

Stan na dzień: 20.06.2010 r.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 18 czerwca 2010 r.
w sprawie centrum urazowego**

Na podstawie art. 39d ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego;
- 2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego;
- 3) kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym;
- 4) sposób postępowania z pacjentem urazowym.

§ 2.

1. Centrum urazowe zapewnia dostęp do sprzętu i aparatury medycznej, umożliwiającą całodobowe i niezwłoczne wykonywanie badań diagnostycznych, bez konieczności przewożenia pacjenta urazowego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego, w szczególności:

- 1) RTG;
- 2) USG, USG – Doppler;
- 3) Echo-kardiografii;
- 4) tomografii komputerowej (spiralnej, wielorzędowej);
- 5) rezonansu magnetycznego;
- 6) angiografii i radiologii interwencyjnej;
- 7) diagnostyki laboratoryjnej, w tym mikrobiologicznej.

2. Centrum urazowe posiada sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do wykonywania przyłóżkowej i całodobowej endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, w szczególności:

- 1) gastroskop;
- 2) kolonoskop;
- 3) bronchoskop.

§ 3.

Szpital, w którym znajduje się centrum urazowe dysponuje sprzętem zapewniającym:

- 1) łączność telefoniczną realizowaną co najmniej przez jednego operatora telefonii stacjonarnej i jednego operatora telefonii mobilnej z:
 - a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,

- b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) innymi zakładami opieki zdrowotnej,
 - d) regionalnymi centrami krwiodawstwa i krwiolécznictwa;
- 2) łączność radiową z:
- a) lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - b) dyspozytorami medycznymi,
 - c) zespołami ratownictwa medycznego, w tym lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego;
- 3) bezprzewodowe przywoływanie osób, w szczególności członków zespołu urazowego;
- 4) dokonywanie bieżących konsultacji telemedycznych między oddziałami szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe oraz z innymi zakładami opieki zdrowotnej w sposób gwarantujący zachowanie poufności danych osoby, której konsultacja dotyczy, w szczególności poprzez system kodowania danych umożliwiającą identyfikację danych osobowych.

§ 4.

1. W skład zespołu urazowego wchodzi, co najmniej:
- 1) lekarz szpitalnego oddziału ratunkowego posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;
 - 2) lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny mającej zastosowanie w leczeniu pacjenta urazowego w szczególności chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii naczyniowej;
 - 3) lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.
2. Pracami zespołu urazowego kieruje kierownik zespołu urazowego.
3. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym znajduje się centrum urazowe:
- 1) określa skład zespołu urazowego spośród lekarzy, o których mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 2) wyznacza kierownika zespołu urazowego spośród lekarzy, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub 2.
4. W razie potrzeby, w zależności od rodzaju obrażeń występujących u pacjenta urazowego, w skład zespołu urazowego wchodzi lekarz lub lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w innych dziedzinach medycyny, niż wymienione w ust. 1; decyzję w tym zakresie podejmuje kierownik zespołu urazowego.

§ 5.

Osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kwalifikuje się do leczenia w centrum urazowym w przypadku, gdy jest pacjentem urazowym w rozumieniu art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, spełniającym następujące kryteria:

- 1) występujące co najmniej dwa spośród następujących obrażeń anatomicznych:
 - a) penetrujące rany głowy lub tułowia lub urazy tępe z objawami uszkodzenia narządów wewnętrznych głowy, klatki piersiowej i brzucha,

- b) amputacja kończyny powyżej kolana lub łokcia,
 - c) rozległe zmiążdżenia kończyn,
 - d) uszkodzenie rdzenia kręgowego,
 - e) złamanie kończyny z uszkodzeniem naczyń i nerwów,
 - f) złamanie co najmniej dwóch proksymalnych kości długich kończyn lub miednicy;
- 2) towarzyszące co najmniej dwa spośród następujących zaburzeń parametrów fizjologicznych:
- a) ciśnienie skurczowe krwi równe lub poniżej 80 mm Hg,
 - b) tętno co najmniej 120 na minutę,
 - c) częstość oddechu poniżej 10 lub powyżej 29 na minutę,
 - d) stan świadomości w skali Glasgow (GCS) równy lub poniżej 8,
 - e) saturacja krwi tętnicznej równa lub poniżej 90%.

§ 6.

1. Osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego zgłasza dyspozytorowi medycznemu stwierdzenie kryteriów, o których mowa w § 5 i pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, w którym znajduje się centrum urazowe, do czasu przyjęcia pacjenta urazowego do tego oddziału.
2. Przepisu ust. 1, w zakresie obowiązku pozostawania w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, nie stosuje się do lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.
3. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym nie znajduje się centrum urazowe lub lekarz przez niego wyznaczony, w przypadku stwierdzenia kryteriów, o których mowa w § 5, pozostaje w kontakcie z lekarzem szpitalnego oddziału ratunkowego szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe, najbliższego pod względem czasu dotarcia.

§ 7.

1. W szpitalnym oddziale ratunkowym zlokalizowanym w szpitalu, w którym funkcjonuje centrum urazowe przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych.
2. Decyzję w sprawie kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, w przypadku rozbieżności pomiędzy członkami zespołu urazowego, podejmuje kierownik zespołu urazowego.
3. Dalsza diagnostyka i wielospecjalistyczne leczenie pacjenta urazowego w centrum urazowym odbywa się w oddziale wskazanym przez kierownika zespołu urazowego.

§ 8.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007.