

Instrukcja w sprawie organizacji i zakresu działania Składnicy Akt

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

tekst jednolity

(wprowadzony Zarządzeniem Nr 400/2020 r. z dnia 29.12.2020 r. zmieniającym Zarządzenie Nr 47/2016 z dnia 01.03.2016 r. z późn. zm. w sprawie: Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt oraz Regulaminu Archiwum.)

Tabiana's

Spis treści

POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
PODZIAŁ AKT NA KATEGORIE ARCHIWALNE	3
LOKAL SKŁADNICY AKT	4
ZAKRES DZIAŁANIA ARCHIWUM.....	4
NADZÓR NAD PORZĄDKOWANIEM DOKUMENTACJI.....	5
PRZEJMOWANIE AKT PRZEZ ARCHIWUM.....	7
EWIDENCJA I PRZECHOWYWANIE AKT	9
BRAKOWANIE DOKUMENTACJI NIEARCHIWALNEJ	11
SPRAWOZDAWCZOŚĆ ARCHIWUM.....	13
WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW	14

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsza Instrukcja określa organizację i zakres działania Składnicy Akt Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach prowadzonej przez komórkę organizacyjną Szpitala o nazwie Archiwum oraz zasady i tryb postępowania z przekazywaną do Składnicy Akt dokumentacją.
2. Dokumentacja wytwarzana w Szpitalu i przekazywana do Składnicy Akt dzieli się na:
 - niemedyczną o charakterze administracyjnym i gospodarczym,
 - medyczną, związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 2

Postanowienia Instrukcji ustalone zostały w oparciu o przepisy:

- 1) ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- 2) rozporządzenia Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej,
- 3) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- 4) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 5) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych),
- 6) obowiązującej w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Polityki Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji,
- 7) obowiązującej w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Instrukcji Kancelaryjnej oraz Jednolitego Rzecznego Wykazu Akt.

§ 3

Użyte w Instrukcji określenia oznaczają:

- 1) Szpital – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 2) komórka organizacyjna – element struktury organizacyjnej Szpitala, także jednostka organizacyjna lub samodzielne stanowisko, wymienione w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, powołane do realizacji określonych zadań;
- 2a) Archiwum – wyodrębniona komórka organizacyjna Szpitala o nazwie Archiwum, która prowadzi w Szpitalu Składnicę Akt Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
- 3) Wykaz Akt, JRWA – Jednolity Rzecznawy Wykaz Akt, będący rzeczową kwalifikacją akt napływających i powstających w Szpitalu, oznaczonych w poszczególnych pozycjach symbolem klasy, hasłem i kategorią archiwalną;

- 4) podręczna składnica akt – miejsce przechowywania akt spraw zakończonych w komórkach organizacyjnych Szpitala;
- 5) teczka spraw (teczka aktowa) – skoroszyt, tekturowy karton, teczka wiązana, segregator, koperta i inne opakowania przeznaczone na dokumenty spraw zakończonych, służące do przechowywania jednorodnych lub rzeczowo pokrewnych akt, objętych tą samą grupą tematyczną ustaloną w Wykazie Akt;
- 6) Archiwista – pracownik Szpitala, odpowiedzialny za Składnicę Akt;
- 7) brakowanie dokumentacji – ocena jej przydatności dla celów praktycznych, wydzielenie dokumentacji nieprzydatnej i przekazanie jej do zniszczenia lub na makulaturę, za zgodą Archiwum Państwowego w Katowicach;
- 8) dokumentacja medyczna indywidualna wewnętrzna – historie zdrowia i choroby, historie choroby, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, inne;
- 9) dokumentacja medyczna zbiorcza wewnętrzna – księgi główne przyjęć i wypisów, księgi zabiegów, księgi bloku lub sali operacyjnej, księgi raportów pielęgniarskich i lekarskich, księgi porad ambulatoryjnych, księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej, księgi pracowni diagnostycznych, księgi laboratorium, inne.

Podział akt na kategorie archiwalne

§ 4

1. W Szpitalu wytwarzana jest, gromadzona i archiwizowana wyłącznie dokumentacja niemająca znaczenia historycznego, o czasowej wartości praktycznej, zwana dokumentacją niearchiwalną.
2. Dokumentacja niearchiwalna oznaczona jest symbolem „B”, z tym że:
 - 1) symbolem "B" z dodaniem liczb arabskich oznacza się kategorię archiwalną dokumentacji o czasowym znaczeniu praktycznym, przy czym liczby odpowiadają minimalnemu okresowi przechowywania tej dokumentacji, liczonemu w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy;
 - 2) symbolem "BE" z dodaniem liczb arabskich oznacza się kategorię archiwalną dokumentacji, która po upływie obowiązującego okresu przechowywania, liczonego w sposób określony w pkt 1, podlega ekspertyzie archiwalnej przeprowadzanej przez archiwum państwowe lub archiwum wyodrębnione;
 - 3) symbolem "Bc" oznacza się dokumentację niearchiwalną wtórną, o ile zachowały się oryginały (równoważniki) lub dokumentację posiadającą krótkotrwałe znaczenie praktyczne o okresie przechowywania krótszym niż jeden rok, liczonym w sposób określony w pkt 1;
 - 4) symbolem „B*”, oznacza się dokumentację niearchiwalną, która winna być przechowywana przez czas określony przepisami prawa w sposób opisowy (np. do końca działalności Szpitala), podany w Wykazie Akt.
3. W rozumieniu niniejszej instrukcji symbol „B” z dodatkiem liczby (lat) lub jednej z liter „*” lub „c” określa kategorię archiwalną dokumentów wskazanych w Wykazie Akt Szpitala.
4. Szczegółowy podział dokumentacji niearchiwalnej Szpitala na klasy tematyczne i kategorie archiwalne określa obowiązujący Jednolity Rzeczowy Wykaz Akt.

Lokal Składnicy Akt

§ 5

1. W Składnicy Akt gromadzi się, przechowuje i udostępnia dokumentację, o której mowa w § 4 Instrukcji, przekazywaną tam przez komórki organizacyjne Szpitala.
2. Pomieszczenia Składnicy Akt winny spełniać takie wymagania techniczne i organizacyjne, które zapewniają gromadzonej dokumentacji trwałość, ochronę przed zniszczeniem i zagubieniem, łatwość korzystania i wyszukiwania określonych dokumentów, poufność i zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych, oraz właściwe warunki pracy personelu Archiwum.

§ 6

1. Składnica Akt jest wspólna dla wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala.
2. Dopuszcza się możliwość korzystania z podręcznych składnic dokumentacji w komórkach organizacyjnych, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Podręczne składnice akt powinny spełniać odpowiednie wymogi i zabezpieczenia tzn. zapewniać zgromadzonej dokumentacji trwałość, poufność i zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych.
4. Odpowiedzialność za gromadzenie i udostępnianie dokumentacji w podręcznych składnicach ponosi kierownik komórki organizacyjnej, który jest zobowiązany do przestrzegania zasad niniejszej Instrukcji w zakresie porządkowania i zabezpieczenia dokumentacji.

§ 7

1. W skład pomieszczeń Składnicy Akt winny wchodzić:
 - 1) pomieszczenia biurowe dla personelu, które jednocześnie umożliwiają przeglądanie dokumentacji osobom z zewnątrz, upoważnionym do korzystania z niej na miejscu (do wglądu),
 - 2) magazyny, przeznaczone na gromadzenie dokumentacji, które powinny być:
 - suche, dobrze wietrzone i równomiernie ocieplone (ogrzewane) w ciągu całego roku,
 - nie narażone na bezpośrednie działanie promieni słonecznych,
 - wyposażone w sprzęt do mierzenia temperatury i wilgotności, które winny wynosić odpowiednio 16 - 18°C , 55 - 65%,
 - wyposażone w regały metalowe, ustawione rzędami, w odległości nie mniejszej niż 75 cm,
 - zabezpieczone przed pożarem i wyposażone w sprzęt gaśniczy, który powinien być sprawdzany w terminach gwarantujących jego sprawność,
 - zabezpieczone przed dostępem osób nieupoważnionych np. przez okratowanie okien i wzmocnienie drzwi.
2. Prawo wstępu do magazynów Składnicy Akt posiadają tylko pracownicy Archiwum, ich przełożeni, osoby przeprowadzające czynności kontrolne za okazaniem upoważnienia oraz inne osoby za zgodą Dyrektora lub upoważnionego Zastępcy Dyrektora w obecności Archiwisty.

Zakres działania Archiwum

§ 8

1. Do zadań Archiwum należy:
 - 1) obsługa Składnicy Akt,
 - 2) nadzór nad porządkowaniem dokumentacji przekazywanej przez komórki organizacyjne,

- 3) przyjmowanie dokumentacji z poszczególnych komórek organizacyjnych,
 - 4) przechowywanie, zabezpieczanie i prowadzenie ewidencji przejmowanej dokumentacji,
 - 5) udostępnianie dokumentacji pracownikom medycznym i komórkom organizacyjnym Szpitala,
 - 6) inicjowanie brakowania dokumentacji niearchiwalnej kategorii „B”, udział w jej komisyjnym brakowaniu, występowanie do Archiwum Państwowego w Katowicach o zgodę na zniszczenie wybrakowanej dokumentacji,
 - 7) udział w ocenie przydatności dokumentacji kategorii Bc, występowanie do Archiwum Państwowego w Katowicach o zgodę na niszczenie ww. dokumentacji.
 - 8) przekazywanie brakowanej dokumentacji na makulaturę lub do zniszczenia profesjonalnej firmie i nadzór na procesem przekazania; sporządzenie protokołu przekazania,
 - 9) sporządzanie rocznych sprawozdań, zawierających zestawienie stanu ilościowego zbiorów Składnicy Akt.
2. Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, wymaga stałej dbałości o właściwe porządkowanie, przechowywanie i ochronę (zabezpieczanie) przyjętych akt.

Nadzór nad porządkowaniem dokumentacji

§ 9

1. Archiwum nadzoruje porządkowanie przekazywanej dokumentacji poprzez sprawdzanie zgodności spisów zdawczo-odbiorczych z zawartością teczek/opakowań aktowych.
2. Komórka organizacyjna porządkuje dokumentację przeznaczoną do przekazania do Składnicy Akt oraz przygotowuje spisy zdawczo-odbiorcze w trybie określonym w § 17.

§ 10

Przez uporządkowanie dokumentacji niemedycznej rozumie się:

- 1) ułożenie dokumentacji tworzącej akta spraw w teczkach aktowych tematycznie i chronologicznie wg prowadzonych i zakończonych spraw, zgodnie ze spisem spraw,
- 2) ułożenie dokumentacji nietworzącej akt spraw w teczkach chronologicznie, zgodnie z rejestrem, jeśli był wymagany,
- 3) opisanie teczek aktowych przez umieszczenie na stronie tytułowej:
 - a) na środku u góry - nazwy komórki organizacyjnej,
 - b) w lewym górnym rogu - znaku teczki złożonego z symbolu literowego komórki organizacyjnej i symbolu klasyfikacyjnego z Wykazu Akt,
 - c) w prawym górnym rogu - kategorii archiwalnej wg Wykazu Akt,
 - d) na środku - tytułu tj. hasła z Wykazu Akt z bliższym określeniem zawartości teczki,
 - e) pod tytułem - dat końcowych dokumentów znajdujących się w teczce/roku wytworzenia,
- 4) (wykreślony)
- 5) sporządzenie spisu zdawczo-odbiorczego akt.

§ 11

Przez uporządkowanie historii chorób rozumie się:

- 1) ponumerowanie dokumentów tworzących historię choroby, narastająco od numeru 1,
- 2) ułożenie historii chorób wewnątrz teczek we właściwym porządku, tj. kolejno od numeru najmniejszego do największego,
- 3) właściwe opisanie teczek, wskazujące:

- a) na środku u góry - nazwę komórki organizacyjnej,
- b) w lewym górnym rogu - znak teczki złożony z symbolu literowego komórki organizacyjnej i symbolu klasyfikacyjnego z Wykazu Akt,
- c) w prawym górnym rogu - kategorię archiwalną wg Wykazu Akt,
- d) na środku – tytuł tj. hasło z Wykazu Akt z bliższym określeniem zawartości teczki,
- e) pod tytułem - numerację /od-do/ chronologicznie oraz rok wytworzenia.

Przykład opisu teczki :

OO 5100	B 20
ODDZIAŁ OKULISTYKI DOROSŁYCH HISTORIE CHOROBY	
1 – 50	
ROK 2020	

- 4) sporządzenie spisu zdawczo-odbiorczego akt.

§ 12

Przez uporządkowanie ksiąg (wykazów) gabinetów zabiegowych, wypadkowych, raportów pielęgniarskich, lekarskich oraz innych ksiąg (wykazów) rozumie się:

- 1) ponumerowanie stron w księdze (wykazie),
 - 1a) księgi (wykazy) powinny być uzupełnione w całości (nawet jeśli oznaczałoby to zawarcie w danej księdze [wykazie] wpisów z więcej niż jednego roku kalendarzowego),
- 2) czytelne opisanie grzbietów - wskazanie okresu z jakiego pochodzą,
- 3) właściwe opisanie opakowań zawierających księgi (wykazy), tj. naklejenie etykiety zawierającej:
 - a) na środku u góry - nazwę komórki organizacyjnej,
 - b) w lewym górnym rogu - znak złożony z symbolu literowego komórki organizacyjnej i symbolu klasyfikacyjnego z Wykazu Akt,
 - c) w prawym górnym rogu - kategorię archiwalną wg Wykazu Akt,
 - d) na środku – tytuł tj. hasło z Wykazu Akt z bliższym określeniem zawartości,
 - e) pod tytułem – daty krańcowe akt,

Przykład opisu opakowania:

OO 5211	B 20
ODDZIAŁ OKULISTYKI DOROSŁYCH III ODDZIAŁ – STRONA PRAWA KSIĘGA RAPORTÓW PIELĘGNIARSKICH	
STRONY OD NR 01 – DO NR 100 01.02.2020 – 30.06.2020	

- 4) sporządzenie spisu zdawczo-odbiorczego opakowań z podaniem ilości przekazanych ksiąg (wykazów).

§ 13

Przez uporządkowanie historii zdrowia i choroby pacjentów przychodni (ambulatoryjnych) rozumie się:

- 1) ponumerowanie dokumentów tworzących historię zdrowia i choroby, narastająco od nr 1,
- 2) ułożenie historii zdrowia i choroby w opakowaniu kolejno wg numeru (od najmniejszego do największego) ewentualnie alfabetycznie, w zależności od tego, w jakim układzie były prowadzone w rejestracji,
- 3) właściwe opisanie opakowań wskazujące :
 - a) na środku u góry – nazwę poradni,
 - b) w lewym górnym rogu - znak teczki złożony z symbolu literowego komórki organizacyjnej i symbolu klasyfikacyjnego z Wykazu Akt,
 - c) w prawym górnym rogu - kategorię archiwalną wg Wykazu Akt,
 - d) na środku – tytuł tj. hasło z Wykazu Akt z bliższym określeniem zawartości teczki,
 - e) pod tytułem - numerację /od-do/ chronologicznie oraz rok wytworzenia.

Przykład opisu opakowania:

PPO 5102	B 20
PRZYKLINICZNA PORADNIA OKULISTYCZNA	
HISTORIE ZDROWIA I CHOROBY – PORADNIA	
A/1 - A/200	
ROK 2020	

- 4) sporządzenie spisu zdawczo-odbiorczego akt.

Przejmowanie akt przez Archiwum

§ 14

Archiwum przyjmuje akta spraw ostatecznie załatwionych lub dokumentację nietworzącą akt spraw, uporządkowane w teczkach aktowych przez komórkę organizacyjną, zgodnie z załączonym spisem zdawczo-odbiorczym.

§ 15

1. Archiwum przejmuje akta niemedyceczne wyłącznie kompletnymi rocznikami, po dwóch latach przechowywania ich w komórce organizacyjnej, liczonych od 1 stycznia roku następnego po zamknięciu teczki spraw, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku braku powierzchni archiwalnej w pomieszczeniach Składnicy Akt, akta niemedyceczne mogą być przechowywane w podręcznych składnicach w komórkach organizacyjnych przez okres dłuższy, niż wskazany w ust. 1.
3. Odpowiedzialność za prawidłowe przechowywanie i udostępnianie dokumentacji w podręcznych składnicach akt ponosi kierownik komórki organizacyjnej, zgodnie zapisem § 6 ust. 4.

§ 16

1. Archiwum przyjmuje dokumentację medyczną do Składnicy Akt, tj.:
 - indywidualną wewnętrzną,
 - zbiorczą wewnętrzną,po zakończeniu jej prowadzenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Zakończone historie chorób – sekretarki oddziałów okulistycznych przekazują do Działu Kontraktowania i Rozliczania Świadczeń, który po rozliczeniu świadczeń przygotowuje spis zdawczo-odbiorczy, który po jego podpisaniu przez Kierownika właściwego oddziału okulistycznego wraz z dokumentacją przekazuje do Archiwum celem złożenia w Składnicy Akt. W przypadku pozostałych oddziałów historie chorób do Archiwum przekazują sekretarki medyczne.
3. W przypadku pacjentów, w których dokumentacji medycznej zawarto dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników historie choroby należy oznaczać na spisach zdawczo-odbiorczych dla historii chorób z oddziałów (Załącznik Nr 1a) poprzez dodanie litery **P** (przetoczenie krwi), a w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, historie choroby należy oznaczać na spisach zdawczo-odbiorczych dla historii chorób z oddziałów (Załącznik Nr 1a) poprzez dodanie litery **Z** (zgon).
4. Za kompletność dokumentacji medycznej przekazanej do Archiwum odpowiada kierownik komórki organizacyjnej, w której dokumentacja została wytworzona.

§ 17

1. Komórki organizacyjne przekazują do Archiwum akta uporządkowane, w układzie zgodnym ze spisem zdawczo-odbiorczym, sporządzonym przez komórkę.
2. Spis zdawczo-odbiorczy akt komórka sporządza na komputerze, zgodnie z załączoną do niego instrukcją wypełniania, zachowując przy tym kolejność klas z Wykazu Akt.
3. Archiwum nadaje spisom zdawczo-odbiorczym numer z archiwalnego wykazu spisów zdawczo-odbiorczych.
4. Spisy zdawczo-odbiorcze sporządza się w trzech egzemplarzach, z których dwa przeznaczone są dla Archiwum, a jeden dla komórki przekazującej. Każdy egzemplarz spisu powinien być wydrukowany i podpisany przez:
 - kierownika komórki, która wytworzyła dokumentację,
 - pracownika, który dokonuje przekazania,
 - Archiwistę.
5. Wzory spisów zdawczo-odbiorczych stanowią Załączniki nr 1a – 1d do Instrukcji.
6. Wzór wykazu spisu zdawczo-odbiorczego stanowi Załącznik nr 2 do Instrukcji.

§ 18

1. Zakończenie czynności zdawczo-odbiorczych związanych z przejęciem dokumentacji za dany rok kalendarzowy przez Archiwum powinno nastąpić nie później niż do końca drugiego kwartału roku kalendarzowego.
2. Termin przekazania akt do Archiwum komórki organizacyjne uzgadniają z Archiwistą.
3. Archiwista może przyjąć akta po okresie innym, niż ustalony w ust.1, na uzasadniony wniosek kierownika komórki organizacyjnej.

§ 19

1. Archiwista może odmówić przyjęcia dokumentacji w następujących przypadkach:
 - 1) ujawnienia błędów lub niedokładności w spisie zdawczo-odbiorczym,
 - 2) stwierdzenia, że przekazywane akta nie odpowiadają spisowi,
 - 3) stwierdzenia, że dokumenty nie zostały uporządkowane zgodnie z niniejszą Instrukcją.
2. O odmowie przyjęcia akt Archiwista zawiadamia swojego przełożonego.

Ewidencja i przechowywanie akt

§ 20

1. Do ewidencji zbioru dokumentacji Składnicy Akt służą następujące środki (pomoce) ewidencyjne:
 - 1) spisy zdawczo-odbiorcze:
 - i. spis zdawczo-odbiorczy dla historii chorób z oddziałów (wzór - Załącznik nr 1a),
 - ii. spis zdawczo-odbiorczy dla historii zdrowia i choroby z poradni specjalistycznych (wzór - Załącznik nr 1b),
 - iii. spis zdawczo-odbiorczy akt – ogólny (wzór - Załącznik nr 1c),
 - iv. spis zdawczo-odbiorczy dla pracowni/zakładów (wzór - Załącznik nr 1d);
 - 2) wykazy spisów zdawczo-odbiorczych (wzór - Załącznik nr 2),
 - 3) protokoły oceny dokumentacji niearchiwalnej (wzór - Załącznik nr 4),
 - 4) spisy dokumentacji niearchiwalnej kategorii B, BE, Bc podlegającej brakowaniu (wzór - Załącznik nr 5),
 - 5) protokoły uszkodzenia lub zaginięcia dokumentacji (wzór - Załącznik nr 7).
2. Środki ewidencyjne należy przechowywać w osobnych teczkach, nie mogą być one wynoszone (wypożyczone) na zewnątrz Składnicy Akt.
3. Środki ewidencyjne przechowywane są w Składnicy Akt do końca działalności Szpitala.

§ 21

1. Spisy zdawczo-odbiorcze otrzymane z poszczególnych komórek organizacyjnych rejestruje się w wykazie spisów w kolejności ich wpływu do Archiwum i nadaje się im numery kolejne z tego wykazu.
2. Archiwum posiada dwa zbiory spisów zdawczo-odbiorczych:
 - 1) zbiór I tworzą egzemplarze spisów, ułożone wg kolejności numerów porządkowych, pod którymi zostały zarejestrowane w wykazie spisów,
 - 2) zbiór II tworzą egzemplarze spisów przechowywane w teczkach założonych oddzielnie dla poszczególnych komórek organizacyjnych. Zbiór ten służy do udostępniania akt.

§ 22

1. Akta układa się w pomieszczeniach magazynowych Składnicy Akt:
 - poziomo - systemem bibliotecznym, od lewej do prawej strony, lub
 - pionowo - teczka na teczkę, od dołu do góry.
2. Po ułożeniu teczek na regałach należy odnotować w spisie zdawczo-odbiorczym numer pomieszczenia Składnicy Akt.

§ 23

1. Dokumentacja medyczna oddziałów szpitalnych jest układana na regałach we właściwym

pomieszczeniu magazynowym Składnicy Akt na podstawie numeru Księgi Głównej przyjęć, rosnąco (rozpoczynając od nr 1 w styczniu).

2. Dokumentacja medyczna poradni jest układana na regałach we właściwym pomieszczeniu magazynowym Składnicy Akt alfabetycznie, wg nazwisk pacjentów i chronologicznie.

Udostępnianie akt z zasobów Składnicy Akt

§ 24

1. Przez udostępnianie dokumentacji z zasobów Składnicy Akt rozumie się wydanie dokumentacji osobie lub podmiotowi uprawnionemu do korzystania:
 - do wglądu w Szpitalu, w uzgodnionym z Archiwistą terminie,
 - poza Szpitalem, przez wypożyczenie jej na określony czas,
 - poprzez sporządzenie i przekazanie kopii, odpisów, wyciągów, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Kopie, odpisy i wyciągi z dokumentacji wchodzącej do zasobu Składnicy Akt przygotowują wyłącznie:
 - w zakresie dokumentacji medycznej – pracownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej,
 - w zakresie dokumentacji niemedycznej – komórka organizacyjna występująca z wnioskiem o jej udostępnienie.
3. Sposób udostępniania akt oraz korzystania z akt winien zapewniać bezpieczeństwo informacji, zgodnie z przepisami obowiązującej w Szpitalu Polityki Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji.

§ 25

1. Uprawnionymi do korzystania z dokumentacji z zasobów Składnicy Akt są:
 - 1) podmioty i osoby, wskazane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w zakresie **dokumentacji medycznej**,
 - 2) pracownicy Szpitala i komórki organizacyjne Szpitala, w zakresie **dokumentacji niemedycznej**, jeśli została wytworzona przez wnioskującą komórkę lub pracownika, lub jeśli jest im niezbędna w celach służbowych, zgodnie z obowiązującym Regulaminem Organizacyjnym lub zakresem obowiązków,
 - 3) inne osoby i podmioty, wskazane w odrębnych przepisach.
2. Uprawnienia osób i podmiotów, o których mowa w ust. 1 pkt 1, realizowane są wyłącznie za pośrednictwem Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej, na zasadach i warunkach ustalonych w zarządzeniu Dyrektora w tej sprawie, z zastrzeżeniem § 26.
3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 pkt 2, realizowane są bezpośrednio przez Archiwum, zgodnie z § 27-29 Instrukcji.
4. Uprawnienia osób i podmiotów, o których mowa w ust. 1 pkt 3, realizowane są w sposób właściwy dla spraw indywidualnych rozstrzyganych przez Dyrektora.

§ 26

1. Jeżeli złożona w Składnicy Akt dokumentacja medyczna jest niezbędna dla zapewnienia ciągłości leczenia, Archiwista wydaje ją na podstawie wniosku – karty udostępniania (wzór - Załącznik nr 3):
 - 1) pracownika rejestracji właściwej poradni, który przejmuje ją i włącza do zasobu w bieżącym roku,
 - 2) lekarza, który dołącza ją do historii choroby na czas pobytu pacjenta w Szpitalu.
2. Po wykorzystaniu dokumentację zwraca się do Archiwum.

§ 27

1. Archiwum wydaje dokumentację niemedyczną komórce organizacyjnej lub pracownikowi Szpitala wyłącznie na podstawie karty udostępnienia dokumentacji, której wzór stanowi Załącznik nr 3.
2. Kartę udostępnienia dokumentacji wypełniają i podpisują:
 - 1) pracownik Szpitala – uprawniony wnioskodawca, podając swoje dane oraz dane komórki, w imieniu której występuje, dane określające akta, rodzaj i cel udostępnienie, oraz termin zwrotu akt,
 - 2) kierownik komórki organizacyjnej, w której akta zostały wytworzone, wyrażając swoim podpisem zgodę na udostępnienie akt.
3. W miejsce wydanej dokumentacji Archiwista wkłada kartę udostępniania dokumentacji, zawierającą pokwitowanie odbioru dokumentacji.

§ 28

1. W zakresie dokumentacji niemedycznej udostępnia się wyłącznie całe teczki aktowe. Nie wyłącza się pojedynczych dokumentów zawartych w teczkach.
2. Przed wypożyczeniem akt w postaci teczki aktowej, Archiwista sprawdza kompletność zawartości teczki, poleca i nadzoruje ponumerowanie stron przez wnioskodawcę oraz odnotowuje stan teczki na karcie udostępnienia dokumentacji.

§ 29

1. Wyszukiwania akt w pomieszczeniach Składnicy Akt dokonuje wyłącznie Archiwista.
2. Fakt wydania dokumentacji do wglądu w Szpitalu lub wypożyczenie jej na zewnątrz Szpitala, oraz fakt zwrotu dokumentacji, Archiwista odnotowuje w karcie udostępniania.

§ 30

1. Osoba korzystająca z udostępnionych przez Archiwum akt ponosi pełną odpowiedzialność za ich całość, kompletność i zwrot w oznaczonym przez Archiwistę terminie.
2. W przypadku stwierdzenia zagubienia lub uszkodzenia akt, Archiwista sporządza protokół uszkodzenia/zagubienia dokumentacji, zgodnie z Załącznikiem nr 7, który podpisują:
 - Archiwista,
 - osoba, której akta udostępniono,
 - przełożony osoby, której akta udostępniono (jeżeli wypożyczający jest osobą prawną).
3. Protokół zaginięcia lub uszkodzenia akt sporządza się w trzech egzemplarzach, z przeznaczeniem:
 - dwa egzemplarze dla Archiwum, z których jeden wkłada się w miejsce zagubionych lub uszkodzonych akt, drugi do specjalnie założonej w tym celu teczki,
 - trzeci egzemplarz przekazuje się kierownikowi komórki organizacyjnej, której akta zostały udostępnione ze skutkiem uszkodzenia lub zaginięcia.

Brakowanie dokumentacji niearchiwalnej

§ 31

1. Po upływie okresu przechowywania określonego w Wykazie Akt, dokumentacja niearchiwalna (B) podlega brakowaniu.
2. Brakowanie dokumentacji polega na:
 - 1) wytypowaniu i dokonaniu spisu wytypowanej dokumentacji, której okres przechowywania minął –

- przez Archiwistę,
- 2) ocenie jej dalszej przydatności do celów praktycznych – przez powołaną komisję,
 - 3) sporządzenie spisu dokumentacji niearchiwalnej podlegającej brakowaniu na podstawie oceny komisji,
 - 4) wydzielenie (fizyczne) dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia/na makulaturę (uznanej przez komisję za nieprzydatną),
 - 5) uzyskanie zgody Archiwum Państwowego w Katowicach na przekazanie do zniszczenia/na makulaturę wydzielonej dokumentacji,
 - 6) przekazanie wydzielonej dokumentacji:
 - do zniszczenia przez profesjonalną firmę, jeśli zawierać może dane osobowe lub informacje, których ujawnienie mogłoby narazić osobę, podmiot lub Szpital na szkodę,
 - na makulaturę w pozostałych przypadkach.

§ 32

1. Protokół oceny dokumentacji sporządzany jest przez komisję, powołaną przez Dyrektora Szpitala, na wniosek Archiwum.
W skład komisji wchodzi:
 - 1) Archiwista,
 - 2) przełożony Archiwisty,
 - 3) przedstawiciel komórki organizacyjnej, której dokumentacja podlega brakowaniu - jako jej przewodniczący.
2. Komisja może z wytypowanej przez Archiwistę dokumentacji wyłączyć część lub całość do dalszego przechowywania, jeśli uzna, że może być ona przydatna w dalszej działalności Szpitala.
3. Po ewentualnym wyłączeniu wskazanej przez Komisję dokumentacji, sporządzany jest (weryfikowany) spis dokumentacji przeznaczonej do zniszczenia/na makulaturę.
4. Wniosek o wydanie zgody na brakowanie wraz ze spisem podlegają zatwierdzeniu przez Dyrektora Szpitala.
5. Wzory protokołu oceny dokumentacji niearchiwalnej, spisu dokumentacji niearchiwalnej kategorii B, BE, Bc podlegającej brakowaniu, wniosek o wydanie zgody na brakowanie dokumentacji niearchiwalnej stanowią Załączniki nr 4, nr 5, nr 6.

§ 33

1. Do wniosku o wydanie zgody na brakowanie przez Archiwum Państwowe w Katowicach dołącza się jeden egzemplarz spisu dokumentacji niearchiwalnej, oddzielnie dla dokumentacji oznaczonej symbolami B, BE, Bc.
2. Z Archiwum Państwowego w Katowicach Szpital otrzymuje jeden egzemplarz zgody/opinii w sprawie przekazania wskazanej dokumentacji do zniszczenia/na makulaturę.
3. Fakt przekazania dokumentacji do zniszczenia/na makulaturę odnotowuje się w spisach zdawczo-odbiorczych z podaniem numeru zgody Archiwum Państwowego oraz daty przekazania do zniszczenia/na makulaturę.

§ 34

1. Dokumentacja o charakterze manipulacyjnym (Bc) po jej pełnym wykorzystaniu, podlega przekazaniu do zniszczenia/na makulaturę, bezpośrednio z komórki organizacyjnej po uzyskaniu zgody właściwego terytorialnie Archiwum Państwowego.

2. Ocenę dokumentacji Bc dokonuje się przy współudziale archiwisty i kierownika komórki, której dokumentacja dotyczy lub osoby przez niego wyznaczonej. Archiwista dokonuje spisu dokumentacji (Załącznik nr 5), oddzielnie dla dokumentacji Bc i dołącza do wniosku o wydanie zgody na brakowanie.
3. Po uzyskaniu zgody z Archiwum Państwowego, dokumentację przekazuje się firmie zajmującej się profesjonalnym niszczeniem.

Sprawozdawczość Archiwum

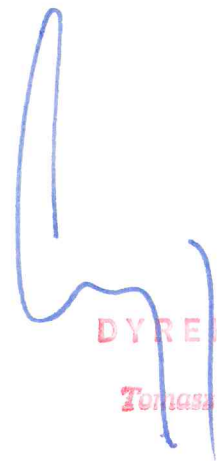
§ 35

1. Archiwista sporządza sprawozdanie roczne z działalności Archiwum i stanu dokumentacji znajdującej się w Składnicy Akt w terminie do dnia 31 marca roku następnego po roku sprawozdawczym.
2. Sprawozdanie przekazywane jest do Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych i Inwestycji.
3. W sprawozdaniu zamieszcza się następujące informacje:
 - 1) opis lokalu/pomieszczeń Składnicy Akt,
 - 2) ilość dokumentacji (teczek aktowych), przejętej z poszczególnych komórek (w oparciu o spisy zdawczo-odbiorcze),
 - 3) ilość dokumentacji udostępnionej lub wypożyczonej oraz liczbę osób/podmiotów korzystających,
 - 4) ilość dokumentacji wybrakowanej (liczba teczek aktowych / metry bieżące).

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

ujętych w Instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania Składnicy Akt
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu
Medycznego w Katowicach

- Załącznik Nr 1a** Spis zdawczo-odbiorczy dla historii chorób z oddziałów
- Załącznik Nr 1b** Spis zdawczo-odbiorczy dla historii zdrowia i choroby z poradni specjalistycznych
- Załącznik Nr 1c** Spis zdawczo-odbiorczy akt – ogólny
- Załącznik Nr 1d** Spis zdawczo-odbiorczy akt dla pracowni/zakładów
- Załącznik Nr 2** Wykaz spisów zdawczo – odbiorczych
- Załącznik Nr 3** Karta udostępniania dokumentacji
- Załącznik Nr 4** Protokół oceny dokumentacji niearchiwalnej przeznaczonej do zniszczenia
- Załącznik Nr 5** Spis dokumentacji niearchiwalnej kategorii B, BE, Bc podlegającej brakowaniu
- Załącznik Nr 6** Wniosek o wydanie zgody na brakowanie dokumentacji niearchiwalnej
- Załącznik Nr 7** Protokół uszkodzenia lub zaginięcia dokumentacji


DYREKTOR
Tomasz Kajor

Spis zdawczo-odbiorczy dla historii chorób z oddziałów

.....				Spis zdawczo-odbiorczy akt nr				
Nazwa komórki organizacyjnej								
Lp.	Znak teczki	Tytuł teczek lub tomu		Zgon (Z) Przetoczenie krwi (P)	Kat akt	Liczba teczek	Miejsce przechowywania akt	Data zniszczenia/ sporządzenia kopii*
		Nr Księgi Głównej	Nazwisko i Imię					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								

.....
Data i podpis
przekazującego

.....
Podpis kierownika
komórki organizacyjnej

.....
Podpis
przyjmującego

DYREKTOR

Rusle

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA SPISÓW ZDAWCZO-ODBIORCZYCH

SPIS NALEŻY WYPEŁNIAĆ KOMPUTEROWO

- W kolumnie „Lp.” należy uzupełnić kolejny numer rosnąco.
- W kolumnie „Znak teczki” należy napisać symbol komórki organizacyjnej, który został ujęty w wykazie symboli stanowisk i komórek organizacyjnych szpitala oraz symbol klasy rzędów z jednolitego rzeczowego wykazu akt.
- Spis dla historii chorób z Oddziałów – w kolumnie „Tytuł teczki lub tomu”, która jest podzielona na dwie kolejne kolumny wpisujemy Nr Księgi Głównej rosnąco oraz obok w kolumnie Nazwisko i Imię pacjenta
- W kolumnie „Zgon (Z) Przetoczenie (P)” wpisujemy odpowiednią literę/y
- W kolumnie „Kategoria akt” należy wpisać symbol kategorii akt.
- W kolumnie „Liczba teczek” należy wpisać rzeczywistą ilość sztuk.
- W kolumnie „Miejsce przechowywania akt” należy wpisać numer pomieszczenia składnicy akt PO UZGODNIENIU z pracownikiem składnicy akt.
- W kolumnie „Data zniszczenia/ sporządzenia kopii NIE WPISUJEMY NIC

DYREKTOR

Tomasz Kojar

Lucia

Załącznik Nr 1b

Spis zdawczo-odbiorczy dla historii zdrowia i choroby z poradni specjalistycznych

..... Nazwa komórki organizacyjnej				Spis zdawczo-odbiorczy akt nr				
Lp.	Znak teczki	Tytuł teczki lub tomu		Data ostatniej wizyty	Kat akt	Liczba teczek	Miejsce przechowywania akt	Data zniszczenia/ sporządzenia kopii*
		Nr historii zdrowia i choroby	Nazwisko i Imię					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								

.....
Data i podpis przekazującego

.....
Podpis kierownika komórki organizacyjnej

.....
Podpis przyjmującego

DYREKTOR

Tomasz Kojan

Handwritten signature

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA SPISÓW ZDAWCZO-ODBIORCZYCH

SPIS NALEŻY WYPEŁNIAĆ KOMPUTEROWO

- W kolumnie „Lp.” należy uzupełnić kolejny numer rosnąco.
- W kolumnie „Znak teczki” należy napisać symbol komórki organizacyjnej, który został ujęty w wykazie symboli stanowisk i komórek organizacyjnych szpitala oraz symbol klasy rzędów z jednolitego rzeczowego wykazu akt.
- Spis dla Poradni Przyklinicznych – w kolumnie „Tytuł teczki lub tomu” która jest podzielona na dwie kolejne kolumny wpisujemy Nr historii zdrowia i choroby (numer kartoteki) oraz obok Nazwisko i Imię pacjenta
- W kolumnie „Data ostatniej wizyty” wpisujemy datę ostatniej wizyty w Poradni Przyklinicznej
- W kolumnie „Kategoria akt” należy wpisać symbol kategorii akt.
- W kolumnie „Liczba teczek” należy wpisać rzeczywistą ilość sztuk.
- W kolumnie „Miejsce przechowywania akt” należy wpisać numer pomieszczenia składnicy akt PO UZGODNIENIU z pracownikiem składnicy akt.
- W kolumnie „Data zniszczenia/ sporządzenia kopii NIE WPISUJEMY NIC

DYREKTOR
Tomasz Kojan


Spis zdawczo-odbiorczy akt – ogólny

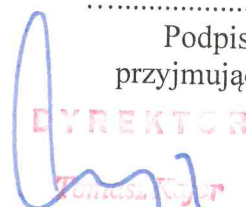
Załącznik Nr 1c

Nazwa komórki organizacyjnej			Spis zdawczo-odbiorczy akt nr				
Lp.	Znak teczki	Tytuł teczki lub tomu	Daty skrajne od - do	Kat akt	Liczba teczek	Miejsce przechowywania akt	Data zniszczenia/ sporządzenia kopii*
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

.....
Data i podpis
przekazującego

.....
Podpis kierownika
komórki organizacyjnej

.....
Podpis
przyjmującego


DYREKTOR
Kancelaria



INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA SPISÓW ZDAWCZO-ODBIORCZYCH

SPIS NALEŻY WYPEŁNIAĆ KOMPUTEROWO

- W kolumnie „Lp.” należy uzupełnić kolejny numer rosnąco.
- W kolumnie „Znak teczki” należy napisać symbol komórki organizacyjnej który został ujęty w wykazie symboli stanowisk i komórek organizacyjnych szpitala oraz symbol klasy rzędów z jednolitego rzeczowego wykazu akt.
- W kolumnie „Tytuł teczki lub tomu” należy wpisać rodzaj i nazwę dokumentacji medycznej lub niemedycznej
- W kolumnie „Daty skrajne” wpisujemy daty od-do lub cały rok i ewentualnie miesiąc wypisu
- W kolumnie „Kategoria akt” należy wpisać symbol kategorii akt.
- W kolumnie „Liczba teczek” należy wpisać rzeczywistą ilość sztuk.
- W kolumnie „Miejsce przechowywania akt” należy wpisać numer pomieszczenia składnicy akt **po uzgodnieniu** z pracownikiem składnicy akt.
- W kolumnie „Data zniszczenia/ sporządzenia kopii) **nie wpisujemy nic.**

Spis zdawczo-odbiorczy akt dla pracowni/zakładów

Załącznik Nr 1d

.....				Spis zdawczo-odbiorczy akt nr			
Nazwa komórki organizacyjnej							
Lp.	Znak teczki	Tytuł teczki lub tomu	Data badania	Kat akt	Liczba teczek	Miejsce przechowywania akt	Data zniszczenia/ sporządzenia kopii*
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

.....
Data i podpis
przekazującego

.....
Podpis kierownika
komórki organizacyjnej

.....
Podpis
przyjmującego

DYREKTOR
T...

Reude

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA SPISÓW ZDAWCZO-ODBIORCZYCH

SPIS NALEŻY WYPEŁNIAĆ KOMPUTEROWO

- W kolumnie „Lp.” należy uzupełnić kolejny numer rosnąco.
- W kolumnie „Znak teczki” należy napisać symbol komórki organizacyjnej, który został ujęty w wykazie symboli stanowisk i komórek organizacyjnych szpitala oraz symbol klasy rzędów z jednolitego rzeczowego wykazu akt.
- Spis dla rejestracji Tomografii Komputerowej i Rentgenodiagnostyki Ogólnej – w kolumnie „Tytuł teczki lub tomu” która jest podzielona na dwie kolejne kolumny wpisujemy Datę badania oraz obok Nazwisko i Imię pacjenta
- W kolumnie „Kategoria akt” należy wpisać symbol kategorii akt.
- W kolumnie „Liczba teczek” należy wpisać rzeczywistą ilość sztuk.
- W kolumnie „Miejsce przechowywania akt” należy wpisać numer pomieszczenia składnicy akt PO UZGODNIENIU z pracownikiem składnicy akt.
- W kolumnie „Data zniszczenia/ sporządzenia kopii NIE WPISUJEMY NIC

DYREKTOR

Tomasz Kajor



Wykaz spisów zdawczo-odbiorczych

[illegible]

Karta udostępniania dokumentacji

.....
Pieczęć komórki organizacyjnej

Data.....20.....r.

Proszę o udostępnienie*) - wypożyczenia dokumentacji medycznej*/niemedycznej*.....
.....
powstałej w komórce organizacyjnej.....
z lat.....
i upoważniam do jej wykorzystania*) - odbioru*)
Pana/ią.....

Imię i nazwisko

Potwierdzam odbiór dokumentacji.....

Data i podpis

*Niepotrzebne skreślić

.....
Potwierdzam odbiór wymienionej dokumentacji medycznej*/niemedycznej

Data.....20.....r. Podpis.....

Adnotacja o zwrocie dokumentacji:

.....
.....
.....

Dokumentację zwrócono do Archiwum dnia20.....r.

.....
Podpis oddającego

.....
Podpis odbierającego

.....
nazwa i adres jednostki organizacyjnej

Protokół oceny dokumentacji niearchiwalnej

Komisja w składzie:

1. Przewodniczący -
2. Członek -
3. Członek -

dokonała oceny i wydzielenia przeznaczonej do przekazania na makulaturę lub zniszczenie dokumentacji niearchiwalnej kategorii B lub Bc w ilości.....mb. zgodnie ze spisem dokumentacji niearchiwalnej i stwierdziła, że stanowi ona dokumentację niearchiwalną nieprzydatną dla celów praktycznych UCK im. prof. K. Gibińskiego SUM, oraz że upłynęły terminy jej przechowywania określone w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.

Przewodniczący Komisji

.....

Członkowie Komisji

.....

.....

Załącznik:

.....kart spisu

.....pozycji spisu

DYREKTOR

Tomasz Kajor

Rueke

Spis dokumentacji niearchiwalnej kategorii B, BE, Bc ¹ podlegającej brakowaniu

wytworzonej przez
(pełna nazwa organu lub jednostki organizacyjnej, której dokumentacja niearchiwalna jest brakowana)

[illegible]

(podpis osoby sporządzającej spis
z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego)

² jeżeli nie była stosowana, informacja ta nie jest wymagana

² jeżeli nie była stosowana - informacja, że spis powstał z natury

³ pełne hasło klasyfikacyjne z wykazu akt, który był stosowany

⁴ w szczególności: rodzaj dokumentacji lub nośnika,
informacja o zachowaniu dokumentacji zbiorczej, równoważnikach lub o większym zakresie czasowym;
uszczegółowienie zawartości jednostek)

DYREKTOR

Tomasz Kajor

Rude

.....
(Pieczęć z pełną nazwą organu lub jednostki organizacyjnej
wnioskującej o wyrażenie zgody na
brakowanie dokumentacji niearchiwalnej)

.....
miejscowość data

Archiwum Państwowe

W

Znak sprawy/pisma:

Wniosek o wydanie zgody na brakowanie dokumentacji niearchiwalnej

Nazwa jednostki wnioskującej o wyrażenie zgody:

Nazwa jednostki, której dokumentacja jest brakowana:

Podstawa kwalifikowania dokumentacji: Jednolity rzeczowy wykaz akt(można ewentualnie podać inne przepisy)

Określony skrajnymi datami rocznymi okres, z którego pochodzi dokumentacja wytypowana do brakowania:-.....

Rodzaj dokumentacji wytypowany do brakowania:(aktowa, techniczna, kartograficzna, audiowizualna lub inna)

Rozmiar dokumentacji wytypowanej do brakowania: (wyrażoną we właściwy dla danego rodzaju dokumentacji sposób, w szczególności w metrach bieżących, jednostkach archiwalnych lub jednostkach inwentarzowych)

Oświadczam, że dla wytypowanej do brakowania dokumentacji upłynęły okresy przechowywania oraz utraciła ona znaczenie, w tym wartość dowodową, dla naszej jednostki.

Zał.

Spis dokumentacji niearchiwalnej podlegającej brakowaniu

.....
(imienna pieczęć wraz z podpisem
kierownika jednostki organizacyjnej)

DYREKTOR

Tomasz Kajor



PROTOKÓŁ

Uszkodzenia* / zaginięcia* / wypożyczonej dokumentacji

z dnia20.....r.

1) Przy odbiorze wypożyczonej przez
dokumentacji aktowej kategorii archiwalnej.....o sygnaturze akt.....
stwierdzono:

a) uszkodzenie* – podać na czym polega uszkodzenie, jakie i w jakich okolicznościach uległy uszkodzeniu akta:

.....
.....
.....
.....

b) zaginięcie* – podać jakie składniki, w jakich okolicznościach i kiedy zaginęły:

.....
.....
.....
.....

Wypożyczający

Pracownik Archiwum

.....

.....

podpis

podpis

W związku z powyższym polecam:

- 1) po wyjaśnieniu sprawy dokumentację spisać z ewidencji*
- 2) wypożyczający winien odtworzyć dokumentację na własny koszt*
- 3) kosztami odtworzenia dokumentacji obciążyć wypożyczającego*

*niepotrzebne skreślić

.....
Podpis Dyrektora

DYREKTOR

Tomasz Kajor

Rudek