

REGULAMIN BLOKU OPERACYJNEGO UNIWERSYTECKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO NR 4 W LUBLINIE

§ 1

1. Blok Operacyjny jest komórką organizacyjną działalności medycznej USK Nr 4 w Lublinie, składającą się z 12-tu sal operacyjnych (po 6 na każdym piętrze Bloku Operacyjnego w lokalizacji centralnej) oraz sal operacyjnych Klinicznych Oddziałów: Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej, Klinicznego Oddziału Ratunkowego, Sali Hybrydowej oraz Sali Ciąg Cesarskich.
2. Sale operacyjne Bloku Operacyjnego w lokalizacji centralnej są numerowane zgodnie z kierunkiem przewożenia pacjentów na operację. Obowiązującym kierunkiem ruchu wszystkich przewożonych pacjentów jest kierunek przeciwny do ruchu wskazówek zegara.
3. Ilekroć w niniejszym Regulaminie występuje określenie „Blok Operacyjny w lokalizacji centralnej” – należy przez to rozumieć budynek bloku w odrębnej lokalizacji, poza budynkiem głównym szpitala.

§ 2

Organizacją pracy Bloku Operacyjnego zarządza Kierownik Bloku Operacyjnego przy pomocy Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego i jej zastępców.

§ 3

1. Blok Operacyjny funkcjonuje od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:25 do 15:00.
2. Możliwe jest wykorzystywanie sal operacyjnych Bloku Operacyjnego w dni powszednie od godz. 15:00 do godz. 7:25 i całodobowo w święta i dni ustawowo wolne od pracy w przypadkach konieczności wykonywania zabiegów w trybie natychmiastowym lub pilnym podczas dyżurów medycznych.
3. Możliwa jest również praca wybranych sal operacyjnych po godzinie 15:30 w dni powszednie, w sytuacji zabezpieczenia możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych w tych salach przez personel zatrudniony w ramach dyżuru medycznego lub umowy cywilnoprawnej.
4. Procedura znieczulania do zabiegu na salach operacyjnych powinna rozpocząć się nie później niż o godzinie 8:30, a w ostatnią środę każdego miesiąca o godzinie 9:30. Potwierdzenie godziny rozpoczęcia i godziny zakończenia znieczulenia oraz godziny rozpoczęcia i godziny zakończenia zabiegu operacyjnego powinny być naniesione zarówno do systemu informatycznego (moduł Blok Operacyjny systemu AMMS) jak i powinny być odnotowane w Księdze Operacyjnej.
5. Sale operacyjne są przypisane do oddziałów na cały dzień. W przypadku stwierdzenia w planie zabiegów, mniejszego zapotrzebowania oddziału na dostęp do przydzielonej sali

operacyjnej, Kierownik Bloku Operacyjnego decyduje o przydziale sali mając na względzie potrzebę jej optymalnego wykorzystania. Postanowienia § 4 ust. 22 stosuje się.

6. W sali nr 9 ustala się priorytet dla procedur zabiegowych robotycznych, zaś zabieg inny niż robotyczny może być wykonany tylko w przypadku braku pacjentów oczekujących na zabieg robotyczny.
7. W sali nr 11 mogą być realizowane tylko procedury zabiegowe wykonywane przez lekarzy posiadających stosowne uprawnienia.
8. Zwyczajowo oddziały planują zabiegi na następujących salach operacyjnych:
 - 1) pierwszy poziom Bloku Operacyjnego w lokalizacji centralnej:
 - a) Sala nr 1 – Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Kliniczny Oddział Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej,
 - b) Sale nr 2, 3, 4 – Kliniczny Oddział Ortopedii i Traumatologii,
 - c) Sala nr 5 – Kliniczny Oddział Kardiochirurgii, Kliniczny Oddział Chirurgii Naczyniowej,
 - d) Sala nr 6 – Kliniczny Oddział Kardiochirurgii;
 - 2) drugi poziom Bloku Operacyjnego w lokalizacji centralnej:
 - a) Sala nr 7 – Kliniczny Oddział Otorinolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii,
 - b) Sala nr 8 – Kliniczny Oddział Otorinolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Mikrochirurgii,
 - c) Sala nr 9 – Kliniczny Oddział Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej, Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa, Kliniczny Oddział Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety, Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywnościowego
 - d) Sala nr 10 – Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywnościowego, Kliniczny Oddział Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej, Kliniczny Oddział Ginekologii i Położnictwa, Kliniczny Oddział Położnictwa, Perinatologii i Chorób Kobiety
 - e) Sala nr 11 – Sala robota da Vinci,
 - f) Sala nr 12 – Kliniczny Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Mikrochirurgii;
 - 3) Sale operacyjne Klinicznego Oddziału Ratunkowego:
 - a) Sala nr 1 – rezerwa do zabiegów w trybie natychmiastowym
 - b) Sala nr 2 – Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywnościowego (poniedziałek, środa, czwartek, piątek), Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej (wtorek);
 - 4) Sala Hybrydowa – wszystkie oddziały zabiegowe według bieżących potrzeb.
9. Kierownik Bloku Operacyjnego w uzgodnieniu z Kierownikiem Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii zabezpiecza organizację udzielania świadczeń w Sali Hybrydowej, w tym w aspekcie kadrowym w odniesieniu do personelu pielęgniarskiego i techników RTG.

§ 4

1. Wszystkie zabiegi wykonywane w USK Nr 4 w Lublinie muszą być „zlecone” w module Blok Operacyjny systemu AMMS, zarówno planowe, pilne, przyspieszone jak i natychmiastowe.
2. W każdy czwartek do godziny 12:00 personel każdego Oddział umieszcza w Module Blok Operacyjny systemu AMMS wstępny plan zabiegów na kolejne dni następnego tygodnia (należy umieścić wszystkie dane wg ust. 9, za wyjątkiem nazwisk operatorów, informacji o pozycji pacjenta w czasie zabiegu i numeru Sali w oddziale macierzystym).
3. Codziennie wszystkie ostateczne plany operacje planowe muszą być zgłoszone w module Blok Operacyjny programu AMMS do godziny 12:00 roboczego dnia poprzedzającego dzień zabiegu.
4. Plany Operacyjne dotyczące Sali Hybrydowej powinny być przekazywane również na adres e-mail sekretariatu Zakładu Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii oraz sekretariatu Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
5. Nieumieszczenie przez personel Oddziału w Module Blok Operacyjny systemu AMMS, do godziny 12:00 roboczego dnia poprzedzającego, planu operacyjnego, o którym mowa w ust. 3 oznacza brak planowanych zabiegów i w związku z tym brak dostępu do Sali operacyjnej w kolejnym dniu wynikającym z harmonogramu. Możliwe będą tylko zabiegi pilne i natychmiastowe, po osobnym zgłoszeniu Kierownikowi Bloku Operacyjnego.
6. Kierownik Bloku Operacyjnego (lub osoba przez niego upoważniona) do godziny 13:00 weryfikuje, dokonuje ewentualnych zmian i ostatecznie zatwierdza plany operacyjne na wszystkich salach operacyjnych USK Nr 4 w Lublinie.
7. Zmian planów operacyjnych w godzinach 13:00-15:00 może dokonać tylko Kierownik Bloku Operacyjnego w porozumieniu z Lekarzem Kierującym Oddziałem i Lekarzem Kierującym Klinicznym Oddziałem Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
8. W przypadku konieczności wykonania zabiegu w trybie natychmiastowym lub pilnym pod nieobecność Kierownika Bloku, po godzinie 15:00, w godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy, w sytuacjach spornych, decyzję o przydziale sali hybrydowej do wykonania zabiegu natychmiastowego lub pilnego podejmuje pierwszy dyżurny chirurg Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Leczenia Żywieniowego.
9. O wszystkich zmianach planów operacyjnych dokonywanych w module Blok Operacyjny systemu AMMS po godzinie 15:00, w godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy, lekarze dyżurni Oddziałów mają obowiązek poinformować niezwłocznie lekarza dyżurnego Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz dyżurne pielęgniarki operacyjne Bloku Operacyjnego, które na raporcie porannym przekazują informację Kierownikowi Bloku Operacyjnego i Pielęgniarcze Oddziałowej Bloku, a w zakresie Sali Hybrydowej także Lekarzowi Kierującemu Zakładem Radiologii Zabiegowej i Neuroradiologii. Dwukrotne niezgłoszenia takiej zmiany przez Oddział będzie skutkowało brakiem dostępu do Sali operacyjnej dla danego Oddziału w jednym dniu następnego tygodnia.
10. Zgłoszenie każdego zabiegu w module Blok Operacyjny powinno zawierać następujące dane:
 - 1) godzinę rozpoczęcia operacji i zakładaną godzinę zakończenia operacji,
 - 2) dane pacjenta (imię, nazwisko i wiek) oraz ew. obecność patogenów alarmowych,

- 3) rozpoznanie będące powodem kwalifikacji do operacji,
 - 4) rodzaj planowanej procedury operacyjnej oraz potrzebny sprzęt,
 - 5) tryb operacji i rodzaj znieczulenia,
 - 6) informacja o pozycji pacjenta w czasie zabiegu (na plecach, na boku – Lewym lub Prawym, kolankowo-piersiowa),
 - 7) numer Sali w oddziale macierzystym, na której przebywa pacjent,
 - 8) nazwiska operatorów.
11. Zabiegi w znieczuleniu miejscowym powinny być w miarę możliwości planowane na końcu planu operacyjnego.
 12. Plan operacyjny dla pionu ginekologicznego ustala i zatwierdza Lekarz Kierujący Kliniką Oddziałem Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej lub jego zastępca, zaś plan zabiegów na sali hybrydowej kardiologiczno-kardiochirurgicznej ustalają wspólnie Lekarze Kierujący Oddziałami: Kardiologii Inwazyjnej, Elektrokardiologii i Kardiochirurgii, a zatwierdza Koordynator Uniwersyteckiego Centrum Kardiologii i Kardiochirurgii lub jego zastępca.
 13. Wszelkie zmiany i modyfikacje planów operacyjnych, przed ich naniesieniem w module Blok Operacyjny systemu AMMS, Kierownik Bloku Operacyjnego (pod jego nieobecność Pielęgniarka Oddziałowa) uzgadnia telefonicznie z personelem Oddziału, którego zmiany dotyczą, wg następującej kolejności:
 - 1) z Lekarzem Kierującym Oddziałem/Sekretarką, a w razie nieobecności:
 - 2) z Lekarzem dyżurnym Oddziału, a w razie nieobecności:
 - 3) z Pielęgniarką Oddziałową.
 14. O dokonanych zmianach lub modyfikacjach planów operacyjnych Kierownik Bloku Operacyjnego (pod jego nieobecność Pielęgniarka Oddziałowa) informuje niezwłocznie Kierownictwo Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
 15. W sytuacjach spornych Lekarz Kierujący Oddziałem i Kierownik Bloku Operacyjnego zwracają się z prośbą o rozstrzygnięcie do Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych lub osoby przez niego upoważnionej.
 16. O wszelkich ograniczeniach w dostępie do sal operacyjnych (brak personelu anestezjologicznego lub operacyjnego, awaria sprzętu itp.) Kierownik Bloku Operacyjnego (pod jego nieobecność Pielęgniarka Oddziałowa) niezwłocznie informuje zainteresowane Oddziały drogą telefoniczną, wg przedstawionej w ust. 12 kolejności.
 17. W przypadku planowania zabiegów trwających od godzin porannych do godzin późno popołudniowych lub wieczornych konieczne jest umieszczenie takiego zabiegu w Module Blok Operacyjny systemu AMMS na co najmniej 7 dni przed planowaną operacją. Zabiegi takie powinny być planowane z uwzględnieniem harmonogramu czasu pracy oddziałów.
 18. Umieszczenie pacjenta w planie operacyjnym musi być poprzedzone przeprowadzoną w Oddziale procedurą uzyskania świadomej zgody pacjenta na zabieg, zgodnie z procedurą PM-L/002. W planach operacyjnych uwzględnia się również pacjentów, co do których zaistniały przesłanki do wykonania zabiegu bez zgody pacjenta z uwagi na stan zagrożenia życia oraz w sytuacji wyrażenia zgody na operację przez przedstawiciela ustawowego lub Sąd Opiekunczy.
 19. Plany operacyjne (w wersji papierowej) na dany dzień umieszczane są na tablicy w miejscu postoju stołów operacyjnych na I piętrze (dotyczy sal nr 1-6) i na II piętrze (dotyczy sal nr

7-12) Bloku Operacyjnego. Na każdą salę operacyjną przekazywany jest Plan operacyjny (w wersji papierowej) dotyczący tej sali.

20. Kierownik Bloku Operacyjnego, Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego i jej zastępcy na bieżąco monitorują realizację Planów operacyjnych i informują zespoły operacyjne o ewentualnych opóźnieniach godziny rozpoczęcia zabiegu operacyjnego.
21. Niezwłocznie po zakończeniu zabiegów, pielęgniarka operacyjna informuje Kierownika Bloku Operacyjnego/Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego lub jej zastępców o zakończeniu procedur operacyjnych na danej Sali, przedstawia (w wersji papierowej) plan operacyjny zrealizowany na danej sali z naniesionymi godzinami: przyjazdu pacjenta na salę, rozpoczęcia zabiegu, zakończenia zabiegu i wyjazdu pacjenta z sali operacyjnej. Ewentualne uwagi i wyjaśnienia co do realizacji planu operacyjnego, pielęgniarka operacyjna nanosi na plan w formie pisemnej oraz przedstawia je ustnie.
22. Przerwy między zabiegami nie powinny przekraczać 30 minut. W przypadku zabiegów kardiochirurgicznych przerwa może wynosić do 60 minut.
23. W celu optymalizacji wykorzystania sal operacyjnych, Kierownik Bloku Operacyjnego w porozumieniu z Pielęgniarką Oddziałową, zespołem operacyjnym i lekarzem Kierującym Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii może dokonywać doraźnych przesunięć zabiegów w ramach dostępnych sal operacyjnych, z uwagi na przedłużające się zabiegi i wcześniejsze zwalnianie innych sal z zastrzeżeniem, że przesunięcia te nie mogą powodować dzielenia zespołu pielęgniarek operacyjnych podczas trwającej procedury..
24. W przypadku nieuzasadnionego opóźnienia rozpoczęcia planowego zabiegu o więcej niż 30 minut Kierownik Bloku Operacyjnego może odwołać w danym dniu lub przesunąć na inną godzinę planowany zabieg operacyjny, w porozumieniu z Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
25. Zespoły operacyjne są zobligowane do stawienia się na Bloku Operacyjnym w czasie umożliwiającym planowe rozpoczęcie znieczulenia i zabiegu.

§ 5

1. Pracę Bloku Operacyjnego należy planować z uwzględnieniem zasad ekonomii oraz optymalizacji wykorzystania potencjału kadrowego i sprzętowego, w celu minimalizacji kosztów funkcjonowania Bloku.
2. Za właściwe planowanie i wykorzystanie Bloku Operacyjnego odpowiada Kierownik Bloku Operacyjnego, Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego i lekarze kierujący Oddziałami, pod nadzorem Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 6

1. Pacjent przyjmowany jest na Blok Operacyjny w miejscu postoju stołów operacyjnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną, która weryfikuje tożsamość pacjenta, odbiera jego dokumentację medyczną, przejmuje i sprawuje nad nim nadzór. Pacjenci do pierwszych planowych, porannych operacji przyjeżdżają o godzinie 8:15 (w ostatnią środę każdego miesiąca o godzinie 9:15). Pacjent na Blok przyjeżdża w białej bieliźnie operacyjnej, bez biżuterii, protez zębowych, aparatów słuchowych, okularów i innych rzeczy osobistych.

2. Z miejsca postoju stołów operacyjnych pacjent wwożony jest przez pielęgniarki anestezjologiczne wraz z personelem pomocniczym w pozycji leżącej stołem operacyjnym na salę operacyjną.
3. Za ułożenie pacjenta do operacji odpowiedzialność ponosi lekarz operator/lekarz przez niego wskazany i lekarz anestezjolog
4. Godzina rozpoczęcia zabiegu operacyjnego to godzina rękoczynu (nastawienie), nacięcia/nakłucia skóry lub wprowadzenia przyrządu medycznego przez naturalny otwór ciała. Godzina zakończenia zabiegu operacyjnego to godzina założenia opatrunku materiałowego lub gipsowego oraz wycofania przyrządu medycznego z naturalnego otworu ciała.
5. Po zabiegu operacyjnym pacjent przewożony jest do Sali Wybudzeń/śluzy pacjenta Bloku Operacyjnego przez zespół anestezjologiczny w obecności lekarza operującego lub innego lekarza z zespołu operacyjnego przez niego wskazanego i personelu pomocniczego, gdzie po wybudzeniu odbierany jest przez personel oddziału.
6. Transport pacjenta do oddziału odbywa się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie procedurami. W sytuacji, gdy funkcje układu krążenia i/lub oddychania nie są wystarczająco stabilne, w transporcie pacjenta uczestniczy zespół anestezjologiczny.

§ 7

1. Personel wchodzi na Blok Operacyjny przez śluzę dla personelu. W części brudnej śluzy pozostawia odzież i obuwie, w której wszedł do śluzy, pobiera i nakłada ubranie i obuwie operacyjne. Wejście na Blok Operacyjny i na sale operacyjne w innym niż ubiór operacyjny stroju jest zabronione.
2. Personel wychodząc z Bloku Operacyjnego zdejmuje ubiór operacyjny, umieszcza ubrania i buty w odpowiednich pojemnikach na odpady i przebiera się w swoje ubrania robocze. Wychodzenie poza obręb Bloku Operacyjnego w ubraniu operacyjnym jest zabronione.
3. Jałowy ubiór operacyjny może być użyty tylko do jednej operacji.

§ 8

1. W pomieszczeniach Bloku Operacyjnego obowiązuje zachowanie ciszy. Na salach operacyjnych obowiązuje zakaz używania prywatnych telefonów komórkowych i innych przenośnych urządzeń elektronicznych (notebooki, laptopy itp.).
2. Wstęp na salę operacyjną w czasie trwania zabiegu, poza personelem operującym, mają: Kierownik Bloku Operacyjnego, Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego i jej zastępcy, osoby które uzyskały pozwolenie w/w osób oraz osoby, które uzyskały pozwolenie Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych i Lekarza Kierującego Oddziałem.
3. Prawo wstępu i przebywania na Sali nr 11 mają tylko i wyłącznie osoby przeszkolone w obsłudze poszczególnych elementów robota da Vinci, Kierownik Bloku Operacyjnego, Pielęgniarka Oddziałowa Bloku i jej zastępczynie oraz osoby, które uzyskały pozwolenie na piśmie udzielone przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych. Grupy studenckie mają zakaz wstępu i przebywania na Sali nr 11.
4. Pełną odpowiedzialność za grupy studenckie na Bloku Operacyjnym ponosi nauczyciel akademicki prowadzący zajęcia dydaktyczne. Na Sali operacyjnej w ramach zajęć

dydaktycznych może przebywać jednocześnie grupa studentów licząca nie więcej, niż 6 osób.

§ 9

1. W Bloku Operacyjnym prowadzona jest równolegle dokumentacja elektroniczna w Module Blok Operacyjny systemu AMMS i dokumentacja tradycyjna wykonywanych zabiegów w Księdze Operacyjnej oraz wypełniana jest Okołooperacyjna Karta Kontrolna.
2. Koordynatorem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej jest lekarz anestezjolog, a w przypadku zabiegów wykonywanych w znieczuleniu miejscowym bez udziału lekarza anestezjologa funkcję koordynatora Karty pełni lekarz operator.
3. Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej dokonuje wpisów w karcie na podstawie informacji udzielanych przez członków zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji.
4. Dokładne sporządzenie opisu wykonanej operacji przez lekarza operującego powinno nastąpić w Księdze Operacyjnej bezpośrednio po zakończeniu operacji.
5. Wszystkie zlecenia lekarskie po zakończonej operacji powinny być umieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta.
6. Odpowiedzialność za dokumentację medyczną i sprawozdawczą prowadzoną na Bloku Operacyjnym w odniesieniu do aspektu jej kompletności i systematyczności, ponosi Kierownik Bloku Operacyjnego.
7. Odpowiedzialność za dokumenty należące do kompetencji pielęgniarki operacyjnej ponosi Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
8. Wszelkie nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji podlegają zgłoszeniu Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

§ 10

1. Lekarz operujący, przed przekazaniem pacjenta na Blok Operacyjny, zobowiązany jest upewnić się, że pacjent lub jego opiekunowie prawni wyrazili na obowiązującym formularzu pisemną zgodę na proponowany zabieg operacyjny i proponowane znieczulenie oraz zgodę na przetaczanie krwi i jej składników, w sytuacji zwiększonego ryzyka wystąpienia konieczności ich podania, bądź czy zachodzą przesłanki do wykonania zabiegu bez uzyskania zgody pacjenta/opiekuna z uwagi na stan zagrożenia życia lub w sytuacji wyrażenia zgody przez Sąd Opiekuńczy. W przypadku braku zgody jw. nie wolno pacjenta transportować z Oddziału na Blok Operacyjny.
2. Lekarz anestezjolog przed rozpoczęciem znieczulenia powinien się upewnić, że pacjent lub jego opiekunowie prawni wyrazili na piśmie zgodę na proponowany zabieg operacyjny, postępowanie anestezjologiczne oraz znieczulenie, w tym w szczególności zgodę na przetaczanie krwi i jej składników w sytuacji zwiększonego ryzyka wystąpienia konieczności ich podania, bądź czy nie zostało złożone oświadczenie o nie wyrażeniu zgody na procedurę przetoczenia krwi lub jej składników.

§ 11

W razie śmierci pacjenta na stole operacyjnym wdraża się obowiązującą w Szpitalu procedurę stwierdzenia zgonu, przekazania zwłok do sekcji lub wydania osobom/podmiotom uprawnionym.

§ 12

1. Blok operacyjny powinien być utrzymany w stanie stałej gotowości operacyjnej i tak zorganizowany, aby w razie nagłej potrzeby personel, instrumentarium, bielizna operacyjna i sprzęt były gotowe do natychmiastowego wykonania zabiegu o każdej porze.
2. Pomieszczenia Bloku Operacyjnego powinny być utrzymane w stanie wzorcowej czystości i porządku.
3. Sposób postępowania z salami operacyjnymi po przeprowadzonych zabiegach, z instrumentarium operacyjnym i brudną bielizną operacyjną określają wewnętrzne procedury sanitarno-epidemiologiczne, których znajomość i przestrzeganie obowiązują każdą z osób świadczących pracę na terenie Bloku Operacyjnego.
4. Wszystkie dostarczane na Blok Operacyjny materiały i sprzęt medyczny pozostawiane są w służbie materiałowej, skąd podlegają odbiorowi przez personel Bloku Operacyjnego.
5. Procedura wskazana w ust. 4 dotyczy również materiałów wszczepialnych, funkcjonujących na zasadach komis, pobieranych przez operatora z magazynu komisowego.
6. Po wykonanych zabiegach operacyjnych:
 - 1) wszystkie zużyte narzędzia, materiały, sprzęt, bielizna operacyjna podlegają przeliczeniu zgodnie z obowiązującą procedurą,
 - 2) sale operacyjne podlegają uporządkowaniu, myciu i dezynfekcji zgodnie z obowiązującymi procedurami sanitarno-epidemiologicznymi,
 - 3) przygotowywane są nowe zestawy operacyjne do następnych zabiegów.
7. Za zadania określone w ust. 6 pkt 1) i 3) odpowiadają pielęgniarki operacyjne, a w ust. 6 pkt 2) sanitariusze szpitalni i salowi. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego nadzoruje prawidłowe przeprowadzenie wymienionych procedur przez podległy personel.
8. Nadzór nad przestrzeganiem procedur określonych w ust. 2-6 i nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym Bloku Operacyjnego sprawuje Kierownik Bloku Operacyjnego i Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego.

§ 13

1. Udostępnienie sprzętu/aparatury będącej na wyposażeniu Bloku Operacyjnego na potrzeby innych komórek organizacyjnych USK Nr 4 w Lublinie i jego czasowe przeniesienie poza teren Bloku Operacyjnego, wymaga zgody Kierownika Bloku Operacyjnego i Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego oraz wypełnienia rewersu.
2. Konflikty potrzeb sprzętowych w ramach jednego oddziału rozstrzyga Lekarz Kierujący Oddziałem lub lekarz przez niego upoważniony.
3. Konflikty potrzeb sprzętowych w ramach różnych oddziałów rozstrzyga Kierownik Bloku Operacyjnego.
4. Potrzeby sprzętowe/lekowe nie zgłoszone zgodnie z niniejszym Regulaminem nie będą uwzględniane.
5. Wszystkie dostarczane na Blok Operacyjny materiały i sprzęt medyczny pozostawiane są w służbie materiałowej, skąd podlegają odbiorowi przez personel Bloku Operacyjnego.

6. Procedura wskazana w ust. 5 dotyczy również materiałów wszczepialnych, funkcjonujących na zasadach komis, pobieranych przez operatora z magazynu komisowego.

§ 14

1. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego we współdziałaniu z jej zastępcami nadzoruje i koordynuje zaopatrzenie Bloku Operacyjnego w materiały, sprzęt medyczny, produkty lecznicze i inne środki niezbędne do funkcjonowania Bloku Operacyjnego.
2. Bieżące zapotrzebowanie w zakresie zaopatrzenia w środki jak w ust. 1 podlegają zgłoszeniu do Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego lub jej zastępców.

§ 15

1. Personel Bloku Operacyjnego stanowią:
 - 1) Kierownik Bloku Operacyjnego,
 - 2) Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego,
 - 3) zastępcy Pielęgniarki Oddziałowej,
 - 4) pielęgniarki operacyjne/położne operacyjne,
 - 5) statystycy medyczni,
 - 6) referenci medyczni,
 - 7) technicy rtg,
 - 8) sanitariusze szpitalni,
 - 9) salowe.
2. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego podlega bezpośrednio Kierownikowi Bloku Operacyjnego w ramach zależności służbowej i w sferze organizacyjnej, z zastrzeżeniem spraw zastrzeżonych do kompetencji Naczelnej Pielęgniarki.
3. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego podlega Naczelnej Pielęgniarence w sferze merytorycznej.
4. Pielęgniarence Oddziałowej Bloku Operacyjnego podlegają bezpośrednio w sferze służbowej, organizacyjnej i merytorycznej:
 - 1) Zastępcy Pielęgniarki Oddziałowej,
 - 2) pielęgniarki operacyjne,
 - 3) technicy rtg,
 - 4) statystycy medyczni,
 - 5) referenci medyczni,
 - 6) sanitariusze szpitalni,
 - 7) salowe.
5. Harmonogramy pracy personelu Bloku, o którym mowa w ust. 4, plany urlopów, szkoleń opracowane przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego oraz decyzje odnośnie udzielania urlopów i zwolnień od świadczenia pracy z innych przyczyn niż chorobowe, podejmowane są przez Pielęgniarkę Oddziałową Bloku Operacyjnego.
6. Decyzje kadrowe odnośnie personelu, o którym mowa w ust. 1, związane z zatrudnieniem, zwolnieniem, karaniem, wynagrodzeniem, awansowaniem, przemieszczeniem na inne stanowisko pracy podejmowane są przez Naczelną Pielęgniarkę w uzgodnieniu z Pielęgniarką Oddziałową Bloku Operacyjnego i Kierownikiem Bloku Operacyjnego.

7. Zasady podległości, o których mowa w ust. 4 i 5, nie ograniczają uprawnień Kierownika Bloku Operacyjnego do wydawania poleceń służbowych bezpośrednio wszystkim pracownikom Bloku.
8. Pracownicy/osoby świadczące pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej udzielający świadczeń zdrowotnych na Bloku Operacyjnym podlegają w zakresie organizacji pracy i dyscypliny pracy na Bloku Operacyjnym, Kierownikowi Bloku Operacyjnego lub osobie przez niego upoważnionej.
9. W przypadku trudności lub braku współpracy z personelem oddziałów szpitalnych, Kierownikowi Bloku Operacyjnego przysługuje uprawnienie do wnioskowania do Dyrekcji Szpitala o podjęcie działań dyscyplinujących.
10. W sprawach spornych dotyczących funkcjonowania Bloku Operacyjnego lub współpracy Bloku Operacyjnego z personelem oddziałów szpitalnych, decyzje podejmuje Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.

§ 16

1. Kierownik Bloku Operacyjnego prowadzi szczegółową ewidencję czasu pracy sal operacyjnych oraz liczby i czasu trwania zabiegów w salach operacyjnych dla poszczególnych oddziałów. Każde nieplanowane przedłużenie pracy Bloku Operacyjnego skutkujące koniecznością wydłużenia pracy personelu jest analizowane kwartalnie przez Kierownika Bloku w porozumieniu z osobą wyznaczoną przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.
2. Ewidencję materiałową oraz ewidencję wykorzystania aparatury medycznej prowadzi Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego.
3. Ewidencję materiałową, ewidencję ilości i czasu trwania znieczuleń oraz wykorzystania aparatury anestetycznej w salach operacyjnych prowadzi również pielęgniarka Oddziałowa Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

§ 17

Kierownik Bloku Operacyjnego przedstawia Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych comiesięczny pisemny raport z funkcjonowania Bloku Operacyjnego dotyczący:

- 1) wykorzystania sal operacyjnych, z uwzględnieniem ewidencji czasu ich pracy,
- 2) godzin rozpoczynania i kończenia zabiegów operacyjnych,
- 3) statystyki liczbowej dotyczącej przesunięć terminów zabiegów i ich powodów,
- 4) statystyki liczbowej zmiany planów operacji,
- 5) zużycia materiałów, ich jakości i reklamacji,
- 6) awarii sprzętu/aparatury medycznej,
- 7) zgonów na salach operacyjnych,
- 8) problemów we współpracy z personelem Bloku Operacyjnego i oddziałów szpitalnych.
- 9) statystyk czasu zabiegów (uwzględniających typ zabiegu i operatora), na podstawie których ustala się średni czas zabiegu dla potrzeb planowania zabiegów.

§ 18

1. Blok Operacyjny jest pod stałym nadzorem służb technicznych podległych Zastępcy Dyrektora ds. Infrastruktury i Inwestycji.
2. Zgłoszenia nieprawidłowej pracy urządzeń należy zgłaszać:
 - 1) w dni powszednie w godzinach od 7:00 do 15:00:

- Dyspozytornia Bloku Operacyjnego: tel. wew. 266, tel. komórkowy 781 887 043,
- 2) w dni powszednie w godzinach od 15:00 do 7:00 rano oraz w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy:
Dział Eksploatacyjny Sekcja Elektryczna: tel. wew. 260, tel. komórkowy 781 887 268,
Dział Eksploatacyjny Sekcja Hydrauliczna, CO, Wentylacji i Klimatyzacji: tel. wew. 239, tel. komórkowy 781 887 269.
3. Blok Operacyjny jest wyposażony w szereg urządzeń technicznych, nadzorowanych przez system BMS informujący służby techniczne o stanach pracy tych urządzeń, czy też o ich usterkach.
 4. Stan pracy urządzeń oraz nieprawidłowości są odnotowywane w Księżce Ruchu – Dyspozytornia Bloku Operacyjnego.
 5. W przypadku awarii powodującej zaburzenie pracy Bloku Operacyjnego niezwłoczne informacje uzyskują:
 - 1) Kierownik Bloku Operacyjnego,
 - 2) Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego,
 - 3) Pielęgniarki Oddziałowe Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 4) Kierownik Działu Sterylizacji.
 6. Kierownik Bloku Operacyjnego i Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego odpowiadają za niezwłoczne zgłaszanie nieprawidłowości w pracy urządzeń technicznych znajdujących się na Bloku Operacyjnym.
 7. Kierownik Bloku Operacyjnego ponosi odpowiedzialność za prawidłowe, zgodne z przeznaczeniem i zasadami eksploatacji wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej Bloku Operacyjnego.
 8. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku Operacyjnego ponosi odpowiedzialność za prawidłowe, zgodne z przeznaczeniem i zasadami eksploatacji wykorzystywanie sprzętu i aparatury medycznej Bloku Operacyjnego oraz za jego inwentaryzację.
 9. W przypadku nieużywania danej Sali operacyjnej lub innego pomieszczenia Bloku Operacyjnego wszystkie media, aparatura i sprzęt powinny być wyłączone, a jeżeli nie jest to możliwe, winny być ustawione na minimalny pobór energii.

§ 19

1. Blok Operacyjny jest oddziałem zamkniętym oznaczonym tabliczką „Nieuprawnionym wstęp wzbroniony”.
2. Uprawnionymi do wstępu na Blok Operacyjny są wszystkie osoby zatrudnione na Bloku Operacyjnym, w godzinach świadczenia pracy, oraz inne osoby wykonujące czynności służbowe na terenie Bloku, osoby kształcące się w zawodach medycznych pod kierunkiem i nadzorem kadry medycznej USK Nr 4 w Lublinie, osoby wykonujące funkcje kontrolne na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli ich obecność na Bloku wynika z rodzaju i zakresu przeprowadzanej kontroli oraz osoby, które uzyskały indywidualne zgody Kierownika Bloku Operacyjnego lub Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
3. Wszystkie osoby wskazane w ust. 2 zobowiązane są do zachowania w tajemnicy wszystkich informacji dotyczących pacjentów przebywających na Bloku Operacyjnym.

§ 20

1. Wszyscy pracownicy Bloku Operacyjnego oraz osoby zatrudnione w oddziałach szpitalnych, uczestniczące w procedurach operacyjnych, zobowiązani są do znajomości Regulaminu Bloku Operacyjnego, przestrzegania jego zasad i złożenia oświadczenia o zapoznaniu się z jego treścią. Oświadczenie takie podlega włączeniu do akt osobowych.
2. Obowiązek znajomości Regulaminu Bloku Operacyjnego obowiązuje również wszystkie osoby przebywające na Bloku w związku z podnoszeniem kwalifikacji medycznych oraz osoby wykonujące czynności z zakresu obsługi technicznej, w części dotyczącej nadzoru służb technicznych.
3. Każdy przypadek nieprzestrzegania Regulaminu Bloku Operacyjnego podlega zgłoszeniu Kierownikowi Bloku Operacyjnego lub Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.
4. Za nieprzestrzeganie Regulaminu Bloku Operacyjnego grożą kary porządkowe przewidziane w Regulaminie Pracy oraz sankcja rozwiązania stosunku pracy, w zależności od rangi wykroczenia.

§ 21

1. W celu wprowadzania aparatury medycznej spoza zasobów USK Nr 4 w Lublinie na Blok Operacyjny, lekarz oddziału informuje Dział Aparatury Medycznej o potrzebie zabezpieczenia aparatury medycznej do planowego zabiegu operacyjnego, podając następujące dane:
 - 1) numer pacjenta i rodzaj planowanego zabiegu (zgodnie z wpisem w systemie AMMS),
 - 2) rodzaj wymaganej aparatury,
 - 3) datę i godzinę zabiegu oraz salę operacyjną.
2. Zgłoszenie musi być dokonane najpóźniej 5 dni roboczych przed planowanym terminem zabiegu.
3. Dział Aparatury Medycznej na podstawie zgłoszonego wniosku:
 - 1) sprawdza umowę z dostawcą aparatury oraz warunki użyczenia,
 - 2) weryfikuje dostępność aparatury u dostawcy,
 - 3) po pozytywnej weryfikacji Dział Aparatury Medycznej kontaktuje się z dostawcą w celu złożenia zamówienia i przekazuje informację o dostępności aparatury medycznej do wnioskodawcy.
4. Dostarczoną aparaturę odbiera pracownik Działu Aparatury Medycznej w obecności przedstawiciela firmy zewnętrznej, przedstawiciela Działu Inwentaryzacji i użytkownika:
 - 1) aparatura zostaje sprawdzona pod kątem kompletności oraz sprawności technicznej, zgodnie z dokumentacją dostawcy,
 - 2) aparatura jest zarejestrowana w dokumentacji Działu Aparatury Medycznej i wprowadzona na blok.
5. Przedstawiciel dostawcy przeprowadza szkolenie dla personelu Bloku Operacyjnego dotyczące obsługi aparatury medycznej w każdym przypadku pierwszej dostawy danego modelu.
6. Za terminowe zgłoszenie potrzeby zabezpieczenia aparatury medycznej do zabiegu odpowiada Lekarz Kierujący Oddziałem.

7. Za weryfikację prawidłowości działania i zgodności aparatury z umową odpowiada Kierownik Działu Aparatury Medycznej.
8. W przypadkach nagłych, wymagających przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w trybie pilnym, lekarz oddziału zgłasza potrzebę zabezpieczenia aparatury medycznej do zabiegu według poniższych zasad:
 - 1) lekarz oddziału zgłasza potrzebę pilnego zabezpieczenia aparatury medycznej do zabiegu do Kierownika Bloku Operacyjnego, Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego i Kierownika Działu Aparatury Medycznej,
 - 2) lekarz oddziału niezwłocznie kontaktuje się z dostawcą i koordynuje dostarczenie aparatury w trybie pilnym,
 - 3) aparatura medyczna musi być sprawdzona pod kątem bezpieczeństwa użytkowania przed użyciem, z możliwością dokonania uproszczonej weryfikacji przez pracownika Działu Aparatury Medycznej,
 - 4) każde zgłoszenie pilne podlega następcej pisemnej akceptacji przez Lekarza Kierującego Oddziałem wraz z uzasadnieniem i zgłoszeniu Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych w celu weryfikacji zasadności zgłoszenia i zapobiegania nadużyciom.

§ 22

1. W celu zachowania zasad prawidłowego gospodarowania aparaturą medyczną stanowiącą wyposażenie Bloku Operacyjnego, lekarz najpóźniej na 3 dni robocze przed planowanym zabiegiem, wpisuje w systemie AMMS informacje dotyczące:
 - 1) rodzaju aparatury medycznej potrzebnej do zabiegu,
 - 2) daty, godziny i sali operacyjnej jej wykorzystania.
2. Kierownik Bloku Operacyjnego weryfikuje zgłaszane przez Oddziały w systemie AMMS Plany Operacyjne w taki sposób, aby ta sama aparatura nie była jednocześnie przypisana do więcej niż jednego zabiegu.
3. Lekarz Kierujący Oddziałem odpowiada za prawidłowe planowanie i zgodność informacji w AMMS z dostępnością aparatury medycznej szpitala.

§ 23

1. W celu zapewnienia dostawy narzędzi chirurgicznych (instrumentarium) w ramach umowy, lekarz oddziału kontaktuje się z przedstawicielem dostawcy, z którym Szpital ma zawartą umowę depozytu lub użyczenia i zgłasza zapotrzebowanie na zestaw narzędzi, podając:
 - 1) rodzaj narzędzi,
 - 2) datę i godzinę zabiegu.
2. Dostawca dostarcza narzędzia do oddziału, z którego pochodzi zapotrzebowanie. Narzędzia odbiera pracownik oddziału, który weryfikuje ich kompletność i sprawność techniczną na podstawie specyfikacji.
3. Zweryfikowane narzędzia są przekazywane do Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego lub pielęgniarki operacyjnej dyżurnej.
4. Lekarz Kierujący Oddziałem odpowiada za zgodność zapotrzebowania z rzeczywistymi potrzebami zabiegu.

§ 24

Zakup narzędzi chirurgicznych oraz aparatury medycznej odbywa się na zasadach przewidzianych w Zarządzeniu Wewnętrznym Nr DN.021-182/23 Dyrektora USK Nr 4 w Lublinie z dnia 29 grudnia 2023 roku w sprawie wprowadzenia do stosowania Regulaminu postępowania przy udzielaniu zamówień publicznych na dostawy, usługi i roboty budowlane, których wartość szacunkowa netto nie przekracza kwoty 130.000 złotych lub do których nie stosuje się ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo Zamówień Publicznych w USK Nr 4 w Lublinie.

§ 25

1. Wszystkie leki przeznaczone do podania pacjentom na Bloku Operacyjnym muszą pochodzić z Apteki USK Nr 4 w Lublinie lub z depozytu komisowego. Zabrania się wnoszenia na Blok Operacyjny i podawania pacjentom leków pochodzących z innych źródeł.
2. Lekarz Oddziału zgłasza potrzebę zamówienia leku z Apteki do Pielęgniarki Oddziałowej Bloku w terminie nie krótszym, niż 48 godzin przed planowanym zabiegiem. Lek rozliczany jest na pacjenta wyłącznie w Module Apteka Szpitalna, systemu AMMS przez pielęgniarki operacyjne.
3. Lekarz operator każdorazowo potwierdza fakt podania pacjentowi leku własnoręcznym podpisem i pieczętą w Księdze Operacyjnej.
4. W przypadku zamiaru podania leku w warunkach sali operacyjnej przed lub niezwłocznie po zabiegu, lekarz operator wpisuje zlecenie podania leku w księgę sali operacyjnej (nazwa leku, dawka i droga podania) oraz potwierdza wpis własnoręcznym podpisem i pieczętą.

Dyrektor Naczelny
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego
Nr 4 w Lublinie

Michał Szabelski
/dokument podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym/