

ZARZĄDZENIE Nr64...../2014
z dnia 15 kwietnia 2014r.
Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Lublinie

w sprawie wprowadzenia Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie

Na podstawie § 12 ust. 2 Statutu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lublinie, zarządzam co następuje:

§ 1

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie wprowadza się Zasady tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Lublinie, które stanowią załącznik nr 1 do Zarządzenia.

§ 2

1. Standardy, procedury, instrukcje i algorytmy obowiązujące w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie na dzień wejścia w życie niniejszego Zarządzenia, zostaną dostosowane do uregulowań zawartych w Zasadach, o których mowa w § 1 zarządzenia, do dnia 31 grudnia 2014 roku.
2. Za dostosowanie, o którym mowa w ust. 1, odpowiadają autorzy standardów, procedur, instrukcji i algorytmów.
3. Wewnętrzne akty normatywne niedostosowane do uregulowań zawartych w Zarządzeniu w terminie wskazanym w ust. 1, tracą moc z upływem tego terminu.

§ 3

Odpowiedzialnym za wprowadzenie Zarządzenia czyni się Kierownika Działu Organizacyjno – Prawnego.

§ 4

Odpowiedzialnymi za stosowanie Zarządzenia czyni się kierowników komórek organizacyjnych.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

p.o. DYREKTORA
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lublinie

Gabriel Maj

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA
ds. Poprawy Jakości

Ewa Ostrowska
mgr Ewa Ostrowska

KIEROWNIK
Działu Organizacyjno-Prawnego

Przemysław Chojna
mgr Przemysław Chojna

MAREK MAZUR
Marek Mazur
RADCA PRAWNY

**ZASADY TWORZENIA, REJESTROWANIA I OBIEGU WEWNĘTRZNYCH AKTÓW
NORMATYWNYCH W WOJEWÓDZKIM SZPITALU SPECJALISTYCZNYM
IM. STEFANA KARDYNAŁA WYSZYŃSKIEGO SPZOZ W LUBLINIE**

I. OKREŚLENIE AKTÓW NORMATYWNYCH

1. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stanisława Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie wewnętrzne akty normatywne stanowią: zarządzenia dyrektora oraz standardy, procedury, instrukcje i algorytmy.

2. Wprowadza się następujące określenia:

1) **Zarządzenie Dyrektora** – pisemna forma decyzji Dyrektora w sprawach regulujących funkcjonowanie zakładu.

2) **Standard** – to wzorzec, profesjonalnie uzgodniony poziom wykonawstwa jakiegoś działania, stosownie do potrzeb grupy pacjentów, który jest osiągalny, mierzalny, pożądany. Stanowi źródło informacji i jest czynnikiem motywującym dla pracowników do podejmowania działań w celu poprawy jakości świadczeń. Jest opracowywany i wdrażany przez praktyków oraz przez nich kontrolowany. Standard jest ustalany na poziomie możliwym do osiągnięcia, opracowywany do konkretnej sytuacji i jest skoncentrowany na pacjencie. Może zawierać zobowiązanie do stosowania określonych algorytmów i procedur postępowania.

Standard powinien zawierać następujące informacje:

- a) temat i podtemat,
- b) grupa opieki,
- c) oświadczenie standardowe lub cele standardu,
- d) kryteria: struktury, procesu, wyniku,
- e) narzędzia oceny.

3) **Procedura** – to normowany przepisami, zwyczajami sposób prowadzenia, załatwiania jakiejś sprawy, tok, przebieg postępowania w określonym zakresie lub procesie, wskazuje osoby za niego odpowiedzialne, określa ich uprawnienia i odpowiedzialność.

Procedura powinna zawierać następując informacje:

- a) dane identyfikacyjne procedury (tytuł, dane osoby opracowującej, sprawdzającej, zatwierdzającej, datę wydania, oznaczenie wersji,
- b) cel i przedmiot,
- c) zakres stosowania,
- d) zakres odpowiedzialności,
- e) tryb postępowania,

- f) dokumenty związane,
 - g) załączniki – wzory dokumentów
- 4) **Instrukcja** – to szczegółowy opis działań ustalający sposób postępowania (np. instrukcja obsługi, instrukcja eksploatacyjna, instrukcja kancelaryjna); może być częścią procedury.
 - 5) **Algorytm** – to schemat, formuła, przepis postępowania umożliwiający rozwiązanie wszystkich zadań danego typu; jest planem kolejnych czynności, które może wykonywać człowiek lub maszyna z opisem sposobu wykonania i wynikiem, jaki należy otrzymać. Może być przedstawiony za pomocą grafów.
 - 6) **Kadra kierownicza** – to zastępcy dyrektora, Naczelną Pielęgniarką, kierownicy komórek organizacyjnych,
 - 7) **Szpital** – to Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SP ZOZ w Lublinie.
 - 8) **Akt normatywny** – to zarządzenie, standard, procedura, instrukcja, algorytm.
 - 9) **Autor** – osoba zatrudniona w Szpitalu, która opracowała akt normatywny lub pracownik przewodniczący pracom zespołu wyznaczonemu do opracowania procedury lub standardu, kierownik komórki organizacyjnej która opracowała instrukcję lub algorytm.

II. PROCES TWORZENIA, REJESTROWANIA I OBIEGU WEWNĘTRZNYCH AKTÓW NORMATYWNYCH

1. **Proces tworzenia, rejestrowania i obiegu zarządzeń dyrektora** jest uregulowany w odrębnych przepisach i nie podlega niniejszym Zasadom.
2. **Proces tworzenia, rejestrowania i obiegu procedur oraz standardów**
 - 1) Do zgłoszenia potrzeby wprowadzenia procedury, standardu uprawniona jest kadra kierownicza szpitala;
 - 2) Kadra kierownicza zgłasza do Przewodniczącego Komitetu ds. Jakości propozycję zakresu regulacji objętych aktem normatywnym oraz propozycję osób uczestniczących w opracowaniu dokumentu. Wzór wniosku o wprowadzenie wewnętrznego aktu normatywnego stanowi Załącznik nr 1 do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;
 - 3) Komitet ds. Jakości dokonuje oceny potrzeby opracowania dokumentu;
 - 4) W przypadku zatwierdzenia potrzeby opracowania dokumentu, Przewodniczący Komitetu Jakości wyznacza osobę lub zespół osób odpowiedzialnych za opracowanie i sprawdzenie

- pod względem merytorycznym wewnętrznego aktu normatywnego oraz wyznacza termin opracowania;
- 5) Wyznaczony pracownik/zespół pracowników opracowuje projekt aktu normatywnego i przekazuje osobom uprawnionym do sprawdzenia pod względem merytorycznym i formalno-prawnym.
 - 6) Do sprawdzenia projektu aktu normatywnego pod względem merytorycznym uprawniony jest przełożony osoby opracowującej procedurę, standard.
 - 7) Procedura, standard podlegają również sprawdzeniu przez Dział Organizacyjno-Prawny.
 - 8) Do sprawdzenia projektu aktu normatywnego pod względem formalno-prawnym uprawniony jest Radca Prawny;
 - 9) Pracownik, który opracował akt normatywny (lub przedstawiciel zespołu) lub osoba, która sprawdziła akt normatywny pod względem merytorycznym, po sprawdzeniu go pod względem merytorycznym oraz formalno – prawnym oraz przez Dział Organizacyjno-Prawny i uzyskaniu akceptacji Pełnomocnika Dyrektora ds. Poprawy Jakości, składa wniosek do Dyrektora o zatwierdzenie aktu normatywnego. Wzór wniosku o zatwierdzenie aktu normatywnego stanowi Załącznik nr 4 do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;
 - 10) Dyrektor podejmuje decyzję o zatwierdzeniu lub odmowie zatwierdzenia aktu normatywnego;
 - 11) Dyrektor Szpitala może z własnej inicjatywy zlecić opracowanie procedury lub standardu i w tym przypadku wyznacza pracownika odpowiedzialnego za realizację tego zadania. Pracownik odpowiedzialny informuje Przewodniczącego Komitetu ds. jakości o tym fakcie i wykonuje polecenie Dyrektora zgodnie z zapisami ust. 5 – 10, 12, 14 – 18.
 - 12) Akt normatywny wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Dyrektora.
 - 13) Po zatwierdzeniu przez Dyrektora, akt normatywny jest przekazywany przez Autora do Działu Organizacyjno-Prawnego gdzie jest rejestrowany. Wzór rejestru stanowi Załącznik nr 5 do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;
 - 14) Zatwierdzony do stosowania akt normatywny jest udostępniany pracownikom do użytku wewnętrznego na stronie internetowej szpitala przez Dział Organizacyjno-Prawny w zakładce „PROCEDURY, STANDARDY, INSTRUKCJE, ALGORYTMY”. W powyższej zakładce znajdować się będzie również rejestr „Procedur, standardów, instrukcji i algorytmów”. Wersja papierowa znajduje się w miejscu prowadzenia rejestru;

- 15) Za wdrożenie standardu, procedury obowiązującej w danej komórce organizacyjnej – bieżące sprawdzanie wprowadzonych aktów normatywnych w rejestrze (opublikowanym na stronach szpitala w zakładce „PROCEDURY, STANDARDY, INSTRUKCJE, ALGORYTMY”), zapoznanie pracowników z treścią i uzyskanie podpisów pracowników potwierdzających przyjęcie do wiadomości i stosowanie oraz za nadzór nad przestrzeganiem aktu normatywnego odpowiada bezpośredni przełożony pracowników. Wzór listy pracowników, którzy przyjęli procedurę do wiadomości i stosowania – Załącznik nr 6 do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;
- 16) Lista pracowników, o której mowa w pkt. 15. przechowywana jest w dokumentacji komórki organizacyjnej.
- 17) Przegląd pod względem aktualności powinien być dokonywany nie rzadziej niż co 3 lata od daty obowiązywania;
- 18) Przeglądu/weryfikacji aktu normatywnego pod względem aktualności dokonują pracownicy, którzy opracowali i sprawdzili dany akt normatywny, a w przypadku nieobecności tych osób, pracownicy wskazani przez Przewodniczącego Komitetu ds. Jakości;
- 19) Jeżeli nie ma podstaw do zmiany treści procedury lub standardu, Autor aktu normatywnego oraz osoba sprawdzająca pod względem merytorycznym zgłasza się do Działu Organizacyjno - Prawnego i przeprowadza aktualizację dokonując stosownego wpisu w wersji papierowej procedury lub standardu;
- 20) Weryfikacja aktu normatywnego powinna nastąpić w przypadku każdorazowej zmiany sposobu postępowania. Do każdego kolejnego wydania wewnętrznego aktu normatywnego, z wyjątkiem pierwszego wydania, powinna być dołączona Tabela zmian, zgodna z Załącznikiem nr 7 do niniejszych Zasad;
- 21) Przy wprowadzeniu kolejnego wydania aktu normatywnego obowiązuje tryb, jak przy wprowadzeniu nowego.

3. **Proces tworzenia, rejestrowania i obiegu instrukcji oraz algorytmów**

- 1) potrzebie utworzenia dokumentu decyduje Dyrektor lub kierownik komórki organizacyjnej w porozumieniu ze swoim przełożonym;
- 2) Instrukcja, algorytm jest tworzona przez osobę wyznaczoną przez Dyrektora lub kierownika komórki organizacyjnej;

- 3) Kierownik komórki organizacyjnej nadaje instrukcji lub algorytmowi tytuł i kod zgodnie z „Wykazem Kodów Procedur, Standardów, Instrukcji, Algorytmów” stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszych Zasad.
- 4) Każdy akt normatywny powinien zawierać datę opracowania, dane i podpis osoby opracowującej, datę zatwierdzenia, dane i podpis osoby zatwierdzającej oraz numer rejestru nadany przez pracownika Działu Organizacyjno-Prawnego. *Wzór instrukcji, algorytmu stanowi Załącznik nr 3b do niniejszych Zasad;*
- 5) Akt normatywny w formie instrukcji lub algorytmu jest podpisywany przez kierownika komórki organizacyjnej w rubryce „Opracowujący”;
- 6) Po uzyskaniu opinii Pełnomocnika Dyrektora ds. Poprawy Jakości, kierownik komórki organizacyjnej składa wnioski do swojego zwierzchnika - Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora danego pionu/Naczelną Pielęgniarkę, o zatwierdzenie aktu normatywnego. *Wzór wniosku o zatwierdzenie aktu normatywnego stanowi Załącznik nr 4a do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;*
- 7) Akt normatywny wchodzi w życie z dniem zatwierdzenia przez Dyrektora lub Zastępcy Dyrektora danego pionu/Naczelną Pielęgniarkę.
- 8) Po zatwierdzeniu przez osoby o których mowa w ust. 6, akt normatywny jest przekazywany przez kierownika komórki organizacyjnej do Działu Organizacyjno-Prawny w celu zarejestrowania. *Wzór rejestru stanowi Załącznik nr 5 do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;*
- 9) Zatwierdzony do stosowania akt normatywny jest udostępniany pracownikom do użytku wewnętrznego na stronie internetowej szpitala przez Dział Organizacyjno-Prawny w zakładce „PROCEDURY, STANDARDY, INSTRUKCJE, ALGORYTMY”. Wersja papierowa znajduje się w miejscu prowadzenia rejestru;
- 10) Za wdrożenie instrukcji, algorytmu – bieżące sprawdzanie wprowadzonych aktów normatywnych w rejestrze (opublikowanym na stronach szpitala w zakładce „PROCEDURY, STANDARDY, INSTRUKCJE, ALGORYTMY”), zapoznania pracowników z treścią i uzyskania podpisów pracowników potwierdzających przyjęcie do wiadomości i stosowania oraz za nadzór nad przestrzeganiem aktu normatywnego odpowiada bezpośredni przełożony pracowników. *Wzór listy pracowników, którzy przyjęli procedurę do wiadomości i stosowania – Załącznik nr 6 do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;*

- 11) Lista pracowników, o której mowa w pkt. 10. przechowywana jest w dokumentacji komórki organizacyjnej.
- 12) Przegląd pod względem aktualności powinien być dokonywany nie rzadziej niż co 3 lata od daty obowiązywania;
- 13) Przeglądu/weryfikacji aktu normatywnego pod względem aktualności dokonuje kierownik komórki organizacyjnej która opracowała akt normatywny lub osoba wyznaczona przez Dyrektora danego pionu;
- 14) Jeżeli nie ma podstaw do zmiany treści instrukcji lub algorytmu kierownik właściwej komórki organizacyjnej zgłasza się do Działu Organizacyjno - Prawnego i przeprowadza aktualizację dokonując stosownego wpisu w wersji papierowej instrukcji, algorytmu;
- 15) Weryfikacja aktu normatywnego powinna nastąpić w przypadku każdorazowej zmiany sposobu postępowania. Do każdego kolejnego wydania wewnętrznego aktu normatywnego, z wyjątkiem pierwszego wydania, powinna być dołączona Tabela zmian, zgodna z Załącznikiem nr 7 do niniejszych Zasad.
- 16) Przy wprowadzeniu kolejnego wydania aktu normatywnego w formie instrukcji, algorytmu obowiązuje tryb, jak przy wprowadzeniu nowego.

II. Oznakowanie

1. Ustala się następujący sposób oznaczenia wewnętrznych aktów normatywnych (nie dotyczy zarządzeń):

Kod - X / Wyd. Y / Z – rrrr

gdzie:

Kod – oznaczenie zgodne z „Wykazem kodów procedur, standardów, instrukcji i algorytmów”
Załącznik Nr 2 do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie;

X - kolejny numer aktu normatywnego w danym kodzie

Wyd. – Wydanie

Y – numer wydania

Z – kolejny numer porządkowy w „Rejestrze standardów, procedur, instrukcji i algorytmów”,

rrrr – rok wpisania do „Rejestru standardów, procedur, instrukcji i algorytmów”

Przykład: LAB -3/Wyd.2/11-2014

Akt normatywny z obszaru Laboratorium (LAB) o numerze 3, wydanie 2, numer „Rejestru wewnętrznych aktów normatywnych” nadanego przez Dział Organizacyjno-Prawny 11, wpis do

rejestr nastąpił w 2014 roku.

2. Kod (**Kod – X**) oraz numer wydania (**Wyd. Y**) nadaje osoba, która opracowała akt normatywny.
3. Numer w „Rejestrze standardów, procedur, instrukcji i algorytmów” oraz cyfry roku wpisania do „Rejestrze standardów, procedur, instrukcji i algorytmów” nadaje pracownik Działu Organizacyjno-Prawnego.
4. Rejestrze standardów, procedur, instrukcji i algorytmów prowadzony jest przez Dział Organizacyjno-Prawny w formie elektronicznej, zgodnie ze wzorem, który stanowi załącznik nr 5 do niniejszych Zasad;
3. Numer porządkowy w „Rejestrze standardów, procedur, instrukcji i algorytmów” nadaje się odrębnie dla każdego roku kalendarzowego;
4. Tabele zmian oraz wnioski o uchylenie są gromadzone w wersji papierowej w „Zbiorze standardów, procedur, instrukcji i algorytmów”.
5. Zbiór, o którym mowa w ust. 4, znajduje się w Dziale Organizacyjno – Prawnym.

III. PRZEGLĄD, AKTUALIZACJA

1. Autorzy aktów normatywnych są odpowiedzialni za ich przegląd i aktualizację, umieszczenie informacji o dokonanych zmianach w Tabeli zmian oraz opracowanie tekstu jednolitego wewnętrznego aktu normatywnego jako kolejnego wydania;
2. Wewnętrzne akty normatywne powinny być przeglądane przynajmniej raz na trzy lata licząc od daty wydania kolejnej wersji wewnętrznego aktu normatywnego;
3. Jeżeli treść wewnętrznego aktu normatywnego pozostaje bez zmian, w Tabeli aktualizacji należy umieścić wyłącznie datę i podpisy osób dokonujących przeglądu;
4. Jeżeli treść wewnętrznego aktu normatywnego wymaga wprowadzenia aktualizacji w Tabeli zmian należy nanieść stosowne zapisy;
5. Do każdego kolejnego wydania wewnętrznego aktu normatywnego, z wyjątkiem pierwszego wydania, powinna być dołączona Tabela zmian, zgodna z Załącznikiem nr 7 do niniejszych Zasad.
6. Jeżeli Tabela zmian zawiera więcej niż jedną stronę, to każda następna strona powinna mieć formę graficzną zgodną z załącznikiem nr 7 do Zasad;
7. Każdorazowo w przypadku naniesienia zmian w treści wewnętrznego aktu normatywnego, należy opracować i wydać tekst jednolity wewnętrznego aktu normatywnego.

IV. OBIEG, UPOWSZECHNIANIE

1. Autor, który opracował wewnętrzny akt normatywny, dokonał przeglądu albo aktualizacji wewnętrznego aktu normatywnego jest odpowiedzialny za przekazanie opracowanej albo uaktualnionej wersji wewnętrznego aktu normatywnego wraz z Tabelą zmian w oryginale do Działu Organizacyjno – Prawnego a kserokopię wewnętrznego aktu normatywnego do Pełnomocnika Dyrektora ds. Poprawy Jakości.
2. Autor, który opracował wewnętrzny akt normatywny, dokonał przeglądu lub aktualizacji wewnętrznego aktu normatywnego jest odpowiedzialny za przekazanie opracowanej lub uaktualnionej wersji wewnętrznego aktu normatywnego w wersji elektronicznej na adres *procedury@szpital.lublin.pl*.
3. Dział Organizacyjno-Prawny po zarejestrowaniu aktu normatywnego na wersji elektronicznej oraz papierowej dokumentu (w nagłówku) wprowadza oznakowanie, np. LAB -3/Wyd.2/11-2014;
4. Dział Organizacyjno-Prawny jest odpowiedzialny za umieszczenie treści wewnętrznego aktu normatywnego na wewnętrznej stronie intranetowej szpitala w zakładce „PROCEDURY, STANDARDY, INSTRUKCJE, ALGORYTMY”.

V. UCHYLANIE

1. Autor aktu normatywnego kieruje wniosek o uchylenie wewnętrznego aktu normatywnego do Dyrektora, Zastępcy Dyrektora lub Naczelnej Pielęgniarki – osoby, która zatwierdziła wewnętrzny akt normatywny. Wzór wniosku o uchylenie procedury lub standardu stanowi załącznik nr 8 do niniejszych Zasad, Wzór wniosku o uchylenie instrukcji lub algorytmu stanowi załącznik nr 8a do niniejszych Zasad
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 powinien zawierać uzasadnienie uchylenia wewnętrznego aktu normatywnego.
3. Uchylenie wewnętrznego aktu normatywnego następuje z dniem uzyskania zgody Dyrektora, Zastępcy Dyrektora lub Naczelnej Pielęgniarki – osoby, która zatwierdziła wewnętrzny akt normatywny.
4. Zatwierdzony wniosek o uchylenie wewnętrznego aktu normatywnego Autor przekazuje do Działu Organizacyjno – Prawnego a jego kopię do Pełnomocnika Dyrektora ds. Poprawy Jakości.
5. Wewnętrzny akt normatywny może być uchylony stosownym zapisem w innym wewnętrznym akcie normatywnym.

VI. ZAŁĄCZNIKI

Załączniki do Zasad tworzenia, rejestrowania i obiegu wewnętrznych aktów normatywnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ w Lublinie

1. Załącznik nr 1 - „Wniosek o wprowadzenie wewnętrznego aktu normatywnego w formie procedury lub standardu”;
2. Załącznik nr 2 - „Wykaz kodów procedur, standardów, instrukcji i algorytmów”;
3. Załącznik nr 3a – Wzór strony tytułowej procedury;
4. Załącznik nr 3b - Wzór strony tytułowej standardu;
5. Załącznik nr 3c – Wzór instrukcji, algorytmu;
6. Załącznik nr 4a – Wniosek o zatwierdzenie aktu normatywnego w formie procedury, standardu;
7. Załącznik nr 4b – Wniosek o zatwierdzenie aktu normatywnego w formie instrukcji, algorytmu;
8. Załącznik nr 5 – Wzór „Rejestru wewnętrznych aktów normatywnych”
9. Załącznik nr 6 – Wzór „Listy pracowników, którzy przyjęli do wiadomości i stosowania akt normatywny”;
10. Załącznik nr 7 – Tabela zmian
11. Załącznik nr 8a – Wniosek o uchylenie procedury, standardu,
12. Załącznik nr 8b – Wniosek o uchylenie instrukcji, algorytmu.

p.o. DYREKTORA
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO
im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Lublinie

Gabriel Maj

M. G. S.