

## **ZAPEWNIENIE PACJENTOWI INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I PLANOWANYM POSTĘPOWANIU MEDYCZNYM**

1. Białostockie Centrum Onkologii zapewnia pacjentom hospitalizowanym uzyskanie wyczerpujących, zrozumiałych informacji na temat stanu zdrowia i o planowanym postępowaniu medycznym. Taki sam zakres informacji mogą otrzymać osoby upoważnione przez pacjenta do przekazywania informacji o jego stanie zdrowia.
2. Bez zgody pacjenta, informacje o jego stanie zdrowia i leczeniu nie mogą być ujawnione osobom trzecim.
3. Na życzenie pacjenta, lekarz może nie informować pacjenta o jego stanie zdrowia, a informacje przekazywać wyłącznie osobom trzecim.
4. Lekarz nie może informować najbliższej rodziny o chorobie i przyczynie śmierci, jeśli pacjent wyraźnie tego zabronił.
5. Informacje na temat stanu zdrowia pacjenta i planu leczenia, jak również obserwowane zmiany w stanie zdrowia wymagające modyfikacji planu leczenia, są precyzyjnie zapisywane w dokumentacji medycznej.
6. Pacjent ma prawo do uzyskiwania informacji z dwóch źródeł – ustnie od personelu medycznego i na podstawie wglądu do dokumentacji medycznej.
7. W Centrum dokumentację medyczną udostępnia wyłącznie lekarz.
8. Zgodnie z wymogami prawnymi, jak również mając na uwadze komfort i bezpieczeństwo pacjenta, ale także oczekując od pacjenta jego aktywnego i świadomego uczestnictwa w procesie leczenia, lekarze przekazują pacjentowi lub upoważnionej rodzinie, lub ustawowemu przedstawicielowi informacje o rozpoznaniu/stanie zdrowia/przebiegu leczenia/ proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych/ leczniczych/wynikach leczenia oraz rokowaniu.
9. Informacje przekazywane są w sposób zrozumiały i wyczerpujący zagadnienia będące w obszarze zadawanych pytań.
10. Lekarz (kierujący oddziałem, lekarz prowadzący, lekarz dyżurny) przekazuje wyczerpujące informacje wynikające z planowanego/ realizowanego/zrealizowanego procesu diagnostyczno-leczniczego, zaś pielęgniarka jest uprawniona do przekazywania informacji dotyczących realizowanego procesu pielęgnowania.

11. Informacje przekazywane są pacjentowi na każdym etapie hospitalizacji:
- przy przyjęciu do szpitala,
  - podczas obchodów lekarskich,
  - przed/podczas/po wykonaniu kluczowych badań diagnostycznych, zabiegów diagnostycznych,
  - zabiegów leczniczych, w tym zabiegów operacyjnych,
  - podczas interpretacji wyników badań diagnostycznych,
  - przed wypisem pacjenta do domu,
  - w każdej innej sytuacji uzasadnionej stanem zdrowia pacjenta bądź jego oczekiwaniami.