

|                                                                                                                                              |                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Standard<br>Ciągłość Opieki CO3                          |
|                                                                                                                                              | C-1                                      |                                                          |
|                                                                                                                                              | Standardy Ochrony Małoletnich            | Data wydania <b>12.08.2024 r.</b><br>Nr wydania <b>1</b> |

## STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH

*Niniejszy dokument jest własnością Grupy Penta Hospitals Polska.*

*Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.*

*Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody*

*Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.*

| Opracował:                                                                  | Sprawdził:                                                                              | Zatwierdził:                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ewa Kardaś</b><br>Pełnomocnik ds. Jakości<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |
| Data: 09.08.2024 r.                                                         | Data: 09.08.2024 r.                                                                     | Data: 09.08.2024 r.                                                                     |

**Wzór procedury opracowała: Karolina Podwysocka, Sylwia Durlej**

PEŁNOMOCNIK d/s  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Ewa Kardaś

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska

|                                                                                                                                              |                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Standard<br>Ciągłość Opieki CO3                          |
|                                                                                                                                              | C-1                                      |                                                          |
|                                                                                                                                              | Standardy Ochrony Małoletnich            | Data wydania <b>12.08.2024 r.</b><br>Nr wydania <b>1</b> |

Spis treści

1. Cel dokumentu..... 3

2. Zakres podmiotowy dokumentu..... 4

3. Definicje i określenia..... 4

    Standard I ..... 4

    Standard II ..... 6

    Standard III ..... 7

    Standard IV ..... 8

    Standard V ..... 8

    Standard VI ..... 9

    Standard VII ..... 9

    Przepisy końcowe ..... 10

4. Załączniki..... 10

|                                                                                                                                              |                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>Standard</b><br>Ciągłość Opieki CO3                   |
|                                                                                                                                              | C-1                                      |                                                          |
|                                                                                                                                              | Standardy Ochrony Małoletnich            | <b>Data wydania 12.08.2024 r.</b><br><b>Nr wydania 1</b> |

## 1. Cel dokumentu

Celem wydania Standardów jest określenie jednolitych wytycznych zapewniających bezpieczeństwo osób małoletnich w jednostkach medycznych Grupy Penta Hospitals Polska.

Niniejsza dokument określa w szczególności:

- a) zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki, a w szczególności zachowania niedozwolone wobec małoletnich;
- b) zasady i procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego;
- c) procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, zawiadamianie sądu opiekuńczego oraz wszczynanie procedury Niebieskie Karty;
- d) zasady przeglądu i aktualizacji standardów;
- e) zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu do stosowania standardów, zasady przygotowania tego personelu do ich stosowania oraz sposób dokumentowania tej czynności;
- f) zasady i sposób udostępniania rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz małoletnim standardów do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania;
- g) zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki, a w szczególności zachowania niedozwolone wobec małoletnich;
- h) zasady i procedurę podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego;
- i) procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego, zawiadamianie sądu opiekuńczego oraz wszczynanie procedury Niebieskie Karty;
- j) zasady przeglądu i aktualizacji standardów;
- k) zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu do stosowania standardów, zasady przygotowania tego personelu do ich stosowania oraz sposób dokumentowania tej czynności;
- l) zasady i sposób udostępniania rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz małoletnim standardów do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania;
- m) osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń o zdarzeniach zagrażających małoletniemu i udzielenie mu wsparcia;
- n) sposób dokumentowania i zasady przechowywania ujawnionych lub zgłoszonych incydentów lub zdarzeń zagrażających dobru małoletniego.

|                                                                                   |                                          |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Standard<br>Ciągłość Opieki CO3            |
|                                                                                   | C-1                                      |                                            |
|                                                                                   | Standardy Ochrony Małoletnich            | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania 1 |

## 2. Zakres podmiotowy dokumentu

Dokument obowiązuje personel zatrudniony w jednostkach medycznych Grupy Penta Hospitals Polska (bez względu na formę zatrudnienia oraz z uwzględnieniem osób współpracujących, np.: świadczących usługi w ramach stażu, wolontariatu lub praktyk studenckich). Został opracowany na poziomie centralnym Grupy Penta Hospitals Polska (PHP).

## 3. Definicje i określenia

**Małoletni** – osoba, która nie ukończyła 18 roku życia. Małoletni, który nie ukończył 13 roku życia, nie ma zdolności do czynności prawnych. Małoletni, który ukończył 13 rok życia, a nie ukończył jeszcze 18 roku życia, ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych.

**Opiekun małoletniego** - osoba uprawniona do reprezentacji dziecka, w szczególności jego rodzic lub opiekun prawny, a także opiekun faktyczny. W myśl niniejszego dokumentu opiekunem jest również rodzic zastępczy.

**Opiekun prawny** - osoba powołana do ochrony interesów osobistych i majątkowych innej osoby, gdy ta takiej opieki potrzebuje. Opiekun prawny ustanawiany jest decyzją sądu opiekuńczego w przypadku, gdy żadnemu z rodziców nie przysługuje władza rodzicielska albo jeżeli rodzice są nieznani.

**Opiekun faktyczny** - osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

**Pracownik** – osoba zatrudniona w jednostce na podstawie umowy o pracę, umowy cywilnoprawnej oraz osoby współpracujące (np. w ramach stażu, wolontariatu lub praktyk studenckich).

### Standard I

*zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a personelem placówki z uwzględnieniem zachowań niedozwolonych wobec małoletnich*

|                                                                                   |                                          |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Standard<br>Ciągłość Opieki CO3            |
|                                                                                   | C-1                                      |                                            |
|                                                                                   | Standardy Ochrony Małoletnich            | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania 1 |

1. Naczelną zasadą wszystkich czynności podejmowanych przez Pracowników jest działanie dla dobra Małoletniego, troski o jego bezpieczeństwo i podejmowanie czynności w jego najlepszym interesie, w ramach obowiązującego prawa, przepisów wewnętrznych jednostki oraz swoich kompetencji. Pracownicy traktują Małoletniego z empatią i szacunkiem uwzględniając jego godność, intymność oraz szczególne potrzeby.
2. Zasady bezpiecznych relacji personelu z Małoletnimi obowiązują wszystkich Pracowników.
3. Zasady kontaktu osobistego personelu z Małoletnim.
  - Małoletni ma prawo do otrzymywania informacji na temat swojego stanu zdrowia oraz podejmowanych czynności medycznych.
  - Małoletni może zadawać pytania (należy upewnić się, że małoletni pacjent posiada wiedzę o takiej możliwości), na które powinien otrzymać zrozumiałą dla siebie odpowiedź.
  - Personel powinien używać prostego języka, który będzie dostosowany do wieku i możliwości poznawczych Małoletniego.
  - Do Małoletniego należy zwracać się w formie preferowanej przez niego (przy pierwszym kontakcie używać imienia dziecka).
4. Personel powinien wykonywać czynności służbowe z poszanowaniem godności i intymności Małoletniego.
  - W trakcie wykonywania czynności medycznych należy dbać o poszanowanie prywatności Małoletniego.
  - W celu wykonania czynności medycznych, ciało dziecko powinno być odstawiane partiami.
  - W trakcie wykonywania czynności medycznych, dziecku powinna towarzyszyć osoba bliska lub inna osoba z personelu medycznego.
5. Ochrona Małoletnich przed krzywdzeniem.
  - Każdy pracownik Szpitala, który posiada podejrzenie o krzywdzeniu Małoletniego zobowiązany jest do podjęcia stosownych działań.
  - Jeżeli coś w zachowaniu dziecka lub rodzica/opiekuna wzbudza niepokój, pracownik powinien poprosić inną osobę z personelu medycznego o obecność podczas badania/wizyty.
  - W sytuacji, gdy rodzic/opiekun lub inna osoba z personelu straszy dziecko, udziela mu nieprawdziwych informacji, bagatelizuje potrzeby i odczucia dziecka pracownik ma obowiązek zareagowania i przypomnienia o zasadach komunikacji z dzieckiem.
6. Zachowania niedozwolone wobec małoletnich.

**Niedopuszczalne jest stosowanie przemocy wobec Małoletniego w jakiegokolwiek formie!**

- Nie naruszaj prawa dziecka do intymności i prywatności.
- Nie ujawniaj danych osobowych ani wrażliwych.

|                                                                                                                                             |                                          |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITAL</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>Standard</b><br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                             | C-1                                      |                                        |
|                                                                                                                                             | Standardy Ochrony Małoletnich            | <b>Data wydania 12.08.2024 r.</b>      |
|                                                                                                                                             |                                          | <b>Nr wydania 1</b>                    |

- Nie omawiaj sytuacji dziecka ponad jego głowę, ignorując jego obecność.
- Nie ograniczaj możliwości pobytu rodzica przy dziecku.
- Nie lekceważ tego, że rodzic dobrze zna dziecko, jego potrzeby i upodobania.
- Nie strasz dziecka i nie szantażuj w celu nakłonienia do współpracy.
- Nie ignoruj i nie bagatelizuj odczuć dziecka, np. strachu, lęku przed bólem, niepewności co do nowej sytuacji.
- Nie mów nieprawdy, np. twierdząc, że nie będzie bolało, kiedy wiesz, że może boleć.
- Nie wyciągaj pochopnych wniosków o dziecku i rodzinie, jeśli nie są uzasadnione profesjonalną wiedzą i oceną.
- Nie zakładaj, że dziecko i jego rodzice/opiekunowie wiedzą, jak funkcjonuje szpital i jakie zasady w nich obowiązują.
- Nie dopuszczaj do sytuacji, w których dzieci-pacjenci i ich rodzice/opiekunowie czują się dyskryminowani lub otrzymują niższy standard opieki.
- Nie krzycz, nie zawstydzaj, nie upokarzaj, nie lekceważ i nie obrażaj dziecka-pacjenta ani jego rodziców/opiekunów.

## Standard II

*zasady i procedury podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego*

**Szczegółowy tryb postępowania w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu pacjenta (w tym Małoletniego) reguluje Procedura postępowania w sytuacjach kryzysowych związanych z ofiarami przemocy i przestępstw o charakterze seksualnym oraz ofiarami przemocy domowej.**

1. Pracownicy zobowiązani są do zwracania szczególnej uwagi na wszelkie przejawy krzywdzenia Małoletnich.
2. Krzywda Małoletniego może polegać między innymi na:
  - a) popełnieniu przestępstwa na szkodę dziecka (np. wykorzystanie seksualne, znęcanie się nad dzieckiem),
  - b) innej formy krzywdzenia, niebędącej przestępstwem, np.: krzyk, kary fizyczne, poniżanie,
  - c) zaniedbaniu potrzeb życiowych dziecka, np.: związanych z żywieniem, higieną czy zdrowiem.
3. Pracownik, który zaobserwuje przejawy krzywdzenia Małoletniego, a także taki, któremu Małoletni zgłosi, że jest krzywdzony ma obowiązek podjęcia stosownych działań interwencyjnych oraz postępowania zgodnie z niniejszym dokumentem i procedurami wewnętrznymi.
4. W przypadku, gdy pracownik podejrzewa, że dochodzi do krzywdzenia Małoletniego, ma obowiązek:
  - a) udzielić niezbędnej pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia;

|                                                                                                                                              |                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>Standard</b><br>Ciągłość Opieki CO3                   |
|                                                                                                                                              | C-1                                      |                                                          |
|                                                                                                                                              | Standardy Ochrony Małoletnich            | <b>Data wydania 12.08.2024 r.</b><br><b>Nr wydania 1</b> |

- b) poinformować opiekunów Małoletniego o podejrzeniu krzywdzenia Małoletniego, chyba że wobec opiekuna Małoletniego istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest on sprawcą krzywdzenia Małoletniego;
  - c) udzielić Małoletniemu informacji o możliwościach uzyskania pomocy lub wsparcia;
  - d) niezwłocznie poinformować osobę odpowiedzialną za prawidłowe stosowanie niniejszego dokumentu o zaistniałej sytuacji.
5. Czynności podejmowane i realizowane wobec Małoletniego przeprowadza się w obecności opiekuna Małoletniego, chyba że z uwagi na charakter tych czynności jest to niemożliwe albo wobec opiekuna Małoletniego istnieje uzasadnione podejrzenie, że jest on sprawcą Krzywdzenia Małoletniego.
  6. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie wobec Małoletniego, gdy zachodzi podejrzenie, że wobec niego przemoc stosują opiekunowie Małoletniego, jeżeli jest to możliwe działania z udziałem Małoletniego przeprowadza się w obecności innej pełnoletniej osoby najbliższej dla Małoletniego.
  7. Działania z udziałem Małoletniego, co do którego istnieje podejrzenie, że został on skrzywdzony, powinny być prowadzone w miarę możliwości w obecności psychologa.
  8. W sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu Małoletniego pracownik Szpitala zobowiązany jest do zgłoszenia zaistniałej sytuacji Dyrektorowi ds. Medycznych lub Dyżurnemu Lekarzowi Szpitala oraz wypełnienia Niebieskiej Karty.
  9. Dyrektor ds. Medycznych lub Dyżurny Lekarz określa plan wsparcia Małoletniego oraz niezwłocznie przekazuje, nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia wszczęcia procedury Niebieskiej Karty, dokumentację do właściwego Zespołu Interdyscyplinarnego.
  10. Dokumentację związaną z procedurą interwencji umieszcza się w dokumentacji medycznej Małoletniego.

**Naruszenie obowiązku reagowania na krzywdzenie Małoletniego może zostać uznane za ciężkie naruszenie obowiązków pracowniczych lub kontraktowych.**

### **Standard III**

*procedury i osoby odpowiedzialne za składanie zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa na szkodę małoletniego oraz zawiadamianie sądu opiekuńczego*

|                                                                                                                                              |                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>Standard</b><br>Ciągłość Opieki CO3                   |
|                                                                                                                                              | C-1                                      |                                                          |
|                                                                                                                                              | Standardy Ochrony Małoletnich            | <b>Data wydania 12.08.2024 r.</b><br><b>Nr wydania 1</b> |

**Szczegółowy tryb postępowania w sytuacji podejrzenia krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu pacjenta (w tym Małoletniego) reguluje Procedura postępowania w sytuacjach kryzysowych związanych z ofiarami przemocy i przestępstw o charakterze seksualnym oraz ofiarami przemocy domowej.**

### **Standard IV**

*zakres kompetencji osoby odpowiedzialnej za przygotowanie personelu do stosowania standardów, zasady przygotowania tego personelu do ich stosowania oraz sposób dokumentowania tej czynności*

1. Osobą odpowiedzialną za przygotowanie personelu do stosowania standardów jest Dyrektor ds. Medycznych.
2. Osoba odpowiedzialna za przygotowanie personelu do stosowania standardów powinna:
  - a) posiadać umiejętność interpretacji i adaptacji standardów do specyfiki jednostki,
  - b) posiadać umiejętność skutecznego komunikowania zasad ochrony Małoletnich,
  - c) wyróżniać się empatią i zrozumieniem problemów Małoletnich,
  - d) posiadać doświadczenie w nawiązywaniu i utrzymywaniu współpracy z organami ścigania, służbami socjalnymi i innymi instytucjami odpowiedzialnymi za ochronę Małoletnich,
  - e) posiadać pozytywną ocenę pracy wyrażoną przez bezpośredniego przełożonego i/lub Kierującego jednostką,
  - f) posiadać wykształcenie lub stosowne przygotowanie niezbędne do pełnienia powierzonych jej funkcji.
3. Personel przygotowuje się do stosowania Standardów poprzez zapewnienie programu wprowadzającego dla pracowników zatrudnianych w jednostce, które zawierają informacje dotyczące wdrożonych standardów oraz procedury reagowania na krzywdzenie Małoletnich.
4. W celu aktualizacji wiedzy i umiejętności personelu w zakresie reagowania na krzywdzenie Małoletnich przeprowadza się regularne, okresowe szkolenia.
5. Przygotowanie personelu do stosowania Standardów Ochrony Małoletnich dokumentuje się poprzez prowadzenie list obecności pracowników biorących udział w szkoleniach, o których mowa w ust. 4 oraz sporządzanie sprawozdań, które informują o stanie przygotowania personelu i ewentualnych potrzebach w zakresie dalszych szkoleń dla Kierującego jednostką.
6. Zadania wskazane w ust. 3-5 realizuje pracownik wskazany w ust. 1

### **Standard V**

*sposób dokumentowania i zasady przechowywania ujawnionych lub zgłoszonych incydentów lub zdarzeń zagrażających dobru Małoletniego*

1. Ujawnione lub zgłoszone incydenty i zdarzenia zagrażające dobru Małoletniego dokumentuje się poprzez prowadzenie rejestru przypadków i sytuacji związanych z wystąpieniem zagrożenia bezpieczeństwa Małoletnich.

|                                                                                   |                                          |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Standard<br>Ciągłość Opieki CO3            |
|                                                                                   | C-1                                      |                                            |
|                                                                                   | Standardy Ochrony Małoletnich            | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania 1 |

2. Rejestr, o którym mowa w ust. 1 sporządza i aktualizuje Pełnomocnik ds. Jakości.
3. Rejestr, o którym mowa w ust. 1 zawiera co najmniej: datę, imię i nazwisko oraz stanowisko osoby zgłaszającej, krótki opis sprawy, czynności podjęte w sprawie.

## Standard VI

*obowiązki pracodawcy w zakresie dopuszczenia pracownika do wykonywania działań z udziałem Małoletnich*

1. Przed nawiązaniem stosunku pracy lub przed dopuszczeniem osoby do wykonywania czynności związanych z edukacją, leczeniem oraz świadczeniem porad psychologicznych na rzecz Małoletnich weryfikuje się ją pod kątem niekaralności za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, wolności seksualnej i obyczajności.
2. Weryfikację, o której mowa w ust. 1 dokonuje się poprzez uzyskanie informacji czy dane pracownika są zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze.
3. Pracownik mający kontakt z Małoletnim w związku z realizacją czynności służbowych przedkłada informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 17) oraz w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939).
4. Pracownik mający kontakt z Małoletnim w związku z realizacją czynności służbowych, który posiada obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, przedkłada informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
5. Pracownik mający kontakt z Małoletnim w związku z realizacją czynności służbowych składa oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie przedkłada informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.
6. Jeżeli prawo państwa, o którym mowa w ust. 3 lub 4, nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, pracownik przedkłada informację z rejestru karnego tego państwa.
7. Informacje oraz oświadczenia załącza się do akt osobowych pracownika albo dokumentacji dotyczącej osoby dopuszczanej do działalności.

## Standard VII

*zasady przeglądu i aktualizacji standardów*

|                                                                                                                                              |                                          |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>Standard</b><br>Ciągłość Opieki CO3                   |
|                                                                                                                                              | C-1                                      |                                                          |
|                                                                                                                                              | Standardy Ochrony Małoletnich            | <b>Data wydania 12.08.2024 r.</b><br><b>Nr wydania 1</b> |

1. W celu zapewnienia dostosowania do aktualnych potrzeb oraz zgodności z obowiązującymi przepisami, raz na dwa lata przeprowadza się ocenę niniejszych Standardów ze szczególnym uwzględnieniem analizy danych z rejestru przypadków i sytuacji związanych z wystąpieniem zagrożenia bezpieczeństwa Małoletnich.
2. Ocenę, o której mowa w ust. 1 przeprowadza Dyrektor ds. Medycznych we współpracy z Pełnomocnikiem ds. Jakości.
3. Ocenę, o której mowa w ust. 1 przeprowadza się w badaniu ankietowym pracowników jednostki medycznej. W ankiecie należy umożliwić pracownikom swobodną wypowiedź w zakresie propozycji zmian standardów oraz wskazywania naruszeń standardów w jednostce.
4. Raport z przeprowadzonej oceny należy sporządzić w formie pisemnej.
5. Wyniki z przeprowadzonej oceny należy przedłożyć Kierującemu jednostką medyczną.
6. Kierujący jednostką medyczną, na podstawie otrzymanego raportu, wprowadza zmiany w standardach.

### Przepisy końcowe

*ochrona dzieci przed treściami szkodliwymi i zagrożeniami w sieci Internet oraz utwalonymi w innej formie oraz zasady i sposób udostępniania rodzicom albo opiekunom prawnym lub faktycznym oraz Małoletnim standardów do zaznajomienia się z nimi i ich stosowania*

1. Zasady ochrony dzieci przed treściami szkodliwymi i zagrożeniami w sieci Internet oraz zasady korzystania z urządzeń elektronicznych z dostępem do sieci Internet stanowią załącznik do niniejszego dokumentu.
2. Ogłoszenie standardów następuje poprzez zamieszczenie ich pełnej treści na stronie internetowej Szpitala oraz wywieszenie na tablicy ogłoszeń, również w wersji skróconej, przeznaczonej dla Małoletnich.
3. Ogłoszenie standardów dla pracowników placówki następuje poprzez przesłanie ich tekstu drogą elektroniczną oraz zamieszczenie ich na zasobie wewnętrznym.

## 4. Załączniki

- C-2** Procedura postępowania w sytuacjach kryzysowych związanych z ofiarami przemocy i przestępstw o charakterze seksualnym oraz ofiarami przemocy domowej
- C-3** Zasady dostępu do sieci Internet

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                                                                            | <b>Standard akredytacyjny</b><br>Ciągłość Opieki CO3          |
|                                                                                                                                              | C-2                                                                                                                                                 |                                                               |
|                                                                                                                                              | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych<br>związanych z ofiarami przemocy i przestępstw<br>o charakterze seksualnym oraz ofiarami<br>przemocy domowej | <b>Data wydania 12.08.2024 r.</b><br><br><b>Nr wydania: 1</b> |

## POSTĘPOWANIE W SYTUACJACH KRYZYSOWYCH ZWIĄZANYCH Z OFIARAMI PRZEMOCY I PRZESTĘPSTW O CHARAKTERZE SEKSUALNYM ORAZ OFIARAMI PRZEMOCY DOMOWEJ

*Niniejszy dokument jest własnością Grupy Penta Hospitals Polska.*

*Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.*

*Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody*

*Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.*

| Opracował:                                                                  | Sprawdził:                                                                              | Zatwierdził:                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ewa Kardaś</b><br>Pełnomocnik ds. Jakości<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |
| Data: 09.08.2024 r.                                                         | Data: 09.08.2024 r.                                                                     | Data: 09.08.2024 r.                                                                     |

Wzór procedury opracowała: Anna Górecka, Magdalena Czaja, Monika Majkut

PEŁNOMOCNIK ds.  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
*Ewa Kardaś*

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

*dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska*

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

**Strona 1 z 10**

*dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska*

|                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                             | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3   |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                                 |                                                 |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych<br>związanych z ofiarami przemocy i przestępstw<br>o charakterze seksualnym oraz ofiarami<br>przemocy domowej | Data wydania 12.08.2024 r.<br><br>Nr wydania: 1 |

|                                                       |                     |                     |
|-------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Pielęgniarka Koordynująca<br>Przychodnie EuroMediCare |                     |                     |
| Data: 09.08.2024 r.                                   | Data: 09.08.2024 r. | Data: 09.08.2024 r. |

## Spis treści

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1. Cel procedury               | 3  |
| 2. Zakres podmiotowy procedury | 3  |
| 3. Definicje i określenia      | 3  |
| 4. Opis postępowania           | 5  |
| 5. Odpowiedzialność personelu  | 9  |
| 6. Dokumenty powiązane         | 9  |
| 7. Załączniki                  | 10 |

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                                                                                                                                           | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                                          |                                               |
|                                                                                                                                              | C-2                                                                                                                                                 | Data wydania 12.08.2024 r.                    |
|                                                                                                                                              | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych<br>związanych z ofiarami przemocy i przestępstw<br>o charakterze seksualnym oraz ofiarami<br>przemocy domowej |                                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     | Nr wydania: 1                                 |

## 1. Cel procedury

Celem procedury jest ustalenie jednolitych zasad postępowania z pacjentami będącymi ofiarami przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy w rodzinie, albo takimi, co do których istnieje takie podejrzenie.

## 2. Zakres podmiotowy procedury

Procedura zawiera wytyczne postępowania z pacjentami będącymi ofiarami przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy w rodzinie, albo takimi, co do których istnieje takie podejrzenie. Postanowienia zawarte w niniejszym dokumencie obowiązują personel pracujący w jednostkach medycznych Grupy Penta Hospitals Polska (PHP).

## 3. Definicje i określenia

**Przestępstwo** - czyn zabroniony pod groźbą kary jako zbrodnia albo występki, przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy.

**Zasada ścigania z urzędu** (tzw. zasada oficjalności) jest normą, zgodnie z którą wszczęcie i kontynuowanie postępowania karnego jest wyrazem realizacji interesu ogólnospołecznego i nie wymaga od osoby pokrzywdzonej przestępstwem, żadnej inicjatywy ani współdziałania z organami prowadzącymi postępowanie. Przestępstwa są ścigane z urzędu automatycznie przez wyspecjalizowane organy państwowe, w szczególności przez Prokuraturę i Policję. Tryb ścigania z urzędu jest nazywany trybem publicznoskargowym. Nie tylko postępowanie przygotowawcze może zostać wszczęte przez uprawniony organ z urzędu, ale również z urzędu, tj. niezależnie od woli pokrzywdzonego, przygotowana zostaje skarga publiczna, którą do Sądu wnosi Prokurator.

Przykładowe przestępstwa ścigane z urzędu to:

- ciężki uszczerbek na zdrowiu,
- naruszenie czynności narządu ciała lub spowodowanie rozstroju zdrowia trwającego nie dłużej niż 7 dni - gdy sprawcą jest osobą najbliższą dla pokrzywdzonego zamieszkującą wspólnie ze sprawcą,
- narażenie na niebezpieczeństwo,
- zmuszanie przemocą lub groźbą bezprawnej osoby do określonego zachowania,
- naruszenie miru domowego,
- czynność seksualna z małoletnim poniżej 15 roku życia; pornografia z udziałem małoletniego,
- kazirodztwo,
- przymuszanie do prostytucji,
- stręczycielstwo, sutenerstwo,
- znęcanie się,
- rozpijanie małoletniego,
- porzucenie nieporadnego,

|                                                                                   |                                                                                                                                            |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                    | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                        |                                               |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych związanych z ofiarami przemocy i przestępstw o charakterze seksualnym oraz ofiarami przemocy domowej | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |

- uprowadzenie małoletniego lub nieporadnego.

Zgodnie z art. 304. § 1 Kodeksu postępowania karnego (Dz. U. z 2024 r. poz. 37) każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję.

**Przemoc domowa** – należy przez to rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

- narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
- naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
- powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,
- ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
- istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

#### Schemat zachowania pracownika ochrony zdrowia wobec pacjenta – ofiary przestępstwa:

|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>L</b> wysłuchaj [listen]                                               | Wysłuchaj uważnie tego, co pokrzywdzony ma do powiedzenia, okazuj empatię, nie oceniaj. Nie zakładaj, że wiesz, co jest dla niego najlepsze.                                                                    |
| <b>I</b> zapytaj o potrzeby i problemy [inquire about needs and concerns] | Zdefiniuj potrzeby i problemy. Udziel odpowiedniej pomocy: emocjonalnej, fizycznej, społecznej, praktycznej. Nie obiecuj pomocy, której nie jesteś w stanie zapewnić.                                           |
| <b>V</b> uznaj [validate]                                                 | Pokaż, że rozumiesz rozmówcę i mu wierzysz. Zapewnij, że wina nie leży po jego stronie. Pamiętaj o poszanowaniu życzeń pacjenta i w miarę możliwości postępuj zgodnie z nimi.                                   |
| <b>E</b> zadbaj o bezpieczeństwo [enhance safety]                         | Omów z pacjentem, w jaki sposób powinien uchronić się przed obrażeniami fizycznymi, gdyby znowu doszło do przemocy. Należy poważnie traktować ewentualne obawy pacjenta o bezpieczeństwo własne i najbliższych. |

|                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                             | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3   |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                                 |                                                 |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych<br>związanych z ofiarami przemocy i przestępstw<br>o charakterze seksualnym oraz ofiarami<br>przemocy domowej | Data wydania 12.08.2024 r.<br><br>Nr wydania: 1 |

**S** zapewnij wsparcie [support]

Wspieraj poprzez zapewnienie dostępu do informacji. Zgłoś przestępstwo ścigane z urzędu organom ścigania, wdróż procedurę „Niebieskiej Karty” w przypadku przemocy domowej.

## 4. Opis postępowania

*Rolą personelu medycznego nie jest stwierdzenie, czy przemoc mogła mieć miejsce – jest to zadanie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości.*

*Ofiarom przemocy domowej i przestępstw ściganych z urzędu pomocy medycznej udziela się bezpłatnie – w razie braku praw do świadczeń należy złożyć wniosek do MOPS/GOPS.*

### 4.1 Postępowanie wobec ofiar przemocy/przestępstwa

1. W przypadku przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego lub zgłoszenia się do Izby Przyjęć/Przychodni pacjenta, który zgłasza fakt, że jest ofiarą przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy domowej, albo takiego, co do którego istnieje takie podejrzenie, personel medyczny IP/ Przychodni niezwłocznie zawiadamia o tym fakcie lekarza.
2. Lekarz przeprowadza badanie w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z przemocą, przestępstwem o charakterze seksualnym lub przemocą domową oraz ustalenia czy zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu, a co za tym idzie występuje konieczność zawiadomienia organów ścigania o przestępstwie.
3. Lekarz informuje osobę o przysługującym jej prawie do wyrażenia zgody na procedury medyczne oraz przeprowadza badanie podmiotowe (wywiad), badanie przedmiotowe (w tym ginekologiczne, a w przypadku mężczyzn lub chłopców urologiczno-chirurgiczne), w warunkach zapewniających poszanowanie intymności i godności, **Załącznik 1 do niniejszej procedury.**
4. Badanie przeprowadza się w obecności osoby asystującej (lekarza, pielęgniarki) oraz wskazanej przez ofiarę zaufanej osoby dorosłej.
5. **Jeśli zachodzi podejrzenie popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu lekarz niezwłocznie, po ustabilizowaniu stanu osoby pokrzywdzonej zawiadamia o tym Policję lub prokuratora (Prokuratura Rejonowa).**
6. Należy dokumentować wynik badania oraz wszelkie podejmowane działania, związane z diagnostyką oraz koniecznością terapii pacjenta w zależności od stwierdzonych obrażeń w szczególności: rozpoznanie i ustabilizowanie stanów nagłych, rozpoznanie i wstępne leczenie urazów. W przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa dokumenty te są przekazywane organom właściwym do prowadzenia postępowania przygotowawczego.

|                                                                                   |                                                                                                                                            |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | Grupa EMC                                                                                                                                  | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3   |
|                                                                                   | Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                                 |                                                 |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                        | Data wydania 12.08.2024 r.<br><br>Nr wydania: 1 |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych związanych z ofiarami przemocy i przestępstw o charakterze seksualnym oraz ofiarami przemocy domowej |                                                 |

7. Na żądanie Policji należy zabezpieczyć materiał biologiczny zgodnie zawartością dostarczonego pakietu kryminalistycznego oraz przekazać funkcjonariuszom za pokwitowaniem zabezpieczone ślady biologiczne i odzież ofiary. Za zgodą ofiary w miarę możliwości zapewnić opiekę psychologa.
8. W przypadku, kiedy do placówki medycznej zgłasza się osoba, która doświadczyła przemocy seksualnej należy:
  - poinformować ją o konieczności powstrzymania się od mycia, jedzenia, zmiany odzieży oraz o wadze, jaką niesie ze sobą prawidłowe zabezpieczenie śladów i dowodów przestępstwa,
  - zaniechać jakichkolwiek komentarzy dotyczących zdarzenia, wyglądu czy zachowania, a także osądzania i oceniania sytuacji,
  - uszanować prośby osoby pokrzywdzonej dotyczące płci osoby przeprowadzającej badanie,
  - poinformować w sposób zrozumiały i wyczerpujący osobę, która doświadczyła przemocy seksualnej o wynikach przeprowadzonych badań oraz o możliwościach przeciwdziałania zakażeniu chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz przeciwdziałaniu zajściu w niechcianą ciążę,
  - poinformować o możliwości zawiadomienia przez personel medyczny organów ścigania o podejrzeniu popełnienia na jej szkodę przestępstwa.
9. Rozmowę z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową, przeprowadza się w warunkach gwarantujących swobodę wypowiedzi i poszanowanie godności tej osoby oraz zapewniających jej bezpieczeństwo.
10. Placówka medyczna gwarantuje i zapewnia osobie pokrzywdzonej:
  - kontakt z najbliższą jednostką realizującą zadania z Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej lub inną instytucją zajmującą się pomocą w analogicznym zakresie celem uzyskania pomocy prawnej i psychologicznej oraz o ile to wskazane, skierowanie do poradni psychologicznej w trybie pilnym,
  - dostęp do bazy danych placówek specjalistycznego poradnictwa, w tym: prawnego, psychologicznego i rodzinnego, opracowanych na podstawie z rejestru wojewody.
11. Obowiązkiem lekarza jest:
  - udzielenie pomocy medycznej,
  - przeprowadzenie badania podmiotowego,
  - przeprowadzenie badania przedmiotowego (w tym ginekologicznego, a w przypadku mężczyzn lub chłopców urologiczno-chirurgicznego),
  - udzielenie wyczerpujących informacji osobie pokrzywdzonej o jej stanie zdrowia,
  - pobranie i zabezpieczenie materiału biologicznego dla celów identyfikacji sprawcy (badania genetyczne)
  - pobranie materiału biologicznego dla celów ustalenia ryzyka przeniesienia choroby zakaźnej (badania mikrobiologiczne i wirusologiczne),
  - przeciwdziałanie zakażeniom przenoszonym drogą płciową, w tym HIV, poprzez udzielenie informacji oraz pomocy na miejscu bądź skierowanie do miejsca gdzie taka pomoc może być udzielona efektywnie (Załącznik nr1),

|                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                             | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                                 |                                               |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych<br>związanych z ofiarami przemocy i przestępstw<br>o charakterze seksualnym oraz ofiarami<br>przemocy domowej | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |

- przeciwdziałanie zajściu w niechcianą ciążę poprzez ocenę ryzyka i wskazanie odpowiednich metod i środków,
- ustalenie terminów przyszłych wizyt,
- poinformowanie organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa zgodnie z obowiązującymi przepisami, przekazanie śladów biologicznych, odzieży i innych dowodów Policji,
- rejestracja statystyczna osoby pokrzywdzonej.

12. Po przeprowadzeniu badania lekarskiego i zabezpieczeniu śladów przestępstwa należy zapewnić osobie pokrzywdzonej możliwość umycia się oraz przebrania w odzież zastępczą.

#### 4.2 Dodatkowe działania ze względu na udział dziecka

1. W przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa lub stosowania przemocy domowej wobec dziecka, czynności podejmowane i realizowane w ramach procedury przeprowadza się w obecności opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka. Jeśli jednak wobec tych osób zachodzi podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie wobec dziecka, czynności podejmowane i realizowane w ramach procedury przeprowadza się w obecności pełnoletniej osoby najbliższej dziecka (dziadkowie, pełnoletnie rodzeństwo) lub innego pracownika personelu medycznego.
2. Do wykonania czynności wobec osoby do 18. roku życia wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego.
3. Do wykonania czynności wobec osoby od 16. roku życia wymagana jest także zgoda tej osoby.
4. Przy wydaniu postanowienia prokuratorskiego o przeprowadzeniu takich badań zgoda przedstawiciela ustawowego nie jest wymagana. Ma to miejsce w szczególności w przypadku, kiedy sprawcą jest przedstawiciel ustawowy.
5. Czynności podejmowane i realizowane w ramach procedury wobec dziecka, przeprowadza się w miarę możliwości w obecności psychologa.
6. Badanie osób małoletnich przeprowadza: ginekolog w przypadku dziewczynek, a chirurg dziecięcy we współpracy z urologiem w przypadku chłopców.
7. W przypadku braku wyżej wymienionych specjalistów celu przeprowadzenia badania ofiar małoletnich lekarz kieruje w/w pacjentów do najbliższego ośrodka specjalistycznego. Konieczne jest wykonanie wstępnego badania i udokumentowanie podjętych badań i czynności.
8. Jeżeli lekarz podejmuje podejrzenie, że sprawcą przemocy seksualnej jest przedstawiciel ustawowy powinien powiadomić o tym sąd opiekuńczy.

#### 4.3 Przemoc domowa, wdrożenie procedury „Niebieskiej Karty”

1. Pracownik ochrony zdrowia każdorazowo udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą domową kompleksowych informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia w tym o instytucjach i podmiotach świadczących specjalistyczną pomoc na rzecz ofiar przemocy oraz o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej.

|                                                                                   |                                                                                                                                            |                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|  | Grupa EMC                                                                                                                                  | Standard akredytacyjny                      |
|                                                                                   | Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                                 | Ciągłość Opieki CO3                         |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                        |                                             |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych związanych z ofiarami przemocy i przestępstw o charakterze seksualnym oraz ofiarami przemocy domowej | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1 |

2. Osobie dotkniętej przemocą domową lekarz udziela bezpłatnej pomocy w formie badania lekarskiego w celu ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie oraz wydaje **Zaświadczenie lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy** domowej, którego wzór zaświadczenia stanowi **Załącznik nr 2** do niniejszej procedury.
3. W przypadku uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej lub zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej obowiązkiem pracowników systemu ochrony zdrowia jest wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty” – są to różne działania podejmowane w sytuacji podejrzenia lub stwierdzenia stosowania przemocy domowej na podstawie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Celem procedury „Niebieskie Karty” jest zatrzymanie przemocy domowej i udzielenie pomocy i wsparcia osobie pokrzywdzonej i jej najbliższemu.
4. Osoba wszczynająca procedurę dokonuje wstępnej diagnozy sytuacji w związku z zaistnieniem uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej i przeprowadza rozmowę z osobą doznającą przemocy domowej, a także, w miarę możliwości, z osobą stosującą przemoc.
5. Rozmowę z osobą doznającą przemocy domowej przeprowadza się w warunkach gwarantujących swobodę wypowiedzi, poszanowanie godności oraz zapewniających bezpieczeństwo.
6. Osobie doznającej przemocy domowej przekazuje się informacje w prostym, przejrzystym i przystępnym dla niej języku, z uwzględnieniem stanu i okoliczności, które mogą mieć wpływ na zdolność rozumienia i bycie rozumianym.
7. W trakcie rozmowy z osobą stosującą przemoc domową informuje się ją w szczególności o prawnych konsekwencjach stosowania przemocy domowej oraz wskazuje na konieczność zmiany sposobu postępowania.
8. Jeżeli istnieje podejrzenie stosowania przemocy domowej wobec małoletniego, działania w ramach procedury przeprowadza się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub faktycznego.
9. Jeżeli istnieje podejrzenie, że osobami stosującymi przemoc domową wobec małoletniego są rodzice, opiekunowie prawni lub faktyczni, działania w ramach procedury przeprowadza się w obecności pełnoletniej osoby najbliższej lub pełnoletniej osoby wskazanej przez małoletniego.
10. Osoba wszczynająca procedurę wypełnienia formularza „Niebieska Karta – A” (**Załącznik nr 3**). Należy go wypełnić tak szybko, jak będzie to możliwe, ze względu na stan zdrowia osoby poszkodowanej. W przypadku braku możliwości nawiązania bezpośredniego kontaktu – wypełnienie formularza może nastąpić bez udziału osoby poszkodowanej.
11. W formularzu „Niebieska Karta – A” wskazuje się wszystkie osoby doznające przemocy domowej i wszystkie osoby stosujące przemoc domową. Jeśli w rodzinie są małoletnie dzieci, to zawsze należy wykazać je w formularzu, nawet, jeśli przemoc nie została skierowana przeciwko nim w sposób bezpośredni.
12. Po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta – A” **osobie doznającej przemocy domowej przekazuje się formularz „Niebieska Karta – B” (Załącznik nr 4)**. Jeżeli osobą doznającą przemocy domowej jest małoletni, formularz „Niebieska Karta – B” przekazuje się rodzicowi, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu.

|                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                             | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3   |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                                 |                                                 |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych<br>związanych z ofiarami przemocy i przestępstw<br>o charakterze seksualnym oraz ofiarami<br>przemocy domowej | Data wydania 12.08.2024 r.<br><br>Nr wydania: 1 |

13. Kserokopię formularza „Niebieska Karta – A” dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta, a oryginał należy niezwłocznie, przekazać Pełnomocnikowi ds. Praw Pacjenta.
14. Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta przekazuje dokumenty niezwłocznie, nie później niż w terminie 5 dni roboczych, od dnia wszczęcia procedury Niebieskiej karty do właściwego Zespołu Interdyscyplinarnego.
15. Jeżeli osoba, doznająca przemocy domowej, jest już objęta procedurą Niebieskiej Karty lub była nią objęta w przeszłości, należy poinformować o nowym incydencie Przewodniczącego Zespołu Interdyscyplinarnego. W przypadku niepoinformowania Zespołu – dla udokumentowania nowego zdarzenia należy wypełnić formularz „Niebieska Karta – część A”, a osobie poszkodowanej ponownie przekazać formularz „Niebieska Karta – część B”.
16. Wszczęcie i prowadzenie procedury „Niebieskie Karty” jest obowiązkowe, nie wymaga zgody osoby, co do której istnieje podejrzenie, że została dotknięta przemocą domową

## 5. Odpowiedzialność personelu

| <i>Działanie</i>                                              | <i>Osoba odpowiedzialna za realizację</i>                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wdrożenie procedury i zapoznanie z nią personelu              | Dyrektor ds. Medycznych<br>Pielęgniarka Naczelna<br>Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów<br>Pielęgniarki Koordynujące/Oddziałowe |
| Rzetelne realizowanie wytycznych przedstawionych w dokumencie | Personel medyczny jednostek                                                                                                  |
| Bieżący nadzór nad stosowaniem procedury                      | Ordynatorzy/Kierownicy Oddziałów<br>Pielęgniarki Koordynujące/Oddziałowe                                                     |
| Okresowy nadzór nad stosowaniem procedury                     | Dyrektor ds. Medycznych<br>Pielęgniarka Naczelna                                                                             |

## 6. Dokumenty powiązane

1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2024 r. poz. 37)
2. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2024 r. poz. 424. 834)
3. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 535)
4. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury "Niebieskie Karty" oraz wzorów formularzy "Niebieska Karta" (Dz.U. z 2023 r. poz. 1870)

|                                                                                   |                                                                                                                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp z o.o.                                                                                                             | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3   |
|                                                                                   | C-2                                                                                                                                                 |                                                 |
|                                                                                   | Postępowanie w sytuacjach kryzysowych<br>związanych z ofiarami przemocy i przestępstw<br>o charakterze seksualnym oraz ofiarami<br>przemocy domowej | Data wydania 12.08.2024 r.<br><br>Nr wydania: 1 |

## 7. Załączniki

**Załącznik nr 1** Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy domowej, albo osoby co do której istnieje takie podejrzenie.

**Załącznik nr 2** Zaświadczenie lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy domowej.

**Załącznik nr 3** Niebieska Karta – część A

**Załącznik nr 4** Niebieska Karta – część B

|                                                                                                                                              |                                  |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                        | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.      |                                               |
|                                                                                                                                              | C-3                              |                                               |
|                                                                                                                                              | Zasady dostępu do sieci Internet | Data wydania: 12.08.2024 r.                   |
|                                                                                                                                              |                                  | Nr wydania 1                                  |

## ZASADY DOSTĘPU DO SIECI INTERNET

*Niniejszy dokument jest własnością Grupy Penta Hospitals Polska.*

*Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.*

*Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody*

*Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.*

| Opracował:                                                                  | Sprawdził:                                                                              | Zatwierdził:                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ewa Kardaś</b><br>Pełnomocnik ds. Jakości<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |
| Data: 09.08.2024 r.                                                         | Data: 09.08.2024 r.                                                                     | Data: 09.08.2024 r.                                                                     |

Wzór procedury opracował: Michał Kordejuk

PEŁNOMOCNIK ds.  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ  
*Ewa Kardaś*

PREZES ZARZĄDU  
"Mikulicz" Sp. z o.o.  
*dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska*

PREZES ZARZĄDU  
"Mikulicz" Sp. z o.o.  
*dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska*

|                                                                                                                                              |                                  |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                        | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.      |                                               |
|                                                                                                                                              | C-3                              |                                               |
|                                                                                                                                              | Zasady dostępu do sieci Internet | Data wydania: 12.08.2024 r.<br>Nr wydania 1   |

## REGULAMIN DOSTĘPU DO INTERNETU

1. Z darmowego dostępu do Internetu za pomocą sieci bezprzewodowej na zasadach określonych w niniejszym regulaminie może skorzystać każda osoba, zwana dalej Użytkownikiem, który posiada własne urządzenie.
2. W celu skorzystania z sieci bezprzewodowej należy wybrać sieć o identyfikatorze SSID: PACJENCI Sieć działa w standardzie szyfrowania WPA2 i jest zabezpieczona hasłem. Hasło można uzyskać w punkcie rejestracji.
3. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za bezpieczeństwo przesyłanych i odbieranych danych.
4. Szpital nie prowadzi bezpośredniego wsparcia dla Użytkownika w zakresie konfiguracji urządzenia, jak również nie ponosi odpowiedzialności za brak kompatybilności urządzenia Użytkownika z udostępnioną infrastrukturą teleinformatyczną Szpitala.
5. Szpital nie ponosi odpowiedzialności za działania i szkody spowodowane przez Użytkownika w związku z korzystaniem przez niego z dostępu do Internetu.
6. Szpital nie gwarantuje nieprzerwanej ani niezakłóconej dostępności do sieci oraz nie odpowiada za opóźnienia w transferze danych i obniżenie przepustowości łącza.
7. Użytkownikowi zabrania się:
  - omijania zabezpieczeń zastosowanych w sieci (np. zmiany adresu IP przydzielonego przez serwer DHCP),
  - wykorzystania sieci do działań niezgodnych z prawem, w tym przesyłania i udostępniania treści zakazanych prawem,
  - rozpowszechniania złośliwego oprogramowania mogącego uszkodzić lub zakłócać pracę sprzętu Szpitala lub innych użytkowników sieci,
  - korzystania z Internetu w sposób uciążliwy dla innych pacjentów lub utrudniający realizację obowiązków służbowych personelowi medycznemu Szpitala,
8. Użytkownik ponosi pełną odpowiedzialność prawną i finansową za wszelkie szkody wyrządzone innym osobom lub podmiotom w związku z korzystaniem z udostępnionego mu w Szpitalu Internetu.
9. Szpital zastrzega sobie prawo do ograniczania i blokowania dostępu do wybranych treści oraz usług w Internecie, a także prawo do zablokowania dostępu dla Użytkownika lub/i urządzenia końcowego, wobec którego zostanie wskazane złamanie postanowień niniejszego Regulaminu.
10. W celu realizacji obowiązku ochrony dzieci przed treściami szkodliwymi w sieci Internet blokowane są strony zawierające pornografię oraz wykorzystywanie seksualne dzieci.
11. Szpital zastrzega sobie prawo do zmiany niniejszego Regulaminu.
12. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami, zastosowanie znajdują powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

|                                                                                                                                              |                             |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3   |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                                 |
|                                                                                                                                              | Załącznik nr 1 do C-2       | Data wydania 12.08.2024 r.<br><br>Nr wydania: 1 |

Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy,  
przestępstwa o charakterze seksualnym lub  
przemocy w rodzinie, albo osoby, co do której  
istnieje takie podejrzenie

## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO C-2

### POSTĘPOWANIE LEKARSKIE WOBEC OFIARY PRZEMOCY, PRZESTĘPSTWA O CHARAKTERZE SEKSUALNYM LUB PRZEMOCY W RODZINIE, ALBO OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE TAKIE PODEJRZENIE

*Niniejszy dokument jest własnością Grupy Penta Hospitals Polska.*

*Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.*

*Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody*

*Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.*

| Opracował:                                                                  | Sprawdził:                                                                              | Zatwierdził:                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ewa Kardaś</b><br>Pełnomocnik ds. Jakości<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |
| Data: 09.08.2024 r.                                                         | Data: 09.08.2024 r.                                                                     | Data: 09.08.2024 r.                                                                     |

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

Wzór procedury opracowała: Beata Rozwalka-Adamus

PEŁNOMOCNIK d/s  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Ewa Kardaś

dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska

|                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | Grupa EMC                                                                                                                                                        | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3   |
|                                                                                   | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                                                                                                      |                                                 |
|                                                                                   | Załącznik nr 1 do C-2                                                                                                                                            | Data wydania 12.08.2024 r.<br><br>Nr wydania: 1 |
|                                                                                   | Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy w rodzinie, albo osoby, co do której istnieje takie podejrzenie |                                                 |

**POSTĘPOWANIE LEKARSKIE WOBEC OFIARY PRZEMOCY, PRZESTĘPSTWA O CHARAKTERZE SEKSUALNYM LUB PRZEMOCY DOMOWEJ, ALBO OSOBY CO DO KTÓREJ ISTNIEJE TAKIE PODEJRZENIE**

**W pierwszej kolejności należy:**

- **rozpoznać i ustabilizować stany nagłe,**
- **rozpocząć niezwłoczne leczenie urazów fizycznych.**

**1. BADANIE PODMIOTOWE (WYWIAD LEKARSKI)**

Przeprowadzane jest po wstępnej ocenie podstawowych funkcji życiowych osoby pokrzywdzonej, czyli ocenie stanu ogólnego, drożności dróg oddechowych i wydolności układu krążenia. Badanie podmiotowe zawiera informacje istotne dla oceny stanu zdrowia i wdrożenia właściwych procedur medycznych, w tym m.in.:

- wiek i dane identyfikacyjne osoby, która doświadczyła przemocy seksualnej,
- data, czas i miejsce zdarzenia wraz z jego okolicznościami,
- data i godzina badania,
- opis rodzaju i przebiegu zdarzenia z uwzględnieniem wystąpienia kontaktu z wydzielinami (preejakulat, sperma, wydzielina z pochwy), zażywania narkotyków, leków, alkoholu lub stosowania środków zabezpieczających przez sprawcę lub osobę pokrzywdzoną, czy użycia wobec osoby pokrzywdzonej przemocy fizycznej lub niebezpiecznego przedmiotu (nóż, broń etc.),
- podjęte czynności obronne, podczas których mogłoby dojść do naniesienia śladów na ciało sprawcy (wyrywanie włosów, drapanie itp.),
- czynności wykonywane przez osobę pokrzywdzoną po zdarzeniu, takie jak kąpiel, prysznic, mycie zębów, oddanie moczu, zmiana odzieży, jedzenie, picie, palenie tytoniu,
- wywiad lekarski, w tym wywiad urologiczny w przypadku mężczyzn i chłopców, a w przypadku kobiet i dziewcząt ginekologiczno-położniczy obejmujący m.in.: datę ostatniej miesiączki, stosowanej antykoncepcji, ostatniego dobrowolnego aktu seksualnego, informację o przebytych operacjach, ciążach, porodach i poronieniach.

**2. BADANIE PRZEDMIOTOWE**

Zarówno badanie przedmiotowe, jak i podmiotowe mogą być przeprowadzone w obecności wskazanej przez osobę pokrzywdzoną osoby asystującej, którą może być drugi lekarz, położna, pielęgniarka lub osoba bliska.

Badanie przedmiotowe obejmuje w szczególności:

- ocenę stanu ogólnego, emocjonalnego,
- wykluczenie obrażeń narządów wewnętrznych, które mogą stanowić zagrożenie życia, a także złamań w wyniku użycia siły,
- ocenę całego ciała z uwzględnieniem okolic podbrzusza, wewnętrznej i zewnętrznej powierzchni ud, pośladków i krocza; w przypadku stosunku oralnego szczególnej ocenie w badaniu przedmiotowym powinny podlegać też okolice jamy ustnej, twarzy, owłosienia głowy; w przypadku

|                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                                                                                         | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | Załącznik nr 1 do C-2                                                                                                                                            |                                               |
|                                                                                   | Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy w rodzinie, albo osoby, co do której istnieje takie podejrzenie | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |

stosunku analnego – szczególnej ocenie powinna podlegać okolica odbytu, w tym konieczność przeprowadzenia badania przez odbyt wraz z oceną napięcia zwieraczy odbytu,

- ocenę stanu skóry osoby pokrzywdzonej pod kątem obecności zadrapań, ugryzień, otarć, wybroczyn, ran i obrzęków. Ocenę skóry i owłosienia pod kątem występujących zabrudzeń, a także ocenę w tym zakresie błon śluzowych (np. jamy ustnej), wykonanie i opisanie morfologii i rozmiarów obrażeń.

**Wszystkie obrażenia i urazy, również poza obrębem narządów płciowych, powinny być dokładnie opisane (charakter zmian, ich lokalizacja) i jeżeli jest to możliwe sfotografowane przez technika kryminalistyki.**

### 3. BADANIE LEKARSKIE W CELU POBRANIA I ZABEZPIECZENIA MATERIAŁU BIOLOGICZNEGO

W przypadku kobiety lub dziewczynki badanie wykonuje lekarz ginekolog-położnik, a w przypadku mężczyzny lub chłopca chirurg lub urolog.

Należy sporządzić kartę badania lekarskiego osoby pokrzywdzonej wraz z dokumentacją fotograficzną (o ile jest możliwa), dokładnym opisem oraz szkicem lokalizacji obrażeń, ze szczególnym uwzględnieniem opisu stanu narządów płciowych, a także, w przypadku kobiet i dziewcząt, stanu oraz obrażeń błony dziewiczej.

Badanie przez odbyt jest przeprowadzane w przypadku uszkodzenia odbytu lub podejrzenia stosunku analnego. O konieczności przeprowadzenia badania decyduje lekarz.

Jeżeli odbyto wyłącznie stosunek oralny, nie ma potrzeby dokonywania wymazów oraz przeprowadzania badań materiałów pobranych z narządu rodnego i odbytu.

W przypadku ugryzienia przez sprawcę, w celu zabezpieczenia materiału dla potrzeb identyfikacji jego śliny i DNA konieczne jest pobranie materiału ze środkowego obszaru śladów ugryzienia za pomocą jałowej wymazówki nawilżonej wodą sterylną.

Badanie należy wykonać w pozycji najbardziej komfortowej dla osoby pokrzywdzonej i umożliwiającej pobranie materiału. Zabezpieczenie śladów odbywa się przy użyciu dostarczonych przez Policję, przeznaczonych specjalnie do tych celów pakietów kryminalistycznych, oznakowanych indywidualnym kodem kreskowym.

Czynności zabezpieczenia śladów i wypełnienia sprawozdania wykonują uprawnieni pracownicy medycznych, zgodnie z instrukcją zawartą w sprawozdaniu z badania osoby pokrzywdzonej lub podejrzanego. Policja zabiera i przekazuje materiał do badań biologicznych i ponosi koszty tych badań.

Po pobraniu wymazu z jamy ustnej, jeśli osoba pokrzywdzona była zmuszana do seksualnych czynności oralnych, personel medyczny proponuje jej przepłukanie ust i coś do picia.

#### 3.1. Jeżeli osobą pokrzywdzoną jest kobieta lub dziewczynka należy:

- pobrać wymaz z warg sromowych (2 razy na wymazówkę oraz 2 razy na szkiełko),
- pobrać wymaz z przedsionka pochwy (2 razy na wymazówkę oraz 2 razy na szkiełko),
- pobrać wymaz z tylnego sklepienia pochwy (2 razy na wymazówkę oraz 2 razy na szkiełko),

|                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                                                                                         | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | Załącznik nr 1 do C-2                                                                                                                                            |                                               |
|                                                                                   | Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy w rodzinie, albo osoby, co do której istnieje takie podejrzenie | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |

- pobrać wymaz z okolicy odbytu (2 razy na wymazówkę oraz 2 razy na szkiełko),
- wyczesać i pobrać luźne włosy łonowe, ściąć zaplamione owłosienie,
- pobrać wymazy spod paznokci, z miejsc całowania, lizania, wytrysku,
- pobrać wymaz i popłuczyny z jamy ustnej (przy podejrzeniu stosunku oralnego).

### 3.2. Jeżeli osobą pokrzywdzoną jest mężczyzna lub chłopiec należy:

- pobrać wymaz spod napletka oraz z ujścia zewnętrznego cewki moczowej (2 razy na wymazówkę oraz 2 razy na szkiełko),
- pobrać wymaz z okolicy odbytu (2 razy na wymazówkę oraz 2 razy na szkiełko),
- wyczesać i pobrać luźne włosy łonowe, ściąć zaplamione owłosienie,
- pobrać wymazy spod paznokci, z miejsc całowania, lizania, wytrysku
- wykonać pobranie wymazu i popłuczyn z jamy ustnej (przy podejrzeniu stosunku oralnego).

## 4. PROFILAKTYKA CHOROÓB ZAKAŻNYCH

Należy pobrać materiał do celów ustalenia ryzyka przeniesienia choroby zakaźnej (badania mikrobiologiczne i wirusologiczne) Osobom, które doświadczyły przemocy seksualnej, oferuje się profilaktykę i leczenie w szczególności przeciwko:

- HIV,
- chłamydiom,
- rzeżączce,
- rzęsistkowi pochwowemu,
- kile,
- wirusowi zapalenia wątroby typu B (HBV),
- wirusowi zapalenia wątroby typu C (HCV).

*Wybór leków i sposób ich dawkowania następuje zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i możliwościami placówki.*

*W przypadku braku możliwości zapewnienia profilaktyki poekspozycyjnej HIV i zapobieżenia wirusowemu zapaleniu wątroby typu B następuje skierowanie do placówki posiadającej takie możliwości.*

Standardowe preparaty bezpośrednie wykonuje się z materiału pobranego ze wszystkich miejsc kontaktu, czyli odpowiednio z pochwy, szyjki macicy, odbytu lub gardła.

### 4.1. Profilaktyka poekspozycyjna HIV:

- U wszystkich osób zgłaszających się z powodu wymuszonego stosunku (waginalnego, analnego lub oralnego) należy w czasie pierwszej konsultacji przeprowadzić test w kierunku zakażenia HIV, z koniecznością powtórzenia go po 6 tygodniach.
- U wszystkich osób zgłaszających się z powodu wymuszonego stosunku należy wdrożyć profilaktyczne leczenie antyretrowirusowe (ARV).

|                                                                                                                                                                           |                             |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                                          | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                                                           | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                               |
|                                                                                                                                                                           | Załącznik nr 1 do C-2       |                                               |
| Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy,<br>przestępstwa o charakterze seksualnym lub<br>przemocy w rodzinie, albo osoby, co do której<br>istnieje takie podejrzenie |                             | Data wydania 12.08.2024 r.                    |
|                                                                                                                                                                           |                             | Nr wydania: 1                                 |

- Profilaktykę poekspozycyjną należy rozpocząć tak szybko, jak tylko to możliwe, najlepiej w ciągu 1-2 godzin od kontaktu z materiałem potencjalnie zakaźnym, a najpóźniej do 48-72 godzin od ekspozycji.
- Należy zagwarantować osobie pokrzywdzonej wizyty kontrolne w regularnych odstępach czasowych w tym celu wystawia się kartę informacyjną z zaleceniem dla pacjenta oraz dla lekarza prowadzącego podstawowej opieki zdrowotnej podjęcia dalszego leczenia w poradni chorób zakaźnych.

#### 4.2. Profilaktyka poekspozycyjna WZW B

- Szczepionka przeciwko wirusowi zapalenia wątroby typu B bez immunoglobuliny przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu B oferowana jest zgodnie z zaleceniami medycznymi lub towarzystw naukowych.
- Pobranie krwi do przebadania pod kątem wirusowego zapalenia wątroby typu B powinno nastąpić przed zaaplikowaniem pierwszej dawki szczepionki.
- Jeśli osoba pokrzywdzona ma odporność na wirusowe zapalenie wątroby typu B, nie ma potrzeby podawania kolejnych dawek szczepionki.

Tabela 1. Zalecana profilaktyka zakażenia HBV po kontakcie uszkodzonej skóry lub błony śluzowej z krwią lub innym płynem ustrojowym w zależności od szczepienia i odpowiedzi na nie oraz obecności HBV w potencjalnie zakaźnym materiale.

| Stan uodpornienia osoby narażonej i odpowiedź na szczepienie przeciwko WZW typu B | Obecność HBsAg w potencjalnie zakaźnym materiale (WZW typu B u pacjenta)                                                                     |                                                                                                                |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                   | HBsAg (+)                                                                                                                                    | HBsAg (-)                                                                                                      | brak danych                                                                                                    |
| <b>osoba nieszczepiona lub niekompletnie zaszczepiona</b>                         |                                                                                                                                              |                                                                                                                |                                                                                                                |
|                                                                                   | 1 dawka HBIG <sup>a</sup> + rozpocznij/uzupełnij szczepienie przeciwko WZW typu B; oceń odpowiedź serologiczną po szczepieniu <sup>b,c</sup> | rozpocznij/uzupełnij szczepienie przeciwko WZW typu B; oceń odpowiedź serologiczną po szczepieniu <sup>c</sup> | rozpocznij/uzupełnij szczepienie przeciwko WZW typu B; oceń odpowiedź serologiczną po szczepieniu <sup>c</sup> |

|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                                                                                                                                                        | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                                                                                                      |                                               |
|                                                                                                                                              | Załącznik nr 1 do C-2                                                                                                                                            | Data wydania 12.08.2024 r.                    |
|                                                                                                                                              | Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy w rodzinie, albo osoby, co do której istnieje takie podejrzenie |                                               |
|                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                  | Nr wydania: 1                                 |

| osoba kompletnie zaszczepiona                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| udokumentowana zadowalająca odpowiedź serologiczna na szczepienie <sup>c</sup> | dodatkowa profilaktyka zakażenia HBV niepotrzebna                                                                                                                                                                                                                                                                        | dodatkowa profilaktyka zakażenia HBV niepotrzebna                                                                                      | dodatkowa profilaktyka zakażenia HBV niepotrzebna                                                                                                                                                                                                                                            |
| udokumentowany brak odpowiedzi serologicznej na szczepienie                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| po 3 dawkach                                                                   | 1 dawka HBIG <sup>a</sup> + rozpocznij ponownie kompletne szczepienie podstawowe przeciwko WZW typu B; oceń odpowiedź serologiczną po tym szczepieniu <sup>b,c</sup>                                                                                                                                                     | rozpocznij ponownie kompletne szczepienie podstawowe przeciwko WZW typu B; oceń odpowiedź serologiczną po tym szczepieniu <sup>c</sup> | gdy duże ryzyko, że może być HBsAg (+), postępuj jak w HBsAg (+), a gdy małe – jak w HBsAg (–)                                                                                                                                                                                               |
| po 6 dawkach (trwały brak odpowiedzi)                                          | 2 dawki HBIG <sup>a</sup> w odstępie miesiąca                                                                                                                                                                                                                                                                            | dodatkowa profilaktyka zakażenia HBV niepotrzebna                                                                                      | gdy duże ryzyko, że może być HBsAg (+), postępuj jak w HBsAg (+)                                                                                                                                                                                                                             |
| odpowiedź serologiczna na szczepienie nieznana                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                | oznacz stężenie anty-HBs w surowicy osoby narażonej:<br>1) $\geq 10$ mIU/ml – dodatkowa profilaktyka zakażenia HBV niepotrzebna;<br>2) $< 10$ mIU/ml – 1 dawka HBIG <sup>a</sup> + 1 dawka przypominająca szczepionki przeciwko WZW typu B <sup>b</sup> i ocena odpowiedzi serologicznej po tym szczepieniu <sup>c</sup> | dodatkowa profilaktyka zakażenia HBV niepotrzebna                                                                                      | oznacz stężenie anty-HBs w surowicy osoby narażonej:<br>1) $\geq 10$ mIU/ml – dodatkowa profilaktyka zakażenia HBV niepotrzebna;<br>2) $< 10$ mIU/ml – 1 dawka przypominająca szczepionki przeciwko WZW typu B <sup>b</sup> i ocena odpowiedzi serologicznej po tym szczepieniu <sup>c</sup> |

|                                                                                   |                                                                                                                                                                  |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|  | Grupa EMC                                                                                                                                                        | Standard akredytacyjny     |
|                                                                                   | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                                                                                                      | Ciągłość Opieki CO3        |
|                                                                                   | Załącznik nr 1 do C-2                                                                                                                                            |                            |
|                                                                                   | Postępowanie lekarskie wobec ofiary przemocy, przestępstwa o charakterze seksualnym lub przemocy w rodzinie, albo osoby, co do której istnieje takie podejrzenie | Data wydania 12.08.2024 r. |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                  | Nr wydania: 1              |

<sup>a</sup> HBIG należy podać jak najszybciej po ekspozycji (optymalnie w ciągu 24 h). Skuteczność HBIG podanej ponad 7 dni po ekspozycji nie jest znana. Oznaczenie stężenia przeciwciał anti-HBs w celu udokumentowania odpowiedzi serologicznej na wykonane równocześnie szczepienie należy przeprowadzić po 4–6 miesiącach od zastosowania HBIG (tzn. po zaniknięciu podanych biernie przeciwciał anti-HBs).

<sup>b</sup> HBIG i szczepionkę przeciwko WZW typu B należy podać równocześnie, lecz w inną okolicę anatomiczną.

<sup>c</sup> zadowalająca odpowiedź serologiczna na szczepienie przeciwko WZW typu B: 1–2 miesiące po szczepieniu podstawowym lub dawce przypominającej (lub 4–6 miesięcy po podaniu HBIG) stężenie anti-HBs w surowicy  $\geq 10$  mIU/ml

HBsAg – antygen powierzchniowy HBV, HBIG – swoista immunoglobulina przeciwko HBV, HBV – wirus zapalenia wątroby typu B, WZW typu B – wirusowe zapalenie wątroby typu B

Źródło: A. Shefer, W. Atkinson, C. Friedman i wsp.: Postępowanie w przypadku kontaktu z chorym na chorobę zakaźną i profilaktyka epidemii w placówkach opieki zdrowotnej – cz. 1. Zalecenia ACIP; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2011; 60 (RR-7): 1–45; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2010; 59 (RR-8): 1–64

#### 4.3. Profilaktyka poekspozycyjna WZW C

W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C należy oznaczyć przeciwciała anti-HCV i aktywności ALT w surowicy. Jeśli wyniki są ujemne, testy należy powtórzyć po kilku (np. 4-6) miesiącach. W przypadku ustalenia rozpoznania wirusowego zapalenia wątroby typu C należy objąć chorego odpowiednią opieką i ustalić plan wizyt kontrolnych.

**Pokrzywdzona kobieta lub dziewczynka uzyskuje od lekarza ginekologa przeprowadzającego pierwsze badanie pełną informację na temat ryzyka powstania ciąży oraz uzyskuje informację o dostępnych środkach antykoncepcyjnych stosowanych po stosunku.**

Lekarz może wystawić stosowną receptę.

|                                                                                   |                                                                                               |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC                                                                                     | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                                   |                                               |
|                                                                                   | Załącznik nr 2 do C-2                                                                         |                                               |
| Szpital Mikulicz w Świebodzicach                                                  | Zaświadczenie lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy | Data wydania 12.08.2024 r.                    |
|                                                                                   |                                                                                               | Nr wydania: 1                                 |

## ZAŁĄCZNIK NR 2 DO C-2

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O PRZYCZYNACH I RODZAJU USZKODZEŃ CIAŁA ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM PRZEMOCY

*Niniejszy dokument jest własnością Grupy Penta Hospitals Polska.*

*Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.*

*Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody*

*Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.*

| Opracował:                                                                  | Sprawdził:                                                                              | Zatwierdził:                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ewa Kardaś</b><br>Pełnomocnik ds. Jakości<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |
| Data: 09.08.2024 r.                                                         | Data: 09.08.2024 r.                                                                     | Data: 09.08.2024 r.                                                                     |

PEŁNOMOCNIK ds.  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Ewa Kardaś

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

Wzór procedury opracowała: Karolina Podwysocka

|                                                                                   |                                                                                               |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.                                                      | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | Załącznik nr 2 do C-2                                                                         |                                               |
|                                                                                   | Zaświadczenie lekarskie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |

**Zaświadczenie lekarskie  
o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała  
związanych z użyciem przemocy domowej**

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej:

.....

.....

.....

2. Adres zamieszkania osoby badanej:

.....

.....

.....

3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej (jeżeli posiada):

.....

4. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu:

.....

.....

.....

5. Pełna nazwa świadczeniodawcy\*) wystawiającego zaświadczenie:

.....

.....

.....

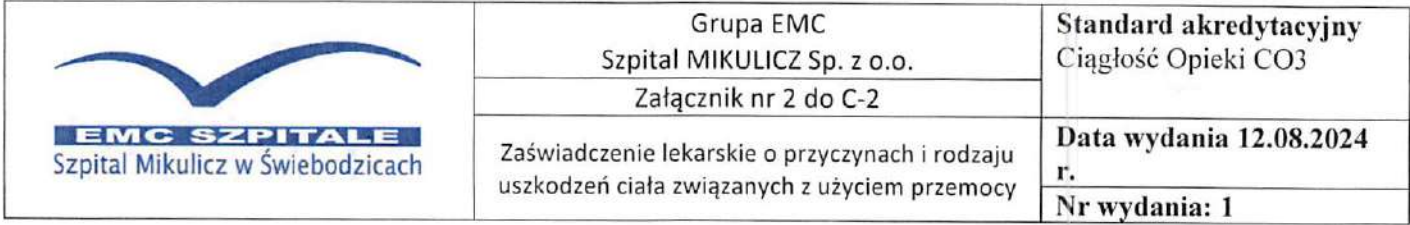
6. Miejsce, data i godzina rozpoczęcia i zakończenia badania:

.....

.....

.....

\*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).



.....

.....

.....

[illegible][illegible]



|                                                                                                                                              |                             |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                               |
|                                                                                                                                              | Załącznik nr 3 do C-2       | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |
|                                                                                                                                              | Niebieska Karta – część A   |                                               |

## ZAŁĄCZNIK NR 3 DO C-2

## NIEBIESKA KARTA – CZĘŚĆ A

*Niniejszy dokument jest własnością Grupy Penta Hospitals Polska.*

*Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.*

*Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody*

*Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.*

| Opracował:                                                                  | Sprawdził:                                                                              | Zatwierdził:                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ewa Kardaś</b><br>Pełnomocnik ds. Jakości<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |
| Data: 09.08.2024 r.                                                         | Data: 09.08.2024 r.                                                                     | Data: 09.08.2024 r.                                                                     |

Wzór procedury opracowała: Karolina Podwysocka

PEŁNOMOCNIK d/s  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Ewa Kardaś

PREZES ZARZĄDU  
Mikulicz Sp. z o.o.

dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska

PREZES ZARZĄDU  
Mikulicz Sp. z o.o.

dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska

|                                                                                                                                              |                             |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                               |
|                                                                                                                                              | Załącznik nr 3 do C-2       |                                               |
|                                                                                                                                              | Niebieska Karta – część A   | Data wydania 12.08.2024 r.                    |
|                                                                                                                                              |                             | Nr wydania: 1                                 |

.....  
 .....  
 nazwa i adres podmiotu, w którym  
 jest zatrudniona osoba wypełniająca  
 formularz „Niebieska Karta – A”

### „NIEBIESKA KARTA – A”

**W związku z powzięciem uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej lub w wyniku zgłoszenia przez świadka przemocy domowej ustala się, co następuje:**

#### I. DANE OSOBY/OSÓB DOZNAJĄCYCH PRZEMOCY DOMOWEJ

| Dane                                                                                                                                                                                        | Osoba 1 doznająca przemocy domowej | Osoba 2 doznająca przemocy domowej | Osoba 3 doznająca przemocy domowej |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Małoletni (Tak/Nie) <sup>1)</sup>                                                                                                                                                           |                                    |                                    |                                    |
| Imię i nazwisko                                                                                                                                                                             |                                    |                                    |                                    |
| Imiona rodziców                                                                                                                                                                             |                                    |                                    |                                    |
| Wiek                                                                                                                                                                                        |                                    |                                    |                                    |
| PESEL <sup>2)</sup>                                                                                                                                                                         |                                    |                                    |                                    |
| Nazwa i adres miejsca pracy/<br>nazwa i adres placówki oświatowej,<br>do której uczęszcza małoletni                                                                                         |                                    |                                    |                                    |
| <b>Adres miejsca zamieszkania:</b>                                                                                                                                                          |                                    |                                    |                                    |
| Kod pocztowy                                                                                                                                                                                |                                    |                                    |                                    |
| Miejscowość                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |
| Gmina                                                                                                                                                                                       |                                    |                                    |                                    |
| Województwo                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |
| Ulica                                                                                                                                                                                       |                                    |                                    |                                    |
| Nr domu/nr lokalu                                                                                                                                                                           |                                    |                                    |                                    |
| Telefon lub adres e-mail                                                                                                                                                                    |                                    |                                    |                                    |
| <b>Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):</b>                                                                                                              |                                    |                                    |                                    |
| Kod pocztowy                                                                                                                                                                                |                                    |                                    |                                    |
| Miejscowość                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |
| Gmina                                                                                                                                                                                       |                                    |                                    |                                    |
| Województwo                                                                                                                                                                                 |                                    |                                    |                                    |
| Ulica                                                                                                                                                                                       |                                    |                                    |                                    |
| Nr domu/nr lokalu                                                                                                                                                                           |                                    |                                    |                                    |
| <b>Stosunek pokrewieństwa, powinowactwa lub rodzaj relacji z osobą stosującą przemoc domową:<br/>(np. żona, była żona, partner, były partner, córka, pasierb, matka, teść)<sup>1)</sup></b> |                                    |                                    |                                    |
|                                                                                                                                                                                             |                                    |                                    |                                    |

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę I

## II. LICZBA MAŁOLETNICH W ŚRODOWISKU DOMOWYM, W KTÓRYM PODEJRZEWA SIĘ STOSOWANIE PRZEMOCY DOMOWEJ .....

## III. DANE OSOBY/OSÓB STOSUJĄCYCH PRZEMOC DOMOWĄ

| Dane                                                                                                                                                                                | Osoba 1 stosująca przemoc domową | Osoba 2 stosująca przemoc domową |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Imię i nazwisko                                                                                                                                                                     |                                  |                                  |
| Imiona rodziców                                                                                                                                                                     |                                  |                                  |
| Wiek                                                                                                                                                                                |                                  |                                  |
| PESEL <sup>2)</sup>                                                                                                                                                                 |                                  |                                  |
| Adres miejsca zamieszkania:                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
| Kod pocztowy                                                                                                                                                                        |                                  |                                  |
| Miejscowość                                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
| Gmina                                                                                                                                                                               |                                  |                                  |
| Województwo                                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
| Ulica                                                                                                                                                                               |                                  |                                  |
| Nr domu/nr lokalu                                                                                                                                                                   |                                  |                                  |
| Telefon lub adres e-mail                                                                                                                                                            |                                  |                                  |
| Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):                                                                                                             |                                  |                                  |
| Kod pocztowy                                                                                                                                                                        |                                  |                                  |
| Miejscowość                                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
| Gmina                                                                                                                                                                               |                                  |                                  |
| Województwo                                                                                                                                                                         |                                  |                                  |
| Ulica                                                                                                                                                                               |                                  |                                  |
| Nr domu/nr lokalu                                                                                                                                                                   |                                  |                                  |
| Sytuacja zawodowa, w tym nazwa i adres miejsca pracy                                                                                                                                |                                  |                                  |
| Stosunek pokrewieństwa, powinowactwa lub rodzaj relacji z osobą doznającą przemocy domowej: (np. żona, była żona, partner, były partner, córka, pasierb, matka, teść) <sup>1)</sup> |                                  |                                  |
|                                                                                                                                                                                     |                                  |                                  |

## IV. CZY OSOBA STOSUJĄCA PRZEMOC DOMOWĄ ZACHOWYWAŁA SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

| Osoby/formy przemocy domowej                                                                                                    | Osoba 1 stosująca przemoc         |                                   |                                   | Osoba 2 stosująca przemoc         |                                   |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                                                                                                                                 | wobec Osoby 1 doznającej przemocy | wobec Osoby 2 doznającej przemocy | wobec Osoby 3 doznającej przemocy | wobec Osoby 1 doznającej przemocy | wobec Osoby 2 doznającej przemocy | wobec Osoby 3 doznającej przemocy |
| Przemoc fizyczna <sup>3)</sup><br>bicie, szarpanie, kopanie, duszenie, popychanie, obezwładnianie i inne (wymień jakie)         |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Przemoc psychiczna <sup>3)</sup><br>izolowanie, wyzywanie, ośmieszanie, grożenie, krytykowanie, poniżanie i inne (wymień jakie) |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Przemoc seksualna <sup>3)</sup><br>zmuszanie do obcowania płciowego, innych czynności seksualnych i inne (wymień jakie)         |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |
| Przemoc ekonomiczna <sup>3)</sup><br>niełożenie na utrzymanie osób, wobec których istnieje taki obowiązek,                      |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |

|                                                                                                                                            |                             |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Ciągłość Opieki CO3                                       |
|                                                                                                                                            | Załącznik nr 3 do C-2       |                                                           |
|                                                                                                                                            | Niebieska Karta – część A   | Data wydania <b>12.08.2024 r.</b><br>Nr wydania: <b>1</b> |

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| niezaspokajanie potrzeb materialnych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych oraz ich sprzedawanie i inne (wymień jakie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |  |  |  |
| Przemoc za pomocą środków komunikacji elektronicznej <sup>3)</sup> wyzywanie, straszenie, poniżanie osoby w Internecie lub przy użyciu telefonu, robienie jej zdjęcia lub rejestrowanie filmów bez jej zgody, publikowanie w Internecie lub rozsyłanie telefonem zdjęć, filmów lub tekstów, które ją obrażają lub ośmieszają, i inne (wymień jakie)                                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| Inne <sup>3)</sup> zaniedbanie, niezaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i innych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie, pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności lub wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb, zmuszanie do picia alkoholu, zmuszanie do zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków i inne (wymień jakie) |  |  |  |  |  |  |

V. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ ODNIOŚŁA USZKODZENIA CIAŁA? (TAK/NIE)<sup>1)</sup>

| Osoba 1 doznająca przemocy | Osoba 2 doznająca przemocy | Osoba 3 doznająca przemocy |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                            |                            |                            |

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę V

VI. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM BYŁA W PRZESZŁOŚCI REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

☐ tak (kiedy? .....gdzie? .....)

☐ nie

☐ nie ustalono

VII. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM AKTUALNIE JEST REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

☐ tak

☐ nie

☐ nie ustalono

VIII. CZY OSOBA STOSUJĄCA PRZEMOC DOMOWĄ POSIADA BROŃ PALNĄ?

☐ tak

☐ nie

☐ nie ustalono

IX. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ CZUJE SIĘ BEZPIECZNIE? (TAK/NIE)<sup>1)</sup>

| Osoba 1 doznająca przemocy | Osoba 2 doznająca przemocy | Osoba 3 doznająca przemocy |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|                            |                            |                            |

Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę IX

X. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY DOMOWEJ

☐ ustalono - wypełnij tabelę

☐ nie ustalono

| Dane                        | Świadek 1 | Świadek 2 | Świadek 3 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Imię i nazwisko             |           |           |           |
| Wiek                        |           |           |           |
| Adres miejsca zamieszkania: |           |           |           |
| Kod pocztowy                |           |           |           |
| Miejscowość                 |           |           |           |



**EMC SZPITALE**  
Szpital Mikulicz w Świebodzicach

Szpital MIKULICZ Sp. z o.o.

Załącznik nr 3 do C-2

Niebieska Karta – część A

Ciągłość Opieki CO3

**Data wydania 12.08.2024 r.**

**Nr wydania: 1**

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| Gmina |  |  |  |
|-------|--|--|--|

|                                                                                                                                             |                             |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Ciągłość Opieki CO3                                       |
|                                                                                                                                             | Załącznik nr 3 do C-2       |                                                           |
|                                                                                                                                             | Niebieska Karta – część A   | Data wydania <b>12.08.2024 r.</b><br>Nr wydania: <b>1</b> |

|                                                                                                                                                        |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Województwo                                                                                                                                            |  |  |  |
| Ulica                                                                                                                                                  |  |  |  |
| Nr domu/nr lokalu                                                                                                                                      |  |  |  |
| Telefon lub adres e-mail                                                                                                                               |  |  |  |
| Stosunek świadka do osób, wobec których są podejmowane działania w ramach procedury „Niebieskie Karty” (np. członek rodziny, osoba obca) <sup>1)</sup> |  |  |  |
|                                                                                                                                                        |  |  |  |

XI. DZIAŁANIA INTERWENCYJNE PODJĘTE WOBEC OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC DOMOWĄ  
(zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

| Działanie                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               | Osoba 1<br>stosująca<br>przemoc | Osoba 2<br>stosująca<br>przemoc |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Badanie na zawartość alkoholu (wynik)                                                                                                                                        |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Doprowadzenie do wytrzeźwienia                                                                                                                                               |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Doprowadzenie do policyjnego pomieszczenia dla osób zatrzymanych                                                                                                             | na podstawie art. 15a ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2023 r. poz. 171, z późn. zm.)                     |                                 |                                 |
|                                                                                                                                                                              | na podstawie art. 244 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1375, z późn. zm.) |                                 |                                 |
| Zatrzymanie w izbie zatrzymań jednostki organizacyjnej Żandarmerii Wojskowej                                                                                                 |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Powiadomienie organów ścigania                                                                                                                                               |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Wydanie nakazu natychmiastowego opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia                                                                  |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Wydanie zakazu zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia                                                                              |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Zakaz zbliżania się osoby stosującej przemoc domową do osoby dotkniętej taką przemocą na określonej w metrach odległość                                                      |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Zakaz kontaktowania się z osobą dotkniętą przemocą domową                                                                                                                    |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Zakaz wstępu i przebywania osoby stosującej przemoc na terenie szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej i artystycznej, do których uczęszcza osoba dotknięta przemocą domową |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Zakaz wstępu i przebywania osoby stosującej przemoc w miejscach pracy osoby doznającej przemocy domowej                                                                      |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Zawiadomienie komórki organizacyjnej Policji, właściwej w sprawach wydawania pozwolenia na broń, o wszczęciu procedury „Niebieskie Karty”                                    |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Odebranie broni palnej, amunicji oraz dokumentów potwierdzających legalność posiadania broni                                                                                 |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Poinformowanie o prawnokarnych konsekwencjach stosowania przemocy domowej                                                                                                    |                                                                                                                               |                                 |                                 |
| Inne (wymień jakie?)                                                                                                                                                         |                                                                                                                               |                                 |                                 |

XII. DZIAŁANIA INTERWENCYJNE PODJĘTE WOBEC OSOBY DOZNAJĄCEJ PRZEMOCY DOMOWEJ  
(zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

| Działanie                                                    | Osoba 1<br>doznająca<br>przemocy | Osoba 2<br>doznająca<br>przemocy | Osoba 3<br>doznająca<br>przemocy |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Udzielono pomocy ambulatoryjnej                              |                                  |                                  |                                  |
| Przyjęto na leczenie szpitalne                               |                                  |                                  |                                  |
| Wydano zaświadczenie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała |                                  |                                  |                                  |
| Zapewniono schronienie w placówce całodobowej                |                                  |                                  |                                  |

|                                                                                                                                            |                             |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | Ciągłość Opieki CO3                                       |
|                                                                                                                                            | Załącznik nr 3 do C-2       |                                                           |
|                                                                                                                                            | Niebieska Karta – część A   | Data wydania <b>12.08.2024 r.</b><br>Nr wydania: <b>1</b> |

|                                                                    |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Zabezpieczono małoletniego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|--|--|

|                                                   |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--|--|--|
| Powiadomiono sąd rodzinny o sytuacji małoletniego |  |  |  |
| Przekazanie formularza „Niebieska Karta – B”      |  |  |  |
| Inne (wymień jakie?)                              |  |  |  |

### XIII. DODATKOWE INFORMACJE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### XIV. WSZCZĘCIE PROCEDURY „NIEBIESKIE KARTY” NASTĄPIŁO PRZEZ

(zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

|                                                                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Pracownika socjalnego jednostki organizacyjnej pomocy społecznej                                                                                                             |  |
| Funkcjonariusza Policji                                                                                                                                                      |  |
| Żołnierza Żandarmerii Wojskowej                                                                                                                                              |  |
| Pracownika socjalnego specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej                                                                               |  |
| Asystenta rodziny                                                                                                                                                            |  |
| Nauczyciela                                                                                                                                                                  |  |
| Osobę wykonującą zawód medyczny, w tym lekarza, pielęgniarkę, położną lub ratownika medycznego                                                                               |  |
| Przedstawiciela gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych                                                                                                         |  |
| Pedagoga, psychologa lub terapeuty, będących przedstawicielami podmiotów, o których mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej |  |

.....  
imię i nazwisko oraz czytelny podpis osoby wypełniającej  
formularz „Niebieska Karta – A”

.....  
(data wpływu formularza, podpis członka Zespołu Interdyscyplinarnego)

<sup>1)</sup> wpisać właściwe

<sup>2)</sup> numer PESEL wpisuje się, o ile danej osobie numer taki został nadany. W przypadku braku numeru PESEL jest konieczne podanie innych danych identyfikujących osobę

<sup>3)</sup> podkreślić rodzaje zachowań

|                                                                                                                                              |                             |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITALE</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                              | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                               |
|                                                                                                                                              | Załącznik nr 4 do C-2       | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |
|                                                                                                                                              | Niebieska Karta – część B   |                                               |

## ZAŁĄCZNIK NR 4 DO C-2

## NIEBIESKA KARTA – CZĘŚĆ B

*Niniejszy dokument jest własnością Grupy Penta Hospitals Polska.*

*Osoba posiadająca niniejszy egzemplarz ponosi pełną odpowiedzialność za jego przechowywanie.*

*Powielanie – częściowo lub w całości oraz dalsze przekazywanie bez zgody*

*Dyrektora ds. Jakości jest zabronione.*

| Opracował:                                                                  | Sprawdził:                                                                              | Zatwierdził:                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ewa Kardaś</b><br>Pełnomocnik ds. Jakości<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. | <b>dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska</b><br>Prezes Zarządu<br>Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. . |
| Data: 09.08.2024 r.                                                         | Data: 09.08.2024 r.                                                                     | Data: 09.08.2024 r.                                                                       |

Wzór procedury opracowała: Karolina Podwysocka

PEŁNOMOCNIK d/s  
ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ

Ewa Kardaś

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska

PREZES ZARZĄDU  
„Mikulicz” Sp. z o.o.

dr n. o zdr. Dorota Piotrkowska

|                                                                                   |                             |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                               |
|                                                                                   | Załącznik nr 4 do C-2       |                                               |
| Szpital Mikulicz w Świebodzicach                                                  | Niebieska Karta – część B   | Data wydania 12.08.2024 r.                    |
|                                                                                   |                             | Nr wydania: 1                                 |

## „NIEBIESKA KARTA – B”

### INFORMACJA DLA OSÓB DOZNAJĄCYCH PRZEMOCY DOMOWEJ

#### Co to jest procedura „Niebieskie Karty”?

Są to różne działania podejmowane w sytuacji podejrzenia lub stwierdzenia stosowania przemocy domowej na podstawie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Celem procedury „Niebieskie Karty” jest zatrzymanie przemocy domowej i udzielenie pomocy i wsparcia Tobie i Twoim najbliższym. Na skutek wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” informacja dotycząca Twojej sytuacji zostanie przekazana do grupy diagnostyczno-pomocowej. Więcej informacji na temat dalszych działań uzyskasz podczas spotkania z członkami tej grupy, na które zostaniesz zaproszona/(y). W trakcie procedury członkowie grupy będą kontaktować się także z osobą, która przemoc stosuje.

#### Co to jest przemoc domowa?

Przemoc domowa to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

- narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
- naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
- powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienia lub krzywdę,
- ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
- istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

#### Kto może być osobą doznającą przemocy domowej?

- małżonek, także w przypadku gdy małżeństwo ustało lub zostało unieważnione, oraz jego wstępni (np. rodzice, dziadkowie, pradiadkowie), zstępni (np. dzieci, wnuki, prawnuki), rodzeństwo i ich małżonkowie,
- wstępni i zstępni oraz ich małżonkowie,
- rodzeństwo oraz ich wstępni, zstępni i ich małżonkowie,
- osoba pozostająca w stosunku przysposobienia i jej małżonek oraz ich wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
- osoba pozostająca obecnie lub w przeszłości we wspólnym pożyciu oraz jej wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
- osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca oraz jej wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
- osoba pozostająca obecnie lub w przeszłości w trwałej relacji uczuciowej lub fizycznej niezależnie od wspólnego zamieszkiwania i gospodarowania,
- małoletni.

#### Najczęstsze formy przemocy domowej:

**Przemoc fizyczna:** bicie, szarpanie, kopanie, duszenie, popychanie, obezwładnianie i inne.

**Przemoc psychiczna:** izolowanie, wyzywanie, ośmieszanie, grożenie, krytykowanie, poniżanie i inne.

**Przemoc seksualna:** zmuszanie do obcowania płciowego, innych czynności seksualnych i inne.

**Przemoc ekonomiczna:** nielożenie na utrzymanie osób, wobec których istnieje taki obowiązek, niezaspokajanie potrzeb materialnych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie i inne.

**Przemoc za pomocą środków komunikacji elektronicznej:** wyzywanie, straszenie, poniżanie osoby w Internecie lub przy użyciu telefonu, robienie jej zdjęcia lub rejestrowanie filmów bez jej zgody, publikowanie w Internecie lub rosyłanie telefonem zdjęć, filmów lub tekstów, które ją obrażają lub ośmieszają i inne.

**Inny rodzaj zachowań:** zaniedbanie, niezaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i innych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie, pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności lub wieku nie może

|                                                                                                                                             |                             |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
| <br><b>EMC SZPITAL</b><br>Szpital Mikulicz w Świebodzicach | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                                                                             | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                               |
|                                                                                                                                             | Załącznik nr 4 do C-2       | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |
|                                                                                                                                             | Niebieska Karta – część B   |                                               |

samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb, zmuszanie do picia alkoholu, zmuszanie do zażywania środków odurzających substancji psychotropowych lub leków i inne.

### WAŻNE

**Prawo zabrania stosowania przemocy i krzywdzenia swoich bliskich. Jeżeli Ty lub ktoś z Twoich bliskich jest osobą doznającą przemocy domowej, nie wstydź się prosić o pomoc. Wezwij Policję, dzwoniąc na numer alarmowy 112. Prawo stoi po Twojej stronie!**

**Masz prawo do złożenia zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy domowej do Prokuratury, Policji lub Żandarmerii Wojskowej.**

**Możesz także zwrócić się po pomoc do podmiotów i organizacji realizujących działania na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej.**

**Pomogą Ci:**

- **Ośrodki pomocy społecznej** – w sprawach socjalnych, bytowych i prawnych.
- **Powiatowe centra pomocy rodzinie** – w zakresie prawnym, socjalnym, terapeutycznym lub udzielają informacji na temat instytucji lokalnie działających w tym zakresie w Twojej miejscowości.
- **Ośrodki interwencji kryzysowej i Ośrodki wsparcia** – zapewniając schronienie Tobie i Twoim bliskim, gdy doznajesz przemocy domowej, udzielą Ci pomocy i wsparcia w przezwyciężeniu sytuacji kryzysowej, a także opracują plan pomocy.
- **Specjalistyczne ośrodki wsparcia dla osób doznających przemocy domowej** – zapewniając bezpłatne całodobowe schronienie Tobie i Twoim bliskim, gdy doznajesz przemocy domowej, oraz udzielą Ci kompleksowej, specjalistycznej pomocy w zakresie interwencyjnym, terapeutyczno-wspomagającym oraz potrzeb bytowych.
- **Okręgowe ośrodki i lokalne punkty działające w ramach Sieci Pomocy Pokrzywdzonym Przestępstwem** – zapewniając profesjonalną, kompleksową i bezpłatną pomoc prawną, psychologiczną, psychoterapeutyczną i materialną.
- **Sądy opiekuńcze** – w sprawach opiekuńczych i alimentacyjnych.
- **Placówki ochrony zdrowia** – np. uzyskać zaświadczenie lekarskie o doznanych obrażeniach.
- **Komisje rozwiązywania problemów alkoholowych** – podejmując działania wobec osoby nadużywającej alkoholu.
- **Punkty nieodpłatnej pomocy prawnej** – w zakresie uzyskania pomocy prawnej.

**Wykaz placówek funkcjonujących na Twoim terenie, udzielających pomocy i wsparcia osobom doznającym przemocy domowej**

Uwaga: (dane wprowadza zespół interdyscyplinarny):

| Lp. | Nazwa instytucji/organizacji | Adres instytucji/organizacji | Telefon | Adres e-mail |
|-----|------------------------------|------------------------------|---------|--------------|
|     |                              |                              |         |              |
|     |                              |                              |         |              |
|     |                              |                              |         |              |
|     |                              |                              |         |              |

**Możesz zadzwonić do:**

- **Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”** tel. 800 12 00 02 (linia całodobowa i bezpłatna), w poniedziałki w godz. 18<sup>00</sup>–22<sup>00</sup> można rozmawiać z konsultantem w języku angielskim, a we wtorki w godz. 18<sup>00</sup>–22<sup>00</sup> w języku rosyjskim. **Dyżur prawny** tel. (22) 666 28 50 (linia płatna, czynna w poniedziałek i wtorek w godzinach 17<sup>00</sup>–21<sup>00</sup>) oraz tel. 800 12 00 02 (linia bezpłatna, czynna w środę w godzinach 18<sup>00</sup>–22<sup>00</sup>). **Poradnia e-mailowa:** niebieskalinia@niebieskalinia.info. Członkowie rodzin z problemem przemocy i problemem alkoholowym mogą skonsultować się także przez **SKYPE: pogotowie.niebieska.linia** ze specjalistą z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie – konsultanci posługują się językiem migowym.
- **Ogólnokrajowej Linii Pomocy Pokrzywdzonym** tel. +48 222 309 900 przez całą dobę można anonimowo uzyskać informacje o możliwości uzyskania pomocy, szybką poradę psychologiczną i prawną, a także umówić się na spotkanie ze

|                                                                                   |                             |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------|
|  | Grupa EMC                   | Standard akredytacyjny<br>Ciągłość Opieki CO3 |
|                                                                                   | Szpital MIKULICZ Sp. z o.o. |                                               |
|                                                                                   | Załącznik nr 4 do C-2       | Data wydania 12.08.2024 r.<br>Nr wydania: 1   |
|                                                                                   | Niebieska Karta – część B   |                                               |

specjalistami w dowolnym miejscu na terenie Polski. Możliwe są konsultacje w językach obcych oraz w języku migowym.

- **Policyjny telefon zaufania dla osób doznających przemocy domowej nr 800 120 226** (linia bezpłatna przy połączeniu z telefonów stacjonarnych, czynna codziennie w godzinach od 9<sup>30</sup> do 15<sup>30</sup>, od godz. 15<sup>30</sup> do 9<sup>30</sup> włączony jest automat).