN	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony 71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4	PA O/ST nr 5 Wydanie 8 Strona 1 / Stron 6 Data wydania: 27.02.2018r.			
	PROCEDURA POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZGONU PACJENTA		Opracował:	Sprawdził:	Zatwierdził
Traci moc: w lokalizacji ul. Arkońska 4 i A. Sokołowskiego 11 <i>Procedura postępowania w przypadku zgonu pacjenta</i> wyd. 7 z dnia 20.07.2017r.		<i>B. Burzyńska</i> <i>M. Mularska</i>			

Celem niniejszej procedury jest zapewnienie, że postępowanie w przypadku zgonu pacjenta w SPWSZ zostanie przeprowadzone zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 roku w sprawie postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta i art.28 ust. 2-7 i art. 31-32 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

Przedmiotem procedury jest tryb postępowania w przypadku zgonu pacjenta, powiadamiania osób upoważnionych, ustalenia zasadności wykonania sekcji zwłok, przygotowania zwłok osoby zmarłej do wydania osobom upoważnionym do ich pochowania w sposób zapewniający zachowanie godności należnej osobie zmarłej oraz sposobu dokumentowania podjętych działań.

I. Główne zasady postępowania w przypadku zgonu pacjenta

1. Niezwłoczne powiadomienie o zgonie wskazanej przez pacjenta osoby lub instytucji, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zwanego dalej przedstawicielem osoby zmarłej.
2. Wypełnienie i wydrukowanie z systemu informatycznego *Karty zgonu* (załącznik nr 1).
3. Wypełnienie *Karty sekcyjnej* (załącznik nr 2)
4. Wystawienie *Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego*.
5. Wykonanie toalety pośmiertnej i umieszczenie identyfikatora na ciele osoby zmarłej.
6. Spisanie i zabezpieczenie wszystkich przedmiotów i dokumentów należących do zmarłego.

II. Główne zasady postępowania dotyczące zwolnienia / poddania sekcji zwłok pacjenta

1. Zwłoki osoby zmarłej mogą być poddane sekcji zwłok chyba, że pacjent za życia wyraził sprzeciw lub uczynił to jego przedstawiciel ustawowy, z zastrzeżeniem sytuacji:
 - a. określonych w kodeksie postępowania karnego, w przypadku podejrzenia przestępczego spowodowania śmierci – na polecenie prokuratora lub sądu
 - b. w przypadku wydania przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego decyzji administracyjnej nakazującej wykonanie sekcji zwłok osoby zmarłej na chorobę zakaźną lub podejrzanej o taką chorobę
 - c. w każdym przypadku, gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny.
2. O wykonaniu sekcji zwłok decyduje Dyrektor Szpitala, z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa lub Naczelny Lekarz - na wniosek wystawiony przez lekarza prowadzącego i zatwierdzony przez Ordynatora/Lekarza kierującego oddziałem lub wskazanego przez niego lekarza (*Wniosek o przeprowadzenie /odstąpienie od wykonania sekcji zwłok* - załącznik nr 3).
3. Oryginał *Wniosku o przeprowadzenie / odstąpienie od wykonania sekcji zwłok* (zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala, z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa lub Naczelnego Lekarza) należy dołączyć do *Historii choroby* zmarłego pacjenta oraz sporządzić w niej adnotację z odpowiednim uzasadnieniem o przeprowadzeniu / odstąpieniu od wykonania sekcji zwłok.



III. Obowiązki i kompetencje lekarza prowadzącego / dyżurnego

1. Dokonuje oględzin zmarłego, stwierdza zgon i jego przyczynę, odnotowuje w *Raporcie z dyżuru lekarskiego*, *Historii choroby* dzień i godzinę zgonu oraz niezbędne informacje dotyczące okoliczności zgonu.
2. Powiadamia o zgonie przedstawiciela osoby zmarłej.
3. Umieszcza w *Historii choroby* adnotację o powiadomieniu przedstawiciela osoby zmarłej wraz z podaniem daty, godziny, sposobu powiadomienia o zgonie oraz nazwiska osoby powiadamiającej i powiadamianej.
4. W sytuacji, gdy nie doszło do przekazania informacji o zgonie powiadamia o tym fakcie Zespół ds. Społecznych.
5. W przypadku zgonu osoby, której tożsamość nie została ustalona, bądź zgonu, co, do którego istnieje pewność lub uzasadnione podejrzenie, że jest następstwem m. in. zabójstwa, samobójstwa, otrucia, nieszczęśliwego wypadku, uduszenia mechanicznego, działania wysokich temperatur, elektryczności, powiadamia prokuratora rejonowego i jednostkę policji.
6. W przypadku zgonu wskutek choroby zakaźnej oraz zgonu co do którego zachodzi podejrzenie, że nastąpił wskutek choroby zakaźnej, powiadamia Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
7. Wypełnia i drukuje *Kartę zgonu*.
8. Wypełnia *Kartę sekcijną*.
9. Wystawia *Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego*.
10. W przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy osoby zmarłej zgłosi prośbę o zwolnienie z sekcji zwłok i nie występują okoliczności natury medycznej bądź prawnej nakazujące wykonanie badania sekcyjnego, lekarz przekazuje przedstawicielowi ustawowemu do wypełnienia stronę 2 druku – *Wniosku o przeprowadzenie/odstąpienie od wykonania sekcji zwłok*. Wniosek wypełnia osobiście przedstawiciel ustawowy podając w nim dane osoby zmarłej (*Imię, nazwisko, PESEL*).
11. Wniosek kierowany jest do zatwierdzenia do Dyrektora Szpitala, z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa lub Naczelnego Lekarza.

IV. Obowiązki i kompetencje pielęgniarki / położnej

1. Przygotowuje zwłoki osoby zmarłej do transportu z jednostki organizacyjnej szpitala w sposób zapewniający zachowanie godności należytą osobie zmarłej: rozbiera zmarłego; wykonuje toaletę pośmiertną; usuwa z ciała wenflony, wkłucia centralne, cewniki, wąsy do tlenu, zabezpiecza miejsca przerwania ciągłości tkanek np. opatrunkiem wodoszczelnym, nie krępuje kończyn.
2. Umieszcza na nadgarstku lub stopie osoby zmarłej opaskę identyfikującą z następującymi danymi: jednostka organizacyjna szpitala, z której pochodzą zwłoki, imię nazwisko osoby zmarłej, PESEL osoby zmarłej, w przypadku braku PESEL – numer i serię dokumentu stwierdzającego tożsamość, datę, godzinę zgonu.
3. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, na identyfikatorze dokonuje oznaczenia „NN” z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.
4. Okrywa ciało osoby zmarłej prześcieradłem jednorazowym, a następnie umieszcza w zapinanym nieprzezroczystym worku foliowym.



5. Umieszcza na worku etykietę z nazwą jednostki organizacyjnej szpitala, datą i godziną zgonu oraz imieniem i nazwiskiem lub NN - w przypadku braku ustalenia tożsamości - osoby zmarłej.
6. Dodatkowo, jeżeli zgon nastąpił z powodu choroby zakaźnej lub podejrzenia choroby zakaźnej zwłoki osoby zmarłej umieszcza w dodatkowym worku.
7. Zwłoki osoby zmarłej pozostawia przez 2 godziny w przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu (np. PRO MORTE) lub innym miejscu z zachowaniem godności zmarłemu.
8. Wypełnia *Kartę skierowania zwłok do chłodni* (załącznik nr 4).
9. Zgłasza na portiernię fakt zgonu pacjenta podając nazwę jednostki organizacyjnej szpitala, datę i godzinę zgonu, imię i nazwisko osoby zmarłej oraz godz. odbioru zwłok. Podaje swoje imię i nazwisko, jednocześnie uzyskuje imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie o zgonie pacjenta, dokonuje adnotacji w *Historii Pielęgowania - Raporcie pielęgniarskim*.
10. Przekazuje zwłoki osoby zmarłej wraz z *Kartą skierowania zwłok do chłodni* (załącznik nr 4), pracownikowi transportującemu zwłoki do chłodni.
11. Zabezpiecza przedmioty i dokumenty należące do osoby zmarłej zgodnie z *Procedurą zabezpieczania depozytu wartościowego i rzeczy osobistych należących do pacjenta*.
12. Dokonuje adnotacji w *Księżce raportów pielęgniarskich* (imię, nazwisko osoby zmarłej, data godzina zgonu).
13. Dołącza do dokumentacji medycznej zmarłego pacjenta *Kartę skierowania zwłok do chłodni* otrzymaną z Prosektorium i uzupełnioną o zapis dot. potwierdzenia przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni.

V. Zadania i obowiązki personelu pomocniczego

1. Pracownik Portierni/Centralnego Punktu Dyspozytorni

- a. przyjmuje zlecenie transportu zwłok osoby zmarłej z jednostki organizacyjnej szpitala do Prosektorium
- b. potwierdza przyjęcie zlecenia transportu zwłok osoby zmarłej w *Księżce ewidencji usługi transportu zwłok osoby zmarłej na terenie SPWSZ* (załącznik nr 6).
- c. powiadamia:
 - ✓ w lokalizacji Arkońska 4 pracownika transportu wewnętrznego
 - ✓ w lokalizacji A. Sokołowskiego 11 pracownika pomocniczego SOR/pracownik transportu wewnętrznego o konieczności przewiezienia zwłok osoby zmarłej oraz potwierdza przedmiotowy fakt w *Księżce ewidencji usługi transportu zwłok osoby zmarłej na terenie SPWSZ* wpisując datę i godzinę powiadomienia, imię i nazwisko osoby powiadamianej
- d. poza godzinami pracy Prosektorium¹ wydaje i przyjmuje klucze do Prosektorium SPWSZ od pracownika transportującego zwłoki za potwierdzeniem w *Księżce ewidencji usługi transportu zwłok osoby zmarłej na terenie SPWSZ*.

¹ poza godzinami pracy Prosektorium - w dni świąteczne oraz w dni robocze:

- ✓ w lokalizacji ul. Arkońska 4 od godz. 15.35 -7.00
- ✓ w lokalizacji ul. A. Sokołowskiego 11 od godz. 14.35 -7.00

² w godzinach pracy Prosektorium w dni robocze:

- ✓ w lokalizacji ul. Arkońska 4 od godz. 7.00 – 15.35;
- ✓ w lokalizacji ul. A. Sokołowskiego 11 od godz. 7.00 – 14.35



2. **Pracownik transportujący (pracownik transportu wewnętrznego/pracownik pomocniczy SOR) zwłoki do chłodni**
 - a. odbiera zwłoki osoby zmarłej od pielęgniarki / położnej jednostki organizacyjnej szpitala
 - b. potwierdza czytelnym podpisem na *Karcie skierowania zwłok do chłodni* fakt odebrania zwłok osoby zmarłej z jednostki organizacyjnej szpitala
 - c. przewozi zwłoki osoby zmarłej wraz z *Kartą skierowania zwłok do chłodni* do Prosektorium specjalnie przeznaczonym do tego celu środkiem transportu – szczelnie zamkniętym umożliwiającym mycie i dezynfekcję
 - c. poza godzinami pracy Prosektorium¹ pobiera i zdaje klucze od Prosektorium SPWSZ z Portierni za potwierdzeniem w *Księdze ewidencji usługi transportu zwłok osoby zmarłej na terenie SPWSZ*
 - d. umieszcza zwłoki osoby zmarłej w chłodni. Oznacza miejsce umieszczenia zwłok – symbolem jednostki organizacyjnej z której przewieziono zwłoki oraz imieniem i nazwiskiem osoby zmarłej)
 - e. w przypadku przewiezienia zwłok osoby zmarłej z jednostki organizacyjnej szpitala do chłodni Prosektorium:
 - ✓ w godzinach pracy Prosektorium²
przekazuje zwłoki osoby zmarłej wraz z *Kartą skierowania zwłok do chłodni* pracownikowi Prosektorium
 - ✓ poza godzinami pracy Prosektorium¹
dokonuje w *Księdze ewidencji zwłok w Prosektorium* (załącznik nr 7) adnotacji dot. imienia i nazwiska osoby zmarłej, PESEL, nazwy jednostki organizacyjnej szpitala, daty, godziny przywiezienia zwłok osoby zmarłej oraz podpisuje się czytelnie. *Kartę skierowania zwłok do chłodni* uzupełnia o zapis dot. godziny dostarczenia zwłok do chłodni
 - f. myje i dezynfekuje środek transportu.
3. **Pracownik Sekretariatu** jednostki organizacyjnej szpitala w której nastąpił zgon przekazuje:
 - 3.1. do Sekretariatu/Kancelarii Dyrektora oryginał *Wniosku o przeprowadzenie/odstąpienie od wykonania sekcji zwłok* (w celu zaopiniowania przez Dyrektora Szpitala, z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa lub Naczelnego Lekarza, który po zaopiniowaniu odbiera)
 - 3.1.1. w lokalizacji ul. Arkońska 4 do Działu Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług *Kartę zgonu* oraz kopię *Wniosku o przeprowadzenie /odstąpienie od wykonania sekcji zwłok* zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala, z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa lub Lekarza Naczelnego
 - 3.1.2. w lokalizacji ul. A. Sokołowskiego 11 do Prosektorium kopię *Wniosku o przeprowadzenie /odstąpienie od wykonania sekcji zwłok* zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala, z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa lub Naczelnego Lekarza
 - 3.2. w przypadku konieczności wykonania sekcji zwłok do Prosektorium *Kartę Sekcyjną* i *Historię choroby*
 - 3.3. na drugi dzień roboczy po zgonie odbiera *Kartę skierowania zwłok do chłodni* z Prosektorium, którą dołącza do *Historii choroby*



4. Pracownik Działu Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług w lokalizacji ul. Arkońska 4

- a. rejestruje i wydaje za pisemnym potwierdzeniem *Kartę zgonu* przedstawicielowi osoby zmarłej
- b. wprowadza do *Rejestru kart statystycznych do kart zgonu* dane osobowe zmarłego (imię, nazwisko, PESEL), nazwę jednostki organizacyjnej szpitala, datę zgonu, miejsce pochówku oraz dane przedstawiciela osoby zmarłej (imię, nazwisko, adres, nr dowodu poświadczającego tożsamość) odbierającego *Kartę zgonu*.
- c. przekazuje do Zakładu Patomorfologii - Prosektorium kopię *Wniosku o przeprowadzenie/odstąpienie od wykonania sekcji zwłok*
- d. przekazuje przedstawicielowi osoby zmarłej *Pozwolenie na wydanie zwłok* (załącznik nr 5)
- e. w uzasadnionych przypadkach wydaje duplikat *Pozwolenie na wydanie zwłok*.

4.1 Pracownik Sekretariatu jednostki organizacyjnej szpitala w której nastąpił zgon w lokalizacji ul. A. Sokołowskiego 11

- a. rejestruje i wydaje za pisemnym potwierdzeniem *Kartę zgonu* przedstawicielowi osoby zmarłej
- b. przekazuje do Prosektorium kopię *Wniosku o przeprowadzenie/odstąpienie od wykonania sekcji zwłok*
- c. przekazuje przedstawicielowi osoby zmarłej *Pozwolenie na wydanie zwłok* (załącznik nr 5)
- d. w uzasadnionych przypadkach wydaje duplikat *Pozwolenie na wydanie zwłok*.

5. Pracownik Prosektorium

a. w godzinach pracy Prosektorium²

- od pracownika transportującego zwłoki przyjmuje zwłoki osoby zmarłej wraz z *Kartą skierowania zwłok do chłodni*, w której dokonuje adnotacji dot. przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni oraz podpisuje się czytelnie. W *Księdze ewidencji zwłok w Prosektorium* dokonuje adnotacji dot. daty, godziny przywiezienia zwłok osoby zmarłej, imienia i nazwiska osoby zmarłej, jednostki organizacyjnej szpitala oraz podpisuje się czytelnie
- na drugi dzień roboczy po zgonie *Kartę skierowania zwłok do chłodni* przekazuje sekretarce medycznej/rejestratorce medycznej jednostki organizacyjnej szpitala, w której nastąpił zgon pacjenta
- zwłoki osoby zmarłej przekazuje przedstawicielowi osoby zmarłej / firmie pogrzebowej, wyłącznie za:
 - okazaniem *Pozwolenia na wydanie zwłok*, po uprzednim stwierdzeniu zgodności zapisów na przedmiotowym pozwoleniu z danymi zawartymi na identyfikatorze umieszczonym na ciele osoby zmarłej
 - potwierdzeniem czytelnym podpisem w *Księdze ewidencji zwłok w Prosektorium* fakt odebrania zwłok z Prosektorium
- w przypadku, gdy okres przechowywania zwłok jest dłuższy niż 72 godziny wystawia *Wniosek o wystawienie faktury* dot. naliczenia opłaty za przechowywanie zwłok w wysokości zgodnej z obowiązującym w szpitalu cennikiem
- przekazuje *Wniosek o wystawienie faktury* przedstawicielowi osoby zmarłej



Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony
71-455 Szczecin, ul. Arkońska 4

**PROCEDURA
POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU
ZGONU PACJENTA**

PA O/ST nr 5
Wydanie 8
Strona 6 / Stron 6
Data wydania:
27.02.2018r.

b. poza godzinami pracy Prosektorium¹

- niezwłocznie po przyjeździe do pracy potwierdza zgodność wpisów dokonanych przez pracownika transportującego zwłoki ze stanem faktycznym
- dokonuje adnotacji na *Karcie kierowania zwłok do chłodni* dot. przyjęcia zwłok do chłodni poprzez jej autoryzację

Pozostałe czynności wykonuje analogicznie do zapisów ujętych w punkcie 5 a.

6. Pracownik

- ✓ **Kasy** w lokalizacji ul. Arkońska 4
- ✓ **Działu Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług** w lokalizacji ul. A. Sokołowskiego 11

wystawia na podstawie *Wniosku o wystawienie faktury* fakturę za przechowywanie zwłok

- 7. Pracownik Zespołu ds. Społecznych** w przypadku zgonu pacjenta, który nie posiada rodziny lub przedstawiciela ustawowego odbiera z Działu Statystyki Medycznej i Sprzedaży Usług *Kartę zgonu*, którą dostarcza do Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie.

Osoby wykonujące zawody medyczne, udzielające świadczeń zdrowotnych są związane tajemnicą zawodową obejmującą wszystkie informacje związane z pacjentem także po jego śmierci. Wyjątek stanowią przypadki osób zmarłych w stosunku do których ma zastosowanie specjalny tryb postępowania.

VI. Załączniki

1. Załącznik nr 1 - Karta zgonu
2. Załącznik nr 2 - Karta sekcyjna
3. Załącznik nr 3 - Wniosek o przeprowadzenie/odstąpienie od wykonania sekcji zwłok
4. Załącznik nr 4 - Karta skierowania zwłok do chłodni
5. Załącznik nr 5 - Pozwolenie na wydanie zwłok
6. Załącznik nr 6 - Książka ewidencji usługi transportu zwłok osoby zmarłej na terenie SPWSZ
7. Załącznik nr 7 - Księga ewidencji zwłok w Prosektorium

VII. Dokumenty związane

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 roku w sprawie postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta i art.28 ust. 2-7 i art. 31-32 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
2. Księga zgonów

Wzór
Karta zgonu

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą*	Część przeznaczona do zarejestrowania zgonu	Karta dotyczy osoby zmarłej** <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 5%;">1</td><td>dziecka do roku</td></tr><tr><td>2</td><td>innej osoby</td></tr></table>	1	dziecka do roku	2	innej osoby
1	dziecka do roku					
2	innej osoby					

1. Nazwisko osoby zmarłej

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Nr PESEL osoby zmarłej

5. Rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zmarłej***

6. Data i godzina zgonu**** rok [][][][] dzień [][] m-c [][] godz. [][] min [][]

albo data i godzina znalezienia zwłok**** rok [][][][] dzień [][] m-c [][] godz. [][] min [][]

7. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok [][][][] dzień [][] m-c [][] godz. [][] min [][]

w poz. 7 godz. i min oraz poz. 10-15 wypełniać tylko dla dziecka w wieku do roku

8. Płeć osoby zmarłej**	1	mężczyzna
	2	kobieta

10. Dziecko pochodziło z porodu**	1	pojedynczego
	2	bliźniaczego
	3	trojaczego
	4	czworaczego
	5	pięcioraczego
	6	sześcioraczego i więcej

9. Miejsce zgonu osoby zmarłej**	1	szpital
	2	podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inny niż szpital
	3	dom
	4	inne

11. Które dziecko z kolejno urodzonych przez matkę**** [][][]

12. Ciężar dziecka przy urodzeniu w gramach**** [][][][]

13. Długość dziecka przy urodzeniu w centymetrach**** [][][]

14. Okres trwania ciąży w tygodniach**** [][][]

15. Punkty w skali Apgar**** [][][]

16. Miejsce urodzenia osoby zmarłej

17. Miejsce zgonu albo miejsce znalezienia zwłok (miejscowość)

18. Informacje o przyczynach zgonu, osobie i sposobie stwierdzenia przyczyny zgonu

1) przyczyna zgonu bezpośrednia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

<p>.....</p> <p>.....</p>	<p>w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)</p> <p>.....</p>
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2) przyczyna zgonu wtórna albo w przypadku zgonu w wyniku urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

.....	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

3) przyczyna zgonu wyjściowa (pierwotna) albo zewnętrzna przyczyna urazu lub zatrucia – opis słowny wraz z kodem ICD-10

.....	w tym przybliżony odstęp między wystąpieniem przyczyny a zgonem (lata, miesiące, godziny)
-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

4) inne istotne okoliczności przyczyniające się do zgonu, ale niezwiązane z chorobą ani stanem ją powodującym wraz z kodem ICD-10

.....

18a. Przyczyna zgonu: zgon z powodu choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych **

1	tak
2	nie

18b. Informacje o osobie stwierdzającej przyczynę zgonu

.....

18c. Czy była przeprowadzona sekcja zwłok lub inne badania post mortem? **

1	tak
2	nie

18d. Czy przyczyna zgonu podana powyżej uwzględnia wyniki sekcji zwłok? **

1	tak
2	nie

.....
imię (imiona) i nazwisko osoby sporządzającej kartę zgonu oraz jej podpis

rok dzień m-c

Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu¹⁾

Nazwa urzędu stanu cywilnego

19. Wykształcenie osoby zmarłej **			
1	wyższe	5	gimnazjalne
2	policealne	6	podstawowe
3	średnie	7	niepełne podstawowe
4	zasadnicze zawodowe	8	nieustalone

20. Miejsce zamieszkania osoby zmarłej	
nazwa	województwa
	gminy
	mięscowości
20a. Okres przebywania osoby zmarłej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na obszarze gminy	

rok dzień m-c

Oznaczenie aktu zgonu	
-----------------------	--

.....
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego

¹⁾ Nie jest wymagane w przypadku dziecka martwo urodzonego.

**Część przeznaczona dla
administracji cmentarza²⁾**

1. Nazwisko osoby zmarłej

2. Nazwisko rodowe osoby zmarłej

3. Imię (imiona) osoby zmarłej

4. Data zgonu**** rok dzień m-c

5. Miejsce zgonu (miejscowość)

6. Data urodzenia osoby zmarłej**** rok dzień m-c

7. Miejsce urodzenia osoby zmarłej

8. Imiona i nazwiska rodziców osoby zmarłej

9. Stan cywilny osoby zmarłej**

1	kawaler	2	panna
3	zonaty	4	zamężna
5	rozwidziony	6	rozwidziona
7	wdowiec	8	wdowa

10. Czy zgon nastąpił w wyniku choroby zakaźnej, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych? **

1	tak
2	nie

11. Zarejestrowanie zgonu/zgłoszenie zgonu**

a. Zgon został zarejestrowany³⁾

b. Zgon został zgłoszony

.....
podpis kierownika urzędu stanu cywilnego/osoby sporządzającej kartę zgonu**

rok dzień m-c

* Jeżeli dotyczy.

** Właściwie zaznaczyć.

*** W przypadku braku numeru PESEL wpisać rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość.

**** Wpisać cyframi arabskimi.

²⁾ W przypadku dziecka martwo urodzonego nie wypełnia się rubryk 1–5 oraz 9–11. Rubryki 6–8 wypełnia osoba sporządzająca kartę zgonu.

³⁾ W przypadku zarejestrowania zgonu podaje się oznaczenie aktu zgonu i datę sporządzenia tego aktu.

.....
Pieczętka jednostki organizacyjnej.....
Nr statystyczny Zakładu Patomorfologii**KARTA SEKCYJNA**

Nazwisko i imię PESEL Płeć

Liczba ks. głównej Liczba ks. oddziału

Przyjęcie do szpitala: data godzina w jed. org.**Zgon:** data godzina w jed. org.

Miejsce i data leczenia pacjenta w innych zakładach opieki zdrowotnej:

Rozpoznanie kliniczne

Dane z *Historii Choroby* (od kiedy pacjent chorował, objawy, przeprowadzone; dodatkowe badania, zabiegi operacyjne, leczenie farmakologiczne itp.) lub obecność lekarza podczas sekcji zwłok.....

Uzasadnienie przeprowadzenia sekcji zwłok

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza sporządzającego kartę.....
Data, pieczętka i podpis ordynatora
lub lekarza kierującego oddziałem

WNIOSEK O PRZEPROWADZENIE / ODSTĄPIENIE OD WYKONANIA SEKCJI ZWŁOK*

Informacje o zgonie pacjenta

Wypełnia lekarz *(proszę wypełnić drukowanymi literami)*

.....
Imię i nazwisko osoby zmarłej

.....
PESEL

.....
Płeć

zmarłej dnia o godz. w jed. org. SPWSZ w Szczecinie.

Przyczyna zgonu:

wyjściowa.....

wtórna.....

bezpośrednia.....

choroby współistniejące.....

Wnioskuje o przeprowadzenie / odstąpienie od wykonania* sekcji zwłok.

Uzasadnienie podjętej decyzji.

.....
Data, pieczętka i podpis lekarza prowadzącego

.....
Data, pieczętka i podpis ordynatora/lekarza kierującego
oddziałem lub wskazanego przez niego lekarza

*
niepotrzebne skreślić

Wypełnia przedstawiciel ustawowy osoby zmarłej

Dane przedstawiciela ustawowego osoby zmarłej:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Stopień pokrewieństwa z osobą zmarłą

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego
w Szczecinie

PODANIE

przedstawiciela ustawowego osoby zmarłej o odstąpieniu od wykonania sekcji zwłok

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

.....
Data, czytelny podpis przedstawiciela osoby zmarłej

Decyzja Dyrektora SPWSZ / z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/Lekarz Naczelny

Wyrażam / nie wyrażam * zgody na odstąpienie od wykonania sekcji zwłok:

.....
Imię i nazwisko osoby zmarłej

* *niepotrzebne skreślić*

.....
Data, pieczętka i podpis Dyrektora SPWSZ
lub z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa
lub Lekarza Naczelnego

.....
Pieczętka oddziału

KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK DO CHŁODNI

I *Wypełnia pielęgniarka / lekarz oddziału w którym nastąpił zgon*

1.
Imię i nazwisko osoby zmarłej

2.
PESEL osoby zmarłej / przy jego braku - seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

3.
Data i godzina zgonu / zgodna z dokumentacją medyczną

4.
Data i godzina skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni

5.
Imię, nazwisko i podpis osoby wypełniającej kartę

II *Wypełnia pracownik transportujący zwłoki osoby zmarłej*

1.
Imię, nazwisko i podpis osoby przekazującej zwłoki osoby zmarłej do chłodni

2.
Godzina dostarczenia zwłok osoby zmarłej do chłodni

III *Wypełnia pracownik Zakładu Patomorfologii - Prosektorium*

1.
Imię, nazwisko i podpis osoby potwierdzającej przyjęcie zwłok osoby zmarłej do chłodni

Szczecin, dnia

.....
Pieczęć jednostki organizacyjnej
wystawiającej dokument

POZWOLENIE NA WYDANIE ZWŁOK

Zezwala się na wydanie:

zwłok osoby zmarłej PESEL

zmarłej dnia w oddziale

celem pochowania na cmentarzu

Po uprzednim uzgodnieniu terminu odbioru ciała osoby zmarłej z Prosektorium;
(lokalizacja ul. Arkońska 4 - tel. 91 8139522; lokalizacja ul. A. Sokołowskiego 11 tel. 91 4427206)

.....
Pieczęć i podpis osoby
wystawiającej dokument

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY
71-455 SZCZECIN, UL. ARKOŃSKA 4

**KSIĄŻKA EWIDENCJI
USŁUGI TRANSPORTU
ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ
NA TERENIE SPWSZ**

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOŁONY W SZCZECINIE

KSIĘGA EWIDENCJI ZWŁOK W PROSEKTORIUM

.....
PIECZĄTKA KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ SPWSZ

- *Księga ewidencji zwłok w Prosektorium (P)* -
 SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓLOWY W SZCZECINIE

Lp.	Imię i nazwisko osoby zmarłej	Jed. org. <i>Godz. skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni (wzg. Karty skierowania zwłok do chłodni)</i>	Przyjęcie zwłok osoby zmarłej do P		Data i nr sekcji zwłok <i>ewentualne Uwagi</i> Imię i nazwisko lekarza/ technika wykonującego sekcję	Wydanie zwłok osoby zmarłej z P	
	PESEL		Data / godz.	Czytelny podpis osoby przekazującej <i>Czytelny podpis osoby przyjmującej</i>		Data / godz.	Nazwa firmy / Czytelny podpis osoby odbierającej <i>Czytelny podpis osoby wydającej</i>

- Księga ewidencji zwłok w Prosektorium (P) -
SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPÓŁONY W SZCZECINIE

Lp.	Imię i nazwisko osoby zmarłej		Jed. org. <small>Godz. skierowania zwłok osoby zmarłej do chłodni (nr g. Karty skierowania zwłok do chłodni)</small>	Przyjęcie zwłok osoby zmarłej do P		Data i nr sekcji zwłok <i>ewentualne Uwagi</i>	Wydanie zwłok osoby zmarłej z P	
	PESEL	Data / godz.		Czytelny podpis osoby przekazującej <i>Czytelny podpis osoby przyjmującej</i>	Imię i nazwisko lekarza/ technika wykonującego sekcję		Data / godz.	Nazwa firmy / Czytelny podpis osoby odbierającej <i>Czytelny podpis osoby wydającej</i>