

Załącznik nr 2b do Regulaminu Organizacyjnego

§ 1

Do zadań **Dyrektora ds. Medycznych** należy w szczególności:

1. Nadzór nad pracą i realizacją zadań przez podległy personel i komórki organizacyjne,
2. Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległy personel,
3. Planowanie obsady osobowej personelu w komórkach organizacyjnych pionu,
4. Współudział w planowaniu zadań Szpitala,
5. Nadzór nad jakością świadczeń zdrowotnych udzielanych przez spółkę,
6. Stwarzanie warunków umożliwiających podnoszenie kwalifikacji zawodowych podległego personelu,
7. Nadzór nad prawidłowym przebiegiem specjalizacji podległego personelu,
8. Nadzór nad harmonogramem pracy podległego personelu,
9. Nadzór nad zapewnieniem wymaganego stanu sanitarno-higienicznego Oddziałów i pomieszczeń pracowniczych i przeciwdziałanie powstawaniu zakażeń szpitalnych,
10. Współudział w rozpatrywaniu uwag i skarg pacjentów związanych z wykonywaniem świadczeń medycznych przez podległy personel,
11. Nadzór nad gospodarką lekami w Szpitalu,
12. Nadzór nad gospodarką krwią na Oddziałach,
13. Koordynacja pracy zespołu kontroli zakażeń,
14. Współdziałanie z działem zamówień w sprawach dotyczących zakupów leków, wyrobów medycznych i aparatury medycznej,
15. Nadzór nad zespołami zadaniowymi w zakresie analiz działalności klinicznej,
16. Realizacja zadań związanych z medycznymi zdarzeniami niepożądanymi dotyczącymi procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.
17. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

§ 2

Do zadań **Dyrektora ds. Pielęgniarstwa** należy w szczególności:

1. Organizowanie prawidłowego toku pracy i nadzorowanie pracy podległego personelu we wszystkich komórkach organizacyjnych Spółki,
2. Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem dokumentacji medycznej przez podległy personel,
3. Planowanie obsady osobowej podległego personelu,
4. Współuczestnictwo w planowaniu zadań Szpitala,
5. Koordynowanie i nadzór merytoryczny zadań wykonywanych przez podległy personel,
6. Ustalanie planów szkolenia podległego personelu,
7. Współudział w ustalaniu standardów opieki pielęgniarstwa,
8. Współudział w ustalaniu zasad wynagradzania oraz wynagrodzeń indywidualnych podległego personelu,
9. Współudział w organizowaniu adaptacji zawodowej i opieki profilaktycznej pracowników Spółki, praktyk i staży zawodowych,
10. Rozpatrywanie skarg i wniosków związanych z wykonywaniem świadczeń medycznych przez podległy personel,

11. Nadzór nad systematycznym podnoszeniem kwalifikacji i umiejętności podległego personelu oraz organizowanie różnych form doskonalenia zawodowego,
12. Nadzór nad zespołami zadaniowymi w zakresie analiz działalności klinicznej dotyczących opieki pielęgniarskiej,
13. Zapewnienie należytego stanu opieki pielęgniarskiej i bezpieczeństwa pacjentów,
14. Nadzór nad dbałością o należyty stan sanitarno-higieniczny Oddziałów i pomieszczeń pracowniczych oraz przeciwdziałanie powstawaniu zakażeń szpitalnych,
15. Nadzorowanie prawidłowości oraz doboru metod opieki pielęgnacyjnej nad pacjentami,
16. Współdziałanie we wnioskowaniu o zakup sprzętu do realizacji świadczeń pielęgnacyjnych,
17. Współdziałanie z działem zamówień w sprawach dotyczących zakupów leków, wyrobów medycznych i aparatury medycznej.
18. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.
19. Koordynacja prac wolontariuszy świadczących usługi w Spółce w tym w szczególności:
 - 1) rekrutacja i selekcja wolontariuszy,
 - 2) organizowanie i prowadzenie kampanii rekrutacyjnych,
 - 3) organizacja programów szkoleniowych wolontariuszy,
 - 4) koordynacja i zarządzanie harmonogramami pracy wolontariuszy,
 - 5) monitorowanie i ewaluacja pracy wolontariuszy,
 - 6) opracowywanie systemów uznawania osiągnięć wolontariuszy,
 - 7) prowadzenie i aktualizowanie bazy danych wolontariuszy,
 - 8) planowanie i realizacja budżetu działu wolontariuszy,
 - 9) pozyskiwanie funduszy na programy wolontariackie,
 - 10) promowanie działań wolontariackich w mediach społecznościowych i tradycyjnych,
 - 11) współpraca z personelem medycznym „Szpitali Pomorskich” w zakresie wolontariatu,
 - 12) zapewnienie wsparcia psychologicznego i emocjonalnego wolontariuszom w razie potrzeby.

§ 3

Do zadań **Pomorskiego Onko-Centrum Wsparcia Badań Klinicznych** należy w szczególności:

1. Kompleksowa i systemowa realizacja badań klinicznych, komercyjnych i niekomercyjnych mających na celu potwierdzenie bezpieczeństwa i skuteczności nowych leków lub metod leczenia.
2. Dbłość o wysoką jakość badań klinicznych, stały profesjonalizm i doskonalenie metod i narzędzi pracy zmierzających do zapewnienia ich najwyższej jakości.
3. Pozyskiwanie nowych sponsorów i stałe poszerzanie zakresu realizowanych badań komercyjnych i niekomercyjnych.
4. Pozyskiwanie pacjentów do badań, zapewnienie im właściwych warunków uczestnictwa w badaniach i dbłość o komfort ich pobytu.
5. Odpowiedzialność w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa informacji, jak również podejmowanie ustalonych w tym obszarze działań w przypadku jej naruszenia, w odniesieniu do podległej komórki organizacyjnej.

§ 4

Do zadań **Pomorskiego Centrum Medycyny Cyfrowej** należy w szczególności:

1. wsparcie wykorzystania zaawansowanych nowoczesnych technologii cyfrowych w podmiotach leczniczych Szpitale Pomorskie, w szczególności w oparciu o sztuczną inteligencję, rozwiązania telemedyczne oraz aplikacje zdrowotne,
2. wsparcie wdrażania i wykorzystania systemów zarządzania dokumentacją medyczną w podmiotach leczniczych SzP,
3. analiza danych medycznych, identyfikowanie, wzorców, trendów i zależności, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii cyfrowych, w szczególności na potrzeby realizowanych oraz planowanych badań naukowych,
4. rozwój i implementacja zaawansowanych systemów medyczno-informatycznych w podmiotach leczniczych SzP,
5. wsparcie poprawy zarządzania danymi medycznymi w celu zwiększenia liczby realizowanych badań naukowych,
6. pomoc w projektowaniu badań naukowych i polepszenia jakości badania na etapie projektowym (quality by design) poprzez wsparcie w obliczaniu mocy projektowanego badania, określenie odpowiedniej wielkości próby badawczej, obliczanie mocy badania, dla uzyskania statystycznie istotnych wyników,
7. wsparcie poprawy efektywności procesów medycznych o dostępności informacji dla personelu medycznego z wykorzystaniem nowoczesnych analitycznych technologii cyfrowych,
8. wsparcie rozwoju telemedycyny i zdalnej opieki zdrowotnej w podmiotach SzP,
9. integracja, analiza, przetwarzanie i udostępnianie zbieranych danych wspierających rozwój profilu naukowego SzP w obszarach terapeutycznych, w których są prowadzone i planowane badania naukowe,
10. opracowanie i wdrożenie polityki szkoleń oraz innych działań podnoszących kompetencje cyfrowe pracowników,
11. współpraca międzysektorowa (medycyna, informatyka, technologia, nauka o danych) w celu stworzenia interdyscyplinarnego środowiska sprzyjającego powstawaniu i wdrażaniu innowacji,
12. współpraca z Onkologicznym CWBK SzP,
13. ścisła współpraca z Działem IT SzP,
14. ścisła współpraca z Agencją Badań Medycznych w celu efektywnej realizacji projektu utworzenia PCMC,
15. współpraca z krajowymi i międzynarodowymi podmiotami w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań PCMC.
16. Pomorskie Centrum Medycyny Cyfrowej ściśle współdziała z Bankiem Komórek Macierzystych działającym w strukturze organizacyjnej Oddziału Hematologii i Transplantologii Szpiku, w szczególności z Kierownikiem Banku Komórek Macierzystych.

§ 5

Do zadań **Pełnomocnika ds Onkologii – Działu Pakietu Onkologicznego** należy w szczególności:

1. Weryfikacja i nadzór nad prawidłowym prowadzeniem pod względem organizacyjnym procesu diagnostyki i leczenia w ramach Pakietu Onkologicznego, celem zapewnienia terminowości realizacji procedur wymaganych kartą DiLO,
2. Nadzór nad prawidłowym prowadzeniem kart DiLO zgodnie z wymogami dotyczącymi rozliczania świadczeń do NFZ,

3. Ścisła współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi w zakresie realizacji świadczeń w ramach Pakietu Onkologicznego,
4. Monitorowanie jakości obsługi pacjentów objętych szybką ścieżką onkologiczną zgodnie z obowiązującymi przepisami i wytycznymi,
5. Administrowanie uprawnieniami użytkowników Portalu DiLO,
6. Stała i bieżąca aktualizacja znajomości przepisów związanych z realizacją i rozliczaniem świadczeń w oparciu o kartę DiLO oraz bieżące wspieranie w powyższym zakresie personelu medycznego realizującego ww. świadczenia.

§ 6

Zespół Farmacji Szpitalnej – Apteki Szpitalne

1. W skład Zespołu Farmacji Szpitalnej wchodzi Apteki Szpitalne, będące komórkami organizacyjnymi Szpitali Spółki – odrębnymi dla każdej lokalizacji, do zadań których należy w szczególności:
 - 1) zakup i zarządzanie zapasami leków, prowadzenie rachunku materiałowego z uwzględnieniem właściwego przechowywania leków oraz monitorowanie leków w Oddziałach i innych komórkach działalności podstawowej Spółki;
 - 2) opracowanie i stosowanie procedur dotyczących zakupu leków, preparatów krwiopochodnych, radiopreparatów, gazów medycznych, antyseptyków, opatrunków, materiałów szewnych, siatek przepuklinowych i wyrobów medycznych;
 - 3) zaopatrywanie Oddziałów szpitalnych i pozostałych komórek działalności podstawowej w leki, preparaty do żywienia dojelitowego i pozajelitowego, środki kontrastowe, opatrunki i wyroby medyczne;
 - 4) wybór i nadzór nad systemem dystrybucji leków, nadzór i rozliczanie leków występujących w Oddziałach i innych komórkach działalności podstawowej;
 - 5) nadzór i kontrola recept szpitalnych w zakresie racjonalnej gospodarki lekiem;
 - 6) wspólnie z personelem lekarskim – opracowywanie standardów leczenia w oparciu o wytyczne farmakoterapeutyczne i zapobiegające nieracjonalnej gospodarce lekiem;
 - 7) sporządzenie leków recepturowych, leków jałowych – głównie: roztworów do żywienia pozajelitowego (zarówno na bazie gotowych zestawów, jak i opracowanych nowych receptur) i roztworów cytostatyków;
 - 8) udział w Komitecie Terapeutycznym i redagowanie lekopisu szpitalnego – Receptariusz Szpitalny;
 - 9) wykonywanie analiz farmakoekonomicznych i opracowań ekonomicznych w celu obniżenia kosztów leczenia;
 - 10) planowanie potrzeb asortymentowo-finansowych, kontrola i analiza zużycia leków i wyrobów medycznych, w tym przygotowywanie danych do postępowań przetargowych;
 - 11) zarządzanie aptecznym systemem informacyjnym, jako integralną częścią informatycznego systemu szpitalnego.
2. Apteka Szpitalna jest uczestnikiem prowadzonych w Spółce badań klinicznych.
3. Apteka organizuje i prowadzi szkolenia wewnętrzne personelu.
4. Apteka prowadzi praktyki studenckie oraz praktyki zawodowe.
5. Apteka realizuje zadania od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-14:35. W niedziele, święta i inne dni ustawowo wolne od pracy realizują zadania Apteki w następujących lokalizacjach:

- 1) w zakresie przygotowania preparatów stosowanych w żywieniu dojelitowym i pozajelitowym w lokalizacjach: Szpital Morski im. PCK, Szpital im. Św. Wincentego a Paulo i Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy;
- 2) w zakresie przygotowywania roztworów cytostatyków w lokalizacjach: Szpital Morski im. PCK, Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy.

§ 7

Bloki operacyjne

1. Blok operacyjny jest komórką organizacyjną Szpitala gotową do realizacji zadań 24 godziny na dobę we wszystkie dni w roku.
2. Blok operacyjny realizuje zadania w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Szpitala w trybie planowym, w trybie nagłym oraz w trybie natychmiastowym.
3. Blok operacyjny realizuje świadczenia w oparciu o dwa podstawowe zespoły:
 - 1) zabiegowe – w skład których wchodzi lekarze specjalności zabiegowych i pielęgniarki operacyjne;
 - 2) anestezyjologiczne- w skład których wchodzi lekarze anestezyjodzy i pielęgniarki anestezyjologiczne.
4. Zabiegi operacyjne planowane realizowane są w oparciu o dzienny harmonogram ustalany przez Kierownika Bloku Operacyjnego, obejmujący przydział odpowiedniej Sali operacyjnej oraz kolejność realizacji poszczególnych zabiegów operacyjnych, z uwzględnieniem zachowania zasad aseptyki chirurgicznej.
5. Zabiegi operacyjne planowane powinny rozpoczynać się o godz. 8:15.
6. Plany zabiegów operacyjnych z poszczególnych Oddziałów przekazywane są Kierownikowi Bloku Operacyjnego co najmniej w przeddzień planowanego zabiegu, do godziny 11:00; Kierownik bloku Operacyjnego przekazuje harmonogram zabiegów na dzień następny Ordynatorowi/lekarzowi kierującym Oddziałem/Oddziału Anestezyjologii i Intensywnej Terapii oraz do poszczególnych Oddziałów.
7. Informację o zmianach w harmonogramie zabiegów operacyjnych Kierownik Bloku Operacyjnego przekazuje niezwłocznie wszystkim zainteresowanym.
8. Harmonogram zabiegów operacyjnych umieszczany jest na tablicy ogłoszeń i obejmuje w szczególności:
 - 1) datę i godzinę rozpoczęcia zabiegu operacyjnego,
 - 2) dane osobowe pacjenta (imię i nazwisko, wiek),
 - 3) rodzaj operacji – w języku polskim,
 - 4) imiona i nazwiska zespołu operacyjnego (zabiegowego i anestezyjologicznego),
 - 5) przydział sali operacyjnej,
 - 6) kolejność zabiegów operacyjnych na danej sali operacyjnej.
9. W dniu zabiegu pacjent wraz z niezbędną dokumentacją medyczną przekazywany jest do bloku Operacyjnego pod opiekę zespołu anestezyjologicznego przez pielęgniarkę Oddziału; zespół anestezyjologiczny zapewnia pacjentowi stałą opiekę od momentu przyjęcia na Blok Operacyjny do momentu opuszczenia przez pacjenta Bloku Operacyjnego; powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta.
10. W odniesieniu do każdego operowanego pacjenta prowadzona jest **Okolooperacyjna Karta Kontrolna**, której koordynatorem jest lekarz odpowiedzialny za znieczulenie pacjenta. Kartę podpisuje: **lekarz anestezyjolog (Koordynator karty)**. W przypadku operacji realizowanej w trybie natychmiastowym, dopuszcza się odstępnie od prowadzenia OKK.

11. Pacjent może opuścić Blok Operacyjny (salę wybudzeń) po ocenie stanu pacjenta przez lekarza anestezjologa, stwierdzającej, że stan pacjenta pozwala na przekazanie pacjenta do właściwego Oddziału Szpitala bądź wskazuje na konieczność przekazania na Oddział Intensywnej Terapii.
12. Pacjent opuszcza Blok Operacyjny poprzez przekazanie przez zespół anestezyjologiczny pielęgniarki właściwego Oddziału Szpitala, za pisemnym potwierdzeniem daty, godziny oraz stanu przekazywanego pacjenta.
13. W przypadku zgonu pacjenta na sali operacyjnej, lekarz anestezjolog stwierdza zgon pacjenta, lekarz operujący powiadamia lekarzy Oddziału, w którym hospitalizowany jest pacjent, a zwłoki pacjenta zgodnie z procedurą przewożone są do szpitalnej przechowalni zwłok.
14. Zadania personelu Bloku Operacyjnego obejmują w szczególności:
 - 1) W zakresie realizacji procedur zabiegowych:
 - a) przygotowanie właściwego sprzętu, zestawów i materiałów opatrunkowych;
 - b) Instrumentowanie;
 - c) obsługa sprzętu i aparatury medycznej;
 - d) kontrola ilościowa i jakościowa narzędzi i materiałów opatrunkowych;
 - e) zabezpieczenie materiału pobranego do badań histopatologicznych; w sytuacji wykonywania przekazuje pobrany materiał do Zakładu Patomorfologii Spółki. Informacja zwrotna od lekarza patomorfologa przekazywana jest telefonicznie oraz w formie pisemnej;
 - f) zamawianie i przechowywanie allogenicznych tkanek układu mięśniowo-szkieletowego.
 - 2) W zakresie zapobiegania zakażeniom:
 - a) planowanie kolejności realizacji zabiegów operacyjnych;
 - b) kontrola sterylności zestawów narzędzi, pakietów z materiałem opatrunkowym, materiałów medycznych jednorazowego użytku;
 - 3) Prowadzenie dokumentacji Bloku Operacyjnego;
 - 4) Podnoszenie kwalifikacji, przestrzeganie przepisów BHP i p-poż.;
 - 5) Zabezpieczenie Bloku Operacyjnego w niezbędny sprzęt, materiały szewne, leki, materiały opatrunkowe, narzędzia, materiały medyczne i jednorazowego użytku.

§ 8

Koordynator Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej

Do zadań Koordynatora należą:

- 1) Dokonywanie wpisów w okołooperacyjnej karcie kontrolnej na podstawie informacji udzielonych przez członków Zespołu operacyjnego, zgodnie z zakresem ich zadań podczas operacji;
- 2) Podpisywanie okołooperacyjnej karty kontrolnej, która stanowi integralną część historii choroby.

§ 9

Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej (ZDL)

1. ZDL – w lokalizacji: Wejherowo – wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz osób fizycznych.
2. Zakres wykonywanej w poszczególnych pracowniach diagnostyki laboratoryjnej obejmuje:

- 1) Pracownia Hematologii i Koagulologii: morfologia krwi 18 i 24- parametrowa, rozmaz krwi obwodowej – ocena mikroskopowa, OB., ocena cytomorfologiczna szpiku kostnego, poziom retikulocytów, testy na obecność komórek LE, przeciwciał przeciw mononukleozie, ocena oporności osmotycznej erytrocytów; badania układu krzepnięcia krwi: wskaźnik protrombinowy, aPTT, fibrynogen, aktywność: AT, czynnika X, czas trombinowy, stężenie D-Dimerów;
 - 2) Pracownia Biochemii i Immunochemii: glukoza, lipidogram, enzymy i izoenzymy (sercowe, wątrobowe, trzustkowe), gospodarka żelazowa, mocznik, kreatynina, e-GFR, jony (sód, potas, chlorki, fosfor, wapń, magnez), białko całkowite z rozdziałem, albumina, bilirubina z rozdziałem, HbA1c, etanol, kwas moczowy, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; hormony płciowe, tarczycowe, markery zawału: troponina I, CkMB-masa, BNP, wirusologia: antygen i przeciwciała anty HBS, przeciwciała anty HIV, przeciwciała przeciw CMV, przeciw Toksoplazma, przeciw Borelia burgdorferi, przeciwciała przeciwko Treponema pallidum, markery nowotworowe (Ca125, CEA,PSA) ferrytyna, witamina B12, witamina D, kwas foliowy, CRP, PCT;
 - 3) Pracownia Analizy Ogólnej i Równowagi Kwasowo-Zasadowej – badanie ogólne moczu, dobowe wydalanie białka i glukozy w moczu, badanie kału- ogólne i w kierunku pasożytów, wykrywanie antygeny Giardia lamblia, wykrywanie krwi utajonej, badanie ogólne nasienia, ocena jakościowa kamieni nerkowych, badania RKZ, oksymetria oraz poziom metabolitów (kwasu mlekowego); białka, układu dopełniacza C3, C4, czynnik reumatoidalny R, testy alergiczne (alergeny oddechowe i pokarmowe);
 - 4) Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi – badania: grupa krwi i czynnika Rh, poziom przeciwciał u kobiet w ciąży, BTA, PTA, próby zgodności krwi. Pracownia prowadzi Bank Krwi dla potrzeb pacjentów Szpitala. Istnieje możliwość uzyskania wpisu dot. grupy krwi do trwałego dokumentu – tzw. Identyfikacyjnej karty grupy krwi.
3. Opracowywanie wyników kontroli i zabezpieczenie dokumentacji potwierdzającej wykonywanie codziennej i okresowej kontroli wewnątrz i zewnątrz laboratoryjnej.
 4. Czas pracy ZDL:
 - 1) Całodobowo, we wszystkie dni tygodnia - dla pacjentów Szpitala oraz podmiotów zewnętrznych w oparciu o podpisane umowy;
 - 2) Dla pacjentów ambulatoryjnych – przyjęcie/ pobieranie materiału do badań i wydawanie wyników: od poniedziałku do piątku od 7:00 – 15:00;
 - 3) Codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 10:00-11:00 – pobieranie krwi do badań od dzieci.
 5. ZDL pracuje zgodnie z wdrożonym systemem zarządzania jakością.
 Poddaje się zewnętrznym kontrolom jakości poświadczonymi certyfikatami uczestnictwa:
 - 1) Międzynarodowa kontrola SOWA-lab,
 - 2) Międzynarodowa kontrola hematologiczna SYSMEX,
 - 3) Krajowa kontrola COBJwDL w Łodzi,
 - 4) Krajowa kontrola Instytutu Hematologii w Warszawie,
 - 5) RCKiK w Gdańsku,
 - 6) Kontrola DiaMed.

1. ZDM- w lokalizacji: Wejherowo – wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz osób fizycznych.
2. Zakres diagnostyki mikrobiologicznej obejmuje diagnostykę bakteriologiczną w zakresie schorzeń centralnego układu nerwowego, układów: pokarmowego, oddechowego, moczowo-płciowego, posocznic, schorzeń ropnych i innych schorzeń o etiologii bakteryjnej i wirusowej z uwzględnieniem flory beztlenowej.
3. Strukturę organizacyjną ZDM tworzą:
 - 1) Pracownia Bakteriologii Ogólnej,
 - 2) Pracownia Bakteriologii Gruźlicy,
 - 3) Pracownia Dermatologiczna.
4. Pracownia **Bakteriologii Ogólnej** wykonuje:
 - 1) posiewy mikrobiologiczne wszystkich materiałów klinicznych: moczu, materiałów z górnych i dolnych dróg oddechowych, wymazów z ran, ropni, owrzodzeń, odleżyn, wymazów z ucha i oka, materiałów z dróg rodnych, cewki moczowej, nasienia: posiewy ropy, punktatów, materiałów biopsyjnych i sekcyjnych;
 - 2) posiewy krwi, PMR i innych płynów ustrojowych; ilościowe posiewy końcówek cewników naczyniowych, posiewy kału;
 - 3) identyfikację do gatunku drobnoustrojów tlenowych i beztlenowych
 - 4) badania PCR w kierunku wybranych wirusów, bakterii, grzybów i pasożytów
 - 5) oznaczenie wrażliwości na leki wyizolowanych szczepów bakteryjnych tlenowych (łącznie z oznaczeniem minimalnego stężenia hamulcowego- MIC – w sytuacjach tego wymagających);
 - 6) identyfikację niebezpiecznych mechanizmów odporności wyizolowanych szczepów;
 - 7) badanie nosicielstwa bakterii uznanych za niebezpieczne ze względów epidemiologicznych;
 - 8) biologiczną kontrolę skuteczności procesów sterylizacji;
 - 9) kontrolę mikrobiologiczną środowiska szpitalnego;
 - 10) wykrywanie zakażeń szpitalnych i wykonywanie analiz dotyczących zapobiegania zakażeniom;
 - 11) analizę statystyczną rozkładu drobnoustrojów na poszczególnych Oddziałach oraz rozkładu i zmian wrażliwości na leki przeciwbakteryjne z uwzględnieniem niebezpiecznych mechanizmów oporności.

Pracownia posiada zorganizowany system przesyłania próbek do odpowiednich pracowni referencyjnych w celu specjalistycznej diagnostyki (na przykład typowanie genotypowe).
5. Pracownia **Bakteriologii Gruźlicy** wykonuje badania materiałów diagnostycznych w kierunku gruźlicy:
 - 1) metodą posiewu na podłoża stałe oraz na podłożę płynne w systemie automatycznym,
 - 2) badanie mikroskopową metodą pośrednią,
 - 3) identyfikacja Mycobacterium tuberculosis complex.
 - 4) wykonywanie lekowrażliwości Mycobacterium tuberculosis complex.
 - 5) badanie PCR w kierunku Mycobacterium tuberculosis complex.
6. Pracownia **Dermatologiczna** prowadzi:
 - 1) kompleksową diagnostykę schorzeń o etiologii grzybiczej w zakresie grzybów drożdżopodobnych wraz z oznaczeniem ich oporności na leki przeciwgrzybicze metodą stężeń krytycznych lub oznaczeniem minimalnego stężenia hamującego – MIC,

- 2) diagnostyką grzybic skóry i jej przydatków w kierunku dermatofitów,
 - 3) kompleksową diagnostykę inwazji pasożytniczych przy użyciu metod mikroskopowych (badania w kierunku nużeńca, świerzbowca),
 - 4) diagnostykę rzeżączki i nie rzeżączkowych stanów zapalnych cewki moczowej i pochwy.
7. ZDM należy do sieci EARS- krajowych i europejskich laboratoriów monitorujących lekooporność drobnoustrojów. ZDM posiada Świadectwa Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych POLMICRO oraz NEQUAS U.K i EQAP labqality Finland.
8. Czas pracy:
- 1) Pracownia Bakteriologii Ogólne – pracuje 7 dni w tygodniu.
 - 2) Pracownia Dermatologiczna i Pracownia Bakteriologii Gruźlicy – pracuje 5 dni w tygodniu; pobieranie materiałów do badań od pacjentów na miejscu, po wcześniejszej rejestracji.

§ 11

Zakład Diagnostyki Obrazowej

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz pacjentów prywatnych- w oparciu o Cennik Spółki.
2. Strukturę organizacyjną Zakładu Diagnostyki Obrazowej tworzą:
 - 1) Pracownia Tomografii Komputerowej (TK),
 - 2) Pracownia/Gabinety radiologii klasycznej (RTG),
 - 3) Pracownia/ Gabinety USG,
 - 4) Pracownia Mammografii.
3. Zakres świadczeń realizowanych w ZDO:
 - 1) radiologia klasyczna (RTG)- pełen zakres świadczeń, w tym badania kontrastowe;
 - 2) USG- badania podstawowe- pełen zakres świadczeń;
 - 3) Tomografia Komputerowa:
 - a) badania podstawowe- pełen zakres świadczeń
 - b) badania specjalistyczne:
 - wirtualna kolonoskopia,
 - osteo-TK- badania densytometryczne,
 - biopsje pod kontrolą TK.
 - 4) Mammografia:
 - a) badanie radiologiczne,
 - b) USG piersi,
 - c) Galaktografia,
 - d) biopsje stereotaktyczne i pod kontrolą USG.
4. Zakład realizuje świadczenia całodobowo, we wszystkie dni tygodnia – pacjentom Szpitala oraz zgodnie z aktualnymi harmonogramami pracy – w odniesieniu do pacjentów ambulatoryjnych.
5. W lokalizacji – Szpital Św. Wincentego a Paulo funkcjonuje także Pracownia Radiologii Zabiegowej.

§ 12

Nadzór nad przestrzeganiem przez Spółkę warunków zezwolenia na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące sprawuje **Inspektor Ochrony Radiologicznej** podlegający bezpośrednio Prezesowi Zarządu Spółki.

§ 13

Zakład Patomorfologii

1. Zakład Patomorfologii wykonuje badania diagnostyczne na rzecz pacjentów zakładów leczniczych Spółki, podmiotów zewnętrznych w oparciu o stosowne umowy oraz na rzecz pacjentów prywatnych – w oparciu o aktualny Cennik Spółki.
2. Strukturę organizacyjną Zakładu Patomorfologii w lokalizacji Szpital Morski im. PCK w Gdyni tworzą: tworzą:
 - 1) Pracownia Histopatologiczna,
 - 2) Pracownia Immunohistochemiczna/Histochemiczna,
 - 3) Pracownia Cytologiczna,
 - 4) Pracownia Badań Śródoperacyjnych,
 - 5) Pracownia Biologii Molekularnej,
 - 6) Pracownia cytologii płynnej.
3. Strukturę organizacyjną Zakładu Patomorfologii w lokalizacji Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie tworzą:
 - 1) Pracownia Histopatologiczna,
 - 2) Pracownia Histochemiczna,
 - 3) Pracownia Immunohistochemiczna,
 - 4) Pracownia Cytologiczna,
 - 5) Pracownia Badań Śródoperacyjnych,
 - 6) Pracownia Sekcyjna.
4. Zakres świadczeń realizowanych przez Zakład Patomorfologii obejmuje w szczególności:
 - 1) biopsję aspiracyjną cienkoigłową (BAC) pod kontrolą USG, TK,
 - 2) biopsję aspiracyjną gruboigłową wykonywaną pod kontrolą TK, USG,
 - 3) badania śródoperacyjne,
 - 4) badania cytologii złuszczeniowej,
 - 5) badania histopatologiczne,
 - 6) badania histochemiczne,
 - 7) badania immunohistochemiczne,
 - 8) przygotowanie materiału do badań genetycznych,
 - 9) badania molekularne techniką ISH (Gdynia),
 - 10) sekcje zwłok lekarskie i sądowo-lekarskie,
 - 11) przechowywanie zwłok osób zmarłych w Szpitalu i poza Szpitalem,
 - 12) przygotowywanie zwłok do pochówku na zlecenie osób lub podmiotów uprawnionych do pochówku.
5. W ramach Zakładu Patomorfologii funkcjonuje przechowalnia zwłok oraz sala identyfikacji i wydawania zwłok.
6. W Zakładzie Patomorfologii przechowuje się:
 - 1) bloczki parafinowe, preparaty histopatologiczne – przez okres 20 lat od daty badania patomorfologicznego,
 - 2) preparaty cytologiczne przez okres 10 lat od daty badania patomorfologicznego.

7. Zakład Patomorfologii udostępnia za potwierdzeniem odbioru, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu bloczki parafinowe, preparaty histopatologiczne i preparaty cytologiczne na pisemny wniosek:
- 1) pacjenta, od którego pobrano materiał, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby przez niego upoważnionej,
 - 2) osoby upoważnionej przez zmarłego pacjenta,
 - 3) podmiotu wykonującego działalność leczniczą, którego lekarz zlecił i skierował na badanie,
 - 4) innego niż wymienionego w pkt 3 podmiotu wykonującego działalność leczniczą, prowadzącego dalsze leczenie pacjenta albo wykonującego dalsze badania materiału pobranego ze zwłok.
- Zakład Patomorfologii prowadzi ewidencję udostępnionych bloczków i preparatów.
8. Zadania Zakładu obejmują ponadto:
- 1) organizację i prowadzenie szkoleń wewnętrznych personelu,
 - 2) prowadzenie szkoleń podyplomowych,
 - 3) bieżącą kontrolę jakości realizowanych badań.

§ 14

Koordynatorzy Pobierania Narządów do Transplantacji

1. W Szpitalu Morskim im. PCK, Szpitalu Św. Wincentego a Paulo oraz Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy powoływani są Koordynatorzy Pobierania Narządów do Transplantacji, podlegający Dyrektorowi ds. Medycznych danego Szpitala.
2. Do zadań Koordynatorów Pobierania Narządów do Transplantacji należy:
 - 1) Wypełnianie zadań w zakresie rekrutacji zmarłych dawców i koordynacja pobrania narządów:
 - identyfikacja i wstępna kwalifikacja medyczna potencjalnych zmarłych dawców narządów,
 - organizacja i dokumentacja pracy lekarzy stwierdzających śmierć mózgu lub śmierć w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobrania narządu,
 - autoryzacja pobrania w tym rozmowa z rodziną zmarłego dawcy, pozyskiwanie opinii prokuratora w przypadku, gdy jest to konieczne,
 - organizacja opieki nad potencjalnym dawcą.
 - koordynacja pobrania wielonarządowego z użyciem narzędzie sieciowego <https://rejstrytx.gov.pl/tx>,
 - organizacja pozyskania i zabezpieczenia materiału do typowania tkankowego,
 - organizacja pobrania w szpitalu,
 - współpraca z koordynatorami w ośrodkach transplantacyjnych oraz Poltransplantem,
 - dokumentacja pobrania narządów w tym włączenie się do ustawowych rejestrów transplantacyjnych,
 - comiesięczne składania sprawozdań Dyrektorowi ds. Medycznych oraz Poltransplantowi pod postacią zestawień, o których mowa w punktach 5 i 6

- 2) odbycie szkolenia wstępnego i szkoleń ustawicznych nie rzadziej niż co 2 lata z godnie z art.40a ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,
 - 3) organizacja i prowadzenie działalności promującej medycynę transplantacyjną i dawstwo w zakresie pobierania i przeszczepiania narządów od osób zmarłych, nie rzadziej niż raz w roku
 - 4) monitorowanie przypadków śmierci w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii i dyskutowanie potencjału dawstwa w szpitalu oraz składanie dotyczących tego zagadnienia sprawozdań Dyrektorowi ds. Medycznych oraz Poltransplantowi;
 - 5) bieżąca dokumentacja każdego przypadku śmierci w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w narzędziu sieciowym www.koordinator.net,
 - 6) sporządzanie zbiorczych miesięcznych sprawozdań z przypadków zgonów w szpitalnym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz dostarczanie tych zestawień Dyrektorowi ds. Medycznych.
3. Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji realizuje swoje zadania według potrzeb, w różnych godzinach, w tym także w trybie zdalnym. Szczegóły i zasady realizacji zadań w tym zakresie określa Zarządzenie o powołaniu Koordynatora Pobierania Narządów do Transplantacji.
 4. Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji realizuje zadania administracyjne i sprawozdawcze na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz w Zarządzeniu o powołaniu Koordynatora Pobierania Narządów do Transplantacji.
 5. Koordynator Pobierania Narządów do Transplantacji, na podstawie udzielonych pełnomocnictw i w zakresie określonym w Zarządzeniu o powołaniu Koordynatora Pobierania Narządów do Transplantacji, upoważniony jest w szczególności do:
 - 1) sprawdzenia wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów,
 - 2) zasięgania opinii prokuratora lub sądu rodzinnego ws. Pobrania narządów, tkanek o komórek (dotyczy koordynatorów-lekarzy);
 - 3) korzystania z systemu z narzędzia sieciowego ustawowych rejestrów transplantacyjnych;
 - 4) planowania działań innowacyjnych w zakresie procesu donacji,
 - 5) wglądu do dokumentacji medycznej chorych i zmarłych, w tym w systemie informatycznym szpitala;
 - 6) wizytacji w oddziałach kluczowych dla dawstwa narządów i tkanek.

WICEPREZES ZARZĄDU

Stanisław Cirocki

PREZES ZARZĄDU

Dariusz Natęcz

Wiceprezes Zarządu

Magdalena Głzegorek