

**Organizacja i zadania Działu Diagnostyki Obrazowej
Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Bartoszycach**

1. W skład Działu Diagnostyki Obrazowej wchodzi trzy pracownie: Pracownia RTG, Pracownia USG i Pracownia TK.

1) Pracownia RTG i TK mieści się na parterze budynku. W jej skład wchodzi Rejestracja, dwa Gabinety Badań z aparatami RTG, gabinet z aparatem TK, przebieralniami i toaletami pacjentów, opisownia, gabinet Koordynatora Działu, pomieszczenie socjalne pracowników, toalety, szatnia oraz brudownik.

2) Pracownia USG znajduje się na I piętrze budynku i składa się z jednego gabinetu badań z wydzielonymi dwoma boksami na aparaty USG. Badania diagnostyczne są wykonywane w pomieszczeniach Działu oraz także w razie potrzeby w Oddziałach i na Bloku Operacyjnym. Na wyposażeniu Działu znajdują się urządzenia do diagnostyki obrazowej oraz sprzęt dodatkowy tj. biurowy, komputery i służący do oceny badań.

2. Wyposażenie jest prawidłowo obsługiwane zgodnie z instrukcjami producenta lub instrukcjami opracowanymi we własnym zakresie. Dokumentacja dotycząca wyposażenia jest dostępna pracownikom. Zasady nadzoru nad wyposażeniem (klasyfikacja, przyjmowanie i włączanie do użytkowania, postępowanie z wyposażeniem wadliwym oraz prowadzenie zapisów) są opisane w procedurze ogólnej PR8-PJ4-Wyposażenie. Osobami odpowiedzialnymi za nadzór nad wyposażeniem są Kierownik /Koordynator Działu Diagnostyki Obrazowej i Koordynator Zespołu Techników. Szczegółowy wykaz wyposażenia znajduje się w DDO. Kierownictwo Działu Diagnostyki Obrazowej zapewnia prawidłowość pracy wyposażenia, szczególnie mającego bezpośredni wpływ na wyniki badań poprzez nadzór nad serwisowaniem, prowadzeniem przeglądów, konserwacją, wykonywaniem specjalistycznych i podstawowych testów kontroli jakości.

3. W Pracowni RTG i TK badania wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza. Każde skierowanie na badanie rtg i tk jest analizowane pod kątem uzasadnienia i celowości wykonania ekspozycji. Do Pracowni RTG i TK na badania kierowane są osoby na podstawie skierowania ambulatoryjnego oraz na podstawie skierowania szpitalnego.

Wszystkie skierowania na badania RTG i TK są skanowane do systemu i archiwizowane w formie papierowej i cyfrowej.

Do Pracowni USG na badania nie są wymagane skierowania wystawione przez lekarzy medycyny.

Wyniki badań wydawane są bezpośrednio po wykonanym badaniu.

Skierowania po uprzednim zeskanowaniu do systemu przechowywane są w Archiwum Szpitala.

4. Dział Diagnostyki Obrazowej wykonuje badania:

- 1) RTG całodobowo we wszystkie dni tygodnia dla pacjentów szpitalnych, natomiast w godz. 08:00-20:00 w dni robocze dla pacjentów ambulatoryjnych
- 2) TK całodobowo we wszystkie dni tygodnia dla pacjentów szpitalnych, natomiast w godz. 08:00-16:00 w dni robocze dla pacjentów ambulatoryjnych
- 3) Badania USG wykonywane są zgodnie z oddzielnym grafikiem wykorzystania aparatu przez lekarzy DDO. Za grafik badań usg odpowiada Koordynator Działu Diagnostyki Obrazowej.

5. Zakres wykonywanych badań zostaje określony w cenniku Szpitala i jest na bieżąco uaktualniany przez Kierownika/Koordynatora Działu Diagnostyki Obrazowej zgodnie z zapotrzebowaniem. Badania wymagające podania środków kontrastowych wymagają zgody pacjenta potwierdzonej podpisem w dokumentacji medycznej po przedstawieniu mu działań niepożądanych i ryzyka powikłań.

6. Za ewidencjonowanie skierowań i organizację czasową badań odpowiadają Rejestratorzy medyczni, poprzez ustalanie terminów badań, wydawanie wyników, informowanie o sposobie przygotowania do badania. Wyniki badań wraz z opisami odbierają osobiście pacjenci lub osoby pisemnie przez nie upoważnione. Wyniki pacjentów z oddziałów szpitala odbiera personel oddziału.

7. W Dziale Diagnostyki Obrazowej realizowane są założenia ochrony radiologicznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Ochroną objęci są pacjenci, personel Działu i osoby postronne w oparciu o zasady dobrej praktyki ALARA. Nadzór nad zasadami ochrony radiologicznej i jej realizacją prowadzi Inspektor Ochrony Radiologicznej powołany przez Dyrektora Szpitala i posiadający uprawnienia nadane przez Głównego Inspektora Sanitarnego.

8. W dziale Diagnostyki Obrazowej realizowana jest polityka zarządzania jakością oparta na Programie Zapewnienia Jakości szpitala. Zadania te realizowane są poprzez wprowadzenie i nadzorowanie następujących elementów:

- 1) księgę jakości;
- 2) procedury ogólne;
- 3) opisy procedur postępowania diagnostycznego, zabiegowego lub terapeutycznego, mających zastosowanie w danej jednostce organizacyjnej, opracowane zgodnie z wymaganiami określonymi w odrębnych przepisach;
- 4) instrukcje obsługi urządzeń radiologicznych;
- 5) informacje dotyczące sposobów wykonywania testów wewnętrznej kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych;

- 6) informacje dotyczące wyników przeprowadzanych testów wewnętrznej kontroli fizycznych parametrów urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych oraz testów akceptacyjnych;
 - 7) informacje dotyczące kwalifikacji i szkoleń personelu;
 - 8) opis sposobu przeprowadzania klinicznych audytów wewnętrznych;
 - 9) informacje dotyczące wyników klinicznych audytów wewnętrznych oraz podjętych działań korygujących i naprawczych;
 - 10) informacje dotyczące okresowych przeglądów systemu zarządzania jakością;
 - 11) standardy opisów wyników badań oraz postępowania z wynikami i inną dokumentacją.
9. Nadzór nad polityką zarządzania jakością realizuje Kierownik/Koordynator Działu Diagnostyki Obrazowej.