



Uregulowania dotyczące postępowania lekarza w szczególnych ustawach

Gdańsk, 25 kwietnia 2024r

r.pr. Iwona Kaczorowska-Kossowska



Sztuczna prokreacja

- Ustawa z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 442)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinna odpowiadać dokumentacja dotycząca komórek rozrodczych i zarodków (Dz. U. poz. 1686)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji oraz w banku komórek rozrodczych i zarodków (Dz. U. poz. 1727)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2015 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji (Dz. U. poz. 1750)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2015 r. w sprawie niepowtarzalnego oznakowania i monitorowania komórek rozrodczych i zarodków (Dz. U. poz. 1747)

Art. 5. [Standardy leczenia niepłodności]

2. Leczenie niepłodności w drodze procedury zapłodnienia pozaustrojowego może być podejmowane po wyczerpaniu innych metod leczenia prowadzonych przez okres **nie krótszy niż 12 miesięcy**. Procedurę zapłodnienia pozaustrojowego można podejmować bez wyczerpania innych metod leczenia i w terminie krótszym niż 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia niepłodności, jeżeli zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie jest możliwe uzyskanie ciąży w wyniku zastosowania tych metod.

3. Powód, o którym mowa w ust. 2 zdanie drugie, jest każdorazowo odnotowywany w dokumentacji medycznej.

Art. 9. [Procedury medycznie wspomaganey prokreacji]

2. W przypadku zapłodnienia pozaustrojowego dopuszcza się zapłodnienie **nie więcej niż sześciu żeńskich komórek rozrodczych**, chyba że ukończenie przez biorczynię 35. roku życia lub wskazania medyczne wynikające z choroby współistniejącej z niepłodnością lub dwukrotnego nieskutecznego wcześniejszego leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego uzasadniają zapłodnienie większej ich liczby.

3. Powód zapłodnienia większej liczby komórek rozrodczych niż określona w ust. 2 jest każdorazowo odnotowywany w dokumentacji medycznej.

Art. 18. [Negatywne przesłanki zastosowania w procedurze medycznie wspomaganiej prokreacji komórek rozrodczych pobranych od dawcy]

Niedopuszczalne jest zastosowanie w procedurze medycznie wspomaganiej prokreacji komórek rozrodczych pobranych od dawcy, jeżeli w wyniku wcześniejszego zastosowania komórek rozrodczych pobranych od dawcy w celu dawstwa innego niż partnerskie **urodziło się już dziesięcioro dzieci**; ograniczenie to nie dotyczy komórek rozrodczych pobranych w celu dawstwa partnerskiego.

7) **dawstwo** - przekazywanie komórek rozrodczych lub zarodków w celu zastosowania u ludzi;

8) **dawstwo partnerskie** - przekazanie komórek rozrodczych przez dawcę - mężczyznę w celu zastosowania ich w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji u biorczynie pozostającej z dawcą w związku małżeńskim albo we wspólnym pożyciu potwierdzonym zgodnym oświadczeniem dawcy i biorczynie; w dawstwie partnerskim stosowane są komórki rozrodcze biorczynie.

Art. 24. [Niedopuszczalność pobierania komórek rozrodczych ze zwłok ludzkich]

Niedopuszczalne jest pobieranie komórek rozrodczych ze zwłok ludzkich w celu zastosowania ich w procedurze medycznie wspomaganej prokreacji.

Art. 38. [Dostęp do danych gromadzonych w rejestrze dawców komórek rozrodczych i zarodków]

2. **Osoba urodzona** w wyniku procedury medycznie wspomagannej prokreacji, w wyniku dawstwa innego niż partnerskie komórek rozrodczych lub dawstwa zarodka, ma prawo zapoznać się z informacjami dotyczącymi dawcy, obejmującymi:

- **rok i miejsce urodzenia** dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka oraz
 - **informacje na temat stanu zdrowia** dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka: wyniki badań lekarskich i laboratoryjnych, którym poddany był kandydat na dawcę przed pobraniem komórek rozrodczych lub kandydaci na dawców zarodka przed utworzeniem zarodka;
- po osiągnięciu pełnoletności.

3. **Przedstawiciel ustawowy dziecka** urodzonego w wyniku procedury medycznie wspomagannej prokreacji ma prawo zapoznać się z informacjami dotyczącymi **stanu zdrowia dawcy**, jeżeli informacje te mogą przyczynić się do uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia tego dziecka. Wskazania do zapoznania się z informacjami dotyczącymi dawcy określa lekarz prowadzący leczenie dziecka i odnotowuje je w dokumentacji medycznej.



Przeszczepianie narządów i tkanek

Ustawa

z dnia 1 lipca 2005 r.

o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu
komórek, tkanek i narządów

(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1185).

Art. 4. [Warunki dopuszczalności pobrania tkanek, komórek i narządów ze zwłok ludzkich]

1. Komórki, tkanki i narządy mogą być pobierane ze zwłok ludzkich po stwierdzeniu zgonu w sposób określony w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.

2. Komórki, tkanki lub narządy ze zwłok ludzkich mogą być pobierane również w czasie sekcji zwłok dokonywanej na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 5. [Negatywna przesłanka dopuszczalności pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia lub zastosowania u ludzi]

1. Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia lub pobrania komórek lub tkanek w celu ich zastosowania u ludzi można dokonać, **jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu.**


2. W przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy.

3. W przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni.

4. Przepisów ust. 1-3 nie stosuje się w przypadku pobierania komórek, tkanek i narządów w celu rozpoznania przyczyny zgonu i oceny w czasie sekcji zwłok postępowania leczniczego.



Przerywanie ciąży



Ustawa
z dnia 7 stycznia 1993 r.
o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i
warunkach dopuszczalności przerywania ciąży
(t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1575).

Art. 4a. [Warunki dopuszczalności przerwania ciąży]

1. Przerwanie ciąży może być dokonane wyłącznie przez lekarza, w przypadku gdy:

1) ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej,

2) *utracił moc z dniem 27 stycznia 2021 r. – wyrok TK* badania prenatalne lub inne przesłanki medyczne wskazują na duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu;

3) zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego

4) *utracił moc 18 grudnia 1997 r. - wyrok TK*

kobieta ciężarna znajduje się w ciężkich warunkach życiowych lub trudnej sytuacji osobistej.

Wystąpienie okoliczności:

- ciąża stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia kobiety ciężarnej - stwierdza **inny lekarz** niż dokonujący przerwania ciąży, chyba że ciąża zagraża bezpośrednio życiu kobiety.
- zachodzi uzasadnione podejrzenie, że ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego - stwierdza **prokurator**.



Zabiegi estetyczne

Art. 31 uozlld. [Obowiązek udzielenia informacji o stanie zdrowia]

1. Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

„Nie można zasadnie argumentować w niniejszej sprawie, że lekarz nie jest w stanie poinformować pacjenta o wszystkich możliwych negatywnych następstwach zabiegu operacyjnego. Zakres udzielanych bowiem pacjentowi informacji musi być uzależniony od rodzaju zabiegu, w szczególności od tego, czy w danym wypadku za jego przeprowadzeniem przemawiają bezwzględne, czy względne wskazania, czy też chodzi jedynie o zabieg kosmetyczny, przy czym zakres ten sięga najdalej w przypadku zabiegów operacyjnych przeprowadzanych wyłącznie dla celów estetycznych”.

Wyrok SA w Krakowie z 23.01.2013 r.
I ACa 1321/12, LEX nr 1344075

Art. 39 uozlld. [Klauzula sumienia]

Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy albo w ramach służby ma także obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

§3 ust. 2

Zabiegi chirurgii plastycznej lub zabiegi kosmetyczne są świadczeniami gwarantowanymi określonymi w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia wyłącznie, jeżeli są udzielane w przypadkach będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstwem ich leczenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.).




Leczenie paliatywne i stany terminalne

Art. 31 uozlld. [Obowiązek udzielenia informacji o stanie zdrowia – małośletni, nieprzytomni, niekomunikatywni]

6. Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat lub jest nieprzytomny bądź niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz udziela informacji osobie bliskiej w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).



Choroby psychiczne



Ustawa
z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia
psychicznego
(t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2123 z późn. zm.).

Art. 23 [Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody pacjenta]

1. Osoba chora psychicznie może być przyjęta do szpitala psychiatrycznego bez zgody tylko wtedy, gdy jej dotychczasowe zachowanie wskazuje na to, że z powodu tej choroby zagraża bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób.
2. O przyjęciu do szpitala osoby, o której mowa w ust. 1, postanawia lekarz wyznaczony do tej czynności po osobistym jej zbadaniu i zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza psychiatry albo psychologa.
3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach.
4. Przyjęcie do szpitala, o którym mowa w ust. 1, wymaga zatwierdzenia przez ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) w ciągu 48 godzin od chwili przyjęcia. Kierownik szpitala zawiadamia o powyższym sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala w ciągu 72 godzin od chwili przyjęcia.

Przymus bezpośredni:

- a) przytrzymanie - doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
- b) przymusowe zastosowanie leków - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody,
- c) unieruchomienie - obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa,
- d) izolację - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu;

Art. 18. [Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi]

1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

1) dopuszczają się zamachu przeciwko:

- a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
- b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub

2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub

3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, innego zakładu leczniczego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Art. 18a. [Zasady stosowania przymusu bezpośredniego]

1. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego środka spośród wymienionych w art. 3 pkt 6.
2. Osobie z zaburzeniami psychicznymi, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni w formie unieruchomienia lub izolacji, należy odebrać przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, w szczególności: przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła i źródła ognia
3. Stan fizyczny osoby z zaburzeniami psychicznymi unieruchomionej lub izolowanej kontroluje pielęgniarz **nie rzadziej niż co 15 minut**, również w czasie snu tej osoby
4. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania
5. Zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz zleca na czas **nie dłuższy niż 4 godziny**.

6. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarza, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza. W przypadku gdy ustanie przyczyna zastosowania przymusu bezpośredniego i nadal nie jest możliwe uzyskanie decyzji lekarza, decyzję o zaprzestaniu stosowania przymusu bezpośredniego podejmuje pielęgniarza.

8. Lekarz, po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi, może przedłużyć stosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na następne dwa okresy, z których każdy **nie może trwać dłużej niż 6 godzin**.

9. Po dwukrotnym przedłużeniu przez lekarza stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji dalsze przedłużenie jego stosowania na kolejne okresy, z których **każdy nie może być dłuższy niż 6 godzin**, jest dopuszczalne wyłącznie po każdorazowym osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi przez lekarza psychiatrę.

10. Przedłużenie stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na każdy z kolejnych okresów, o których mowa w ust. 8 i 9, wymaga uzyskania opinii innego lekarza będącego lekarzem psychiatrą.

11. **Po upływie 24 godzin** stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz powiadamia o jego stosowaniu ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).



Niektóre choroby zakaźne



Ustawa

z dnia 5 grudnia 2008 r.

o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych
u ludzi

(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1284 z późn. zm.).

Art. 5. [Powszechne obowiązki w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń lub chorób zakaźnych]

Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są obowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddawania się:

- a) zabiegom sanitarnym,
- b) szczepieniom ochronnym,
- c) poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków,
- d) badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań,
- e) nadzorowi epidemiologicznemu,
- f) kwarantannie,
- g) leczeniu,
- h) hospitalizacji,
- i) izolacji,
- j) izolacji w warunkach domowych

Art. 26. [Pouczenie zakażonego lub chorego]

1. Lekarz, felczer, pielęgniarka lub położna, którzy podejrzewają lub rozpoznają zakażenie lub chorobę zakaźną, są obowiązani pouczyć zakażonego lub chorego na chorobę zakaźną lub osobę sprawującą prawną pieczę nad zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną osobą małoletnią lub bezradną albo jej opiekuna faktycznego o środkach służących zapobieganiu przeniesienia zakażenia na inne osoby;
2. W przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz lub felczer ma obowiązek poinformować zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza partnera lub partnerów seksualnych zakażonego.
3. Informację o powiadomieniu zakażonego o obowiązku, o którym mowa w ust. 2, wpisuje się do dokumentacji medycznej i potwierdza podpisem zakażonego.

Art. 27. [Obowiązek zgłoszenia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu]

1. Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje zakażenie, chorobę zakaźną lub zgon z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, określone na podstawie ust. 9 pkt 1, jest obowiązany do zgłoszenia tego faktu właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu.
2. Zgłoszenia dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 24 godzin od chwili powzięcia podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z powodu zakażenia lub choroby zakaźnej, chyba że ze względu na rodzaj zakażenia lub choroby zakaźnej właściwy państwowy inspektor sanitarny postanowi inaczej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 10 grudnia 2019 r.

w sprawie zgłaszania podejrzeń i rozpoznań zakażeń, chorób zakaźnych oraz zgonów z ich powodu

- 1) błątonica;
- 2) brucelozę;
- 3) cholera lub zakażenie toksynotwórczym szczepem *Vibrio cholerae*;
- 4) choroba wirusowa Ebola (EVD) oraz wirusowe gorączki krwotoczne o wysokiej śmiertelności, w tym Marburg i Lassa;
- 5) dżuma;
- 6) gorączka Q;
- 7) grypa wywołana nowym lub niesubtypowalnym szczepem wirusa;
- 8) grypa ptaków u ludzi lub grypa wywołana innymi szczepami pochodzenia zwierzęcego u ludzi;
- 9) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 10) odra;
- 10a) ospa mała;
- 11) ospa prawdziwa;
- 12) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis);
- 13) węglik w postaci płucnej;
- 14) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Art. 28. Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą zagrożenie dla zdrowia publicznego, lub stwierdza zgon w wyniku takiej choroby, podejmuje działania zapobiegające szerzeniu się zachorowań, w tym:

1) kieruje osobę podejrzaną o zakażenie lub zachorowanie oraz zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie tej osoby oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie;

2) organizuje transport uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;

3) poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad chorą osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o jego obowiązkach,

4) niezwłocznie powiadamia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.

choroba szczególnie niebezpieczna i wysoce zakaźna –

choroba zakaźna łatwo rozprzestrzeniająca się, o wysokiej śmiertelności, powodująca szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymagająca specjalnych metod zwalczania, w tym cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne;

MINISTRA ZDROWIA
z dnia 25 marca 2022 r.

w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego

§ 2. 1. Obowiązkowej hospitalizacji podlegają:


- 1)** osoby chore na gruźlicę w okresie prątkowania oraz osoby z uzasadnionym podejrzeniem o prątkowanie;
- 2)** osoby zakażone lub chore oraz podejrzane o zakażenie lub zachorowanie na:
 - a) błonicę,
 - b) cholereę,
 - c) dur brzuszny,
 - d) dury rzekome A, B, C,
 - e) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera),
 - f) dżumę,
 - g) Ebolę (EVD),
 - h) wysoce zjadliwą grypę ptaków u ludzi (HPAI), w szczególności spowodowaną szczepami H7 i H5,
 - i) ospę prawdziwą,
 - j) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis) oraz inne ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo,
 - k) tularemieę,
 - l) węglik,
 - m) wściekliznę,
 - n) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółtą gorączkę,
 - o) zakażenia biologicznymi czynnikami chorobotwórczymi wywołującymi zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej, w szczególności:
 - bliskowschodni zespół niewydolności oddechowej (MERS),
 - zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS),
 - p) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub mózgu;
- 3)** osoby, u których stwierdzono zakażenie lub chore oraz podejrzane o zakażenie lub zachorowanie na ospę małą, jeżeli nie zostały przez lekarza lub felczera skierowane do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa ospy małej w ramach obowiązkowej izolacji w warunkach domowych

§ 4. [Działania podejmowane w przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi hospitalizacji]

W przypadku samowolnego opuszczenia szpitala przez osobę podlegającą obowiązkowi hospitalizacji ordynator oddziału, lekarz kierujący oddziałem albo osoba upoważniona odpowiednio przez tego ordynatora albo lekarza informuje o tym niezwłocznie państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania chorego.



Przeciwdziałanie i leczenie uzależnień



Ustawa
z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu
alkoholizmowi
(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2151)

Ustawa
z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1939 z późn. zm.)

Art. 15 uośz Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:
podstawowej opieki zdrowotnej;

- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Art. 28. [Leczenie substytucyjne]

1. Osoba uzależniona może być leczona przy zastosowaniu leczenia substytucyjnego.
2. Leczenie substytucyjne może prowadzić podmiot leczniczy po uzyskaniu zezwolenia marszałka województwa właściwego ze względu na siedzibę tego podmiotu.



Stwierdzenie zgonu i ustalenie przyczyn zgonu

Ustawa
z dnia 31 stycznia 1959 r.
o cmentarzach i chowaniu zmarłych
(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 887 z późn. zm.)

Rozporządzenie
Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej
z dnia 3 sierpnia 1961 r.
w sprawie stwierdzenia zgonu i jego przyczyny
(Dz. U. Nr 39, poz. 202).

Art. 11 [Ustalenie zgonu i jego przyczyn]

1. Zgon i jego przyczyna są ustalane przez:

1) lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie albo

2) kierownika zespołu ratownictwa medycznego, jeżeli zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej

2. W razie niemożności dopełnienia przepisu ust. 1, stwierdzenie zgonu i jego przyczyny powinno nastąpić w drodze oględzin, dokonywanych przez lekarza lub w razie jego braku przez inną osobę, powołaną do tej czynności przez właściwego starostę przy czym koszty tych oględzin i wystawionego świadectwa nie mogą obciążać rodziny zmarłego.

§ 2 rsz

Wystawienie karty zgonu jest obowiązkiem lekarza, który ostatni w okresie 30 dni przed dniem zgonu udzielał choremu świadczeń lekarskich.

§ 3. W przypadku gdy nie ma lekarza zobowiązanego do wystawienia karty zgonu w myśl § 2 ust. 1 bądź lekarz taki zamieszkuje w odległości większej niż 4 km od miejsca, w którym znajdują się zwłoki, albo z powodu choroby lub z innych uzasadnionych przyczyn nie może dokonać oględzin zwłok w ciągu 12 godzin od chwili wezwania, kartę zgonu wystawia:

- 1) lekarz, który stwierdził zgon będąc wezwany do nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania,
- 2) lekarz lub starszy felczer albo felczer zatrudniony w przychodni bądź ośrodku zdrowia lub jego placówce terenowej (wiejski, felcherski punkt zdrowia) i sprawujący opiekę zdrowotną nad rejonem, w którym znajdują się zwłoki,
- 3) położna wiejska, jeżeli nastąpił na terenie gromady zgon pozostającego pod jej opieką noworodka przed upływem 7 dni życia, a najbliższa przychodnia lub ośrodek zdrowia jest oddalony o więcej niż 4 km.

Art. 43 uozlld. [Stwierdzenie zgonu]

1. Lekarz może stwierdzić zgon na podstawie osobiście wykonanych badań i ustaleń.
2. W uzasadnionych przypadkach lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może uzależnić wystawienie karty zgonu od przeprowadzenia sekcji zwłok.
3. Lekarz, z wyłączeniem lekarza dentystry, może wystawić kartę zgonu na podstawie dokumentacji badania pośmiertnego przeprowadzonego przez innego lekarza lub inną uprawnioną osobę, a także na podstawie dokumentacji stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów,


Art. 43a. [Stwierdzenie śmierci mózgu lub nieodwracalnego zatrzymania krążenia]

1. Stwierdzenie:

1) trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu),

2) nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów


- następuje po przeprowadzeniu przez specjalistów w odpowiednich dziedzinach medycyny powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.



Obwieszczenie
Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r.
w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego
nieodwracalnego ustania czynności mózgu
(M. P. z 2020 r. poz. 73).



Eksperyment medyczny



Ustawa
z dnia 5 grudnia 1996 r.
o zawodach lekarza i lekarza dentysty
(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.).

Art. 21. [Eksperyment medyczny, leczniczy, badawczy]

1. Eksperyment medyczny przeprowadzany na ludziach może być eksperymentem leczniczym albo eksperymentem badawczym.
2. Eksperymentem leczniczym jest wprowadzenie nowych albo tylko częściowo wypróbowanych metod diagnostycznych, leczniczych lub profilaktycznych w celu osiągnięcia bezpośredniej korzyści dla zdrowia osoby chorej. Może on być przeprowadzony, jeżeli dotychczas stosowane metody nie są skuteczne albo jeżeli ich skuteczność nie jest wystarczająca. Udział w eksperymencie leczniczym kobiet ciężarnych wymaga szczególnie wnikliwej oceny związanego z tym ryzyka dla matki i dziecka poczętego.
3. Eksperyment badawczy ma na celu przede wszystkim rozszerzenie wiedzy medycznej. Może być on przeprowadzany zarówno na osobie chorej, jak i zdrowej. Przeprowadzenie eksperymentu badawczego jest dopuszczalne, gdy uczestnictwo w nim nie jest związane z ryzykiem albo też ryzyko jest minimalne i nie pozostaje w dysproporcji do możliwych pozytywnych rezultatów takiego eksperymentu.

Art. 23. [Kierujący eksperymentem medycznym – badacz/Główny Badacz]

Eksperymentem medycznym kieruje lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny, która jest szczególnie przydatna ze względu na charakter lub przebieg eksperymentu, oraz odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe i badawcze.

Art. 29. [Pozytywna opinia komisji bioetycznej o projekcie eksperymentu; skład i zasady działania komisji bioetycznej]

1. Eksperyment medyczny może być przeprowadzony wyłącznie po wyrażeniu pozytywnej opinii o projekcie przez niezależną komisję bioetyczną. Opinia ta nie stanowi decyzji administracyjnej.

2. Komisja bioetyczna wyraża opinię o projekcie eksperymentu medycznego, w drodze uchwały, przy uwzględnieniu warunków przeprowadzania eksperymentu i kryteriów etycznych odnoszących się do prowadzenia eksperymentów z udziałem człowieka oraz celowości i wykonalności projektu.

Art. 27. [Przerwanie eksperymentu]

1. Uczestnik lub inny podmiot uprawniony do udzielenia zgody na udział w eksperymencie medycznym może ją cofnąć w każdym stadium eksperymentu. W takim przypadku podmiot przeprowadzający eksperyment medyczny ma obowiązek przerwać eksperyment.
2. Podmiot prowadzący eksperyment leczniczy ma obowiązek przerwać eksperyment, jeżeli w czasie jego trwania wystąpi zagrożenie zdrowia uczestnika przewyższające spodziewane dla niego korzyści.
3. Podmiot prowadzący eksperyment badawczy ma obowiązek przerwać go, jeżeli w czasie jego trwania nastąpi nieprzewidziane zagrożenie zdrowia lub życia jego uczestnika.



Dziękuję za uwagę.