

Guia d'accés a la història clínica

Í N D E X

	Pàgina
Presentació Guia d'accés a la història clínica	3
1. Concepte	4
2. Conservació i custòdia.....	5
3. Contingut de la història clínica	6
4. Accés a la història clínica.....	8
4.1 Informació general	8
4.2 Accés a la documentació assistencial	9
4.2.1 Accés del pacient a la documentació clínica.....	9
4.2.2 Limitacions al dret d'accés a la documentació clínica.....	11
4.2.3 Accés de tercers a la documentació clínica d'un pacient.....	13
4.3 Recomanacions	20
Annex 1. Sol·licitud de documentació assistencial	21
Annex 2. Autorització per sol·licitar documentació clínica de difunts.....	22
Annex 3. Sol·licitud de revisió d'històries clíniques	23
Annex 4. Sol·licitud i/o tramesa de documentació entre centres sanitaris	24
Annex 5. Document de reserva d'anotacions subjectives	25

Aquesta Guia va ser elaborada, per un grup de professionals que participaven en el Pla de receptivitat promogut per la Direcció de l'Institut Català de la Salut i va ser editada el 29 de juliol de l'any 2002.

Coordinador: Marc A. Broggi. Grup de treball: Isabel Albó, Ana Bontempelli, Antoni Calero, Antoni P. Martin, Montserrat Martinez, Marta Solé, Carles Viudez.

Posteriorment s'han realitzat les següents revisions:

2ª revisió data Juny de 2009 coordinada per Rafa Rodriguez i amb la col·laboració de Roser Satorras i Carles Viudez

3ª revisió data Febrer de 2011 coordinada per Roser Satorras i amb la col·laboració de Rosa Andolz, Neus Camañes, Carles Viudez.

Aprovat amb data 4 de maig de 2011 pel Grup d'Ètica d'Atenció al Ciutadà: R. Andolz, A. Borruel, A. Céspedes, R. Chumillas, I. Jimenez, F. Mayench, I. Mayoral, J.L. Moreno, C. Peña, M. Samaranch, R. Satorras, M. Solé, F.Terron, M. R. Torres, C. Viudez.

1. Concepte

La història clínica és el conjunt de documents sobre el procés assistencial de cada malalt on s'identifiquen els professionals sanitaris que hi han intervingut i que té com a finalitat essencial ajudar a garantir una assistència adequada al pacient.

El centre sanitari té l'obligació de vetllar per la correcta elaboració de la història clínica i garantir la seva conservació i custòdia.

El pacient té el dret a accedir a la seva història clínica en qualsevol moment.

2. Conservació i custòdia

La responsabilitat de custodiar la història clínica recau en la direcció dels centres sanitaris.

La història clínica s'ha de conservar en les condicions que garanteixin l'autenticitat, la integritat, la confidencialitat, la preservació i el manteniment correcte de la informació assistencial registrada, i que n'assegurin la reproductibilitat completa en el futur, durant el temps en que sigui obligatori conservar-la, independentment del suport en què es trobi, que no ha de ser necessàriament el suport original.

Segons la Llei 16/2010 del 3 de juny de modificació de la Llei 21/2000 del 29 de desembre (art. 12.4) sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica s'estableix un període mínim de conservació de la documentació més rellevant de la història clínica, que és de quinze anys a comptar des de la data d'alta de cada procés assistencial.

En qualsevol cas, sempre s'ha de conservar durant aquest període de temps, com a mínim la documentació següent:

- Dades d'identificació
- Fulls de consentiment informat
- Informes d'alta
- Informes quirúrgics i registres de part
- Dades d'anestèsia
- Informes d'exploracions complementàries
- Informes de necròpsia
- Document de voluntats anticipades
- Informes d'anatomia patològica

La documentació que integra la història clínica no esmentada en l'apartat anterior es pot destruir un cop hagin transcorregut 5 anys des de la data d'alta de cada procés assistencial.

No obstant el que estableixen els apartats anteriors, s'haurà de conservar durant el temps que calgui, la documentació que segons la direcció mèdica, sigui rellevant a efectes epidemiològiques, finalitats judicials, de recerca o d'organització i funcionament del Sistema Nacional de Salut.

3. Contingut de la història clínica

Els centres sanitaris utilitzaran el corresponent model normalitzat d'història clínica, que podran adaptar en la mesura que calgui al nivell assistencial i a la classe de prestacions que facin, sempre amb un número d'identificació, i respectant els continguts establerts a l'article 10 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, que són els següents:

a) Dades d'identificació del malalt i de l'assistència:

- Nom i cognoms del malalt.
- Data de naixement.
- Sexe.
- Adreça habitual i telèfon, a l'efecte de localitzar-lo.
- Data d'assistència i d'ingrés, si escau.
- Indicació de la procedència, en cas de derivació des d'un altre centre assistencial.
- Servei o Unitat en què es presta l'assistència, si s'escau.
- Número d'habitació i de llit, en cas d'ingrés.
- Metge responsable del malalt.
- Senyalització de l'existència de DVA.

Així mateix, quan es tracta d'usuaris del Servei Català de la Salut i l'atenció es presta per compte d'aquest ens, s'ha de fer constar també el codi d'identificació personal contingut a la targeta sanitària individual.

b) Dades clíniques i assistencials:

- Antecedents familiars i personals fisiològics i patològics.
- Descripció de la malaltia o el problema de salut actual i motius successius de consulta.
- Procediments clínics emprats i llurs resultats, amb els dictàmens corresponents emesos en cas de procediments o exàmens especialitzats, i també els fulls d'interconsulta.
- Fulls de curs clínic, en cas d'ingrés.

- Fulls de tractament mèdic.
- Full de consentiment informat, si és pertinent.
- Full d'informació facilitada al pacient en relació amb el diagnòstic i el pla terapèutic prescrit, si escau.
- Informes d'epícrisi o d'alta, si s'escauen.
- Document d'alta voluntària, si s'escau.
- Informe de necròpsia, si n'hi ha.
- En cas d'intervenció quirúrgica, s'ha d'incloure el full operatori i l'informe d'anestèsia, i, en cas de part, les dades de registre.
- DVA.
- Full d'anotacions subjectives.

c) Dades socials:

- Informe social, si escau.

4. Accés a la història clínica

4.1 Informació general

La legislació vigent recull el dret a la informació i a l'accés a la història clínica com a un dret del malalt, i preveu:

4.1.1 L'obligació de disposar d'una història clínica única per a cada persona atesa en un centre assistencial de l'Institut Català de la Salut. En aquest sentit, s'ha de procurar la màxima integració possible de la documentació clínica de cada pacient, que s'ha de fer com a mínim en l'àmbit de cada centre.

4.1.2 La confidencialitat i el deure de guardar secret sobre el contingut de la història clínica per a tot el personal que, en raó de les seves competències, hi té accés.

4.1.3 El dret del pacient a accedir a la seva història clínica. Aquest accés es pot produir de les maneres següents:

4.1.3.1 Accés mitjançant informació oral i consulta de la documentació continguda en la història clínica.

4.1.3.2 Accés mitjançant el lliurament de l'informe d'assistència o del que contingui les dades essencials de la història clínica (resum).

4.1.3.3 Accés mitjançant el lliurament de la documentació que forma part de la història clínica (proves).

4.1.3.4 Accés mitjançant el lliurament d'una còpia de tots o gran part dels documents que integren la història clínica.

4.1.4 Aquest dret del pacient a accedir a la seva història clínica mai no ha de ser en perjudici de l'interès de tercers a la confidencialitat de les dades que figuren a l'esmentada documentació, ni del dret dels professionals que han intervingut en l'elaboració d'aquesta, que poden invocar la reserva de les seves observacions, apreciacions o anotacions subjectives.

4. Accés a la història clínica

4.2 Accés a la documentació assistencial

4.2.1 Accés del pacient a la documentació clínica

D'acord amb les disposicions legals vigents, el pacient té dret a accedir a la seva documentació clínica i a obtenir una còpia de les dades que hi figuren. Correspon als centres sanitaris regular el procediment per garantir aquest accés.

Procediment d'actuació

- a) Sol·licitud: el titular, degudament acreditat (DNI/passaport), ha d'omplir el Full de sol·licitud (Annex 1), en el lloc físic que cada centre designi, en què es concretin la manera i les parts de la història clínica a què es vol accedir, d'acord amb l'apartat 4.1.3 d'aquesta guia.

Aquesta sol·licitud, una vegada lliurada la documentació, restarà a l'interior de la història clínica.

En previsió de la validació definitiva de la signatura digital per aquests documents, en cas de no existir carpeta d'història clínica aquesta sol·licitud s'arxivarà segons ordenació cronològica per nº de pacient a un arxiu paral·lel.

En cas excepcional es podrà fer la sol·licitud per carta (correu ordinari o fax) i també es podrà enviar la documentació per correu ordinari, adoptant les corresponents mesures de seguretat (missatger, carta certificada, etc.). Si el mitjà de retorn de la informació és un fax cal garantir que les dades d'identificació (excepte el CIP) estiguin ocultes.

En situacions especials es podrà utilitzar el correu electrònic prèvia autorització expressa per part del pacient, sent el format de retorn de la informació sol·licitada un arxiu encriptat.

- b) Termini de lliurament: s'ha de garantir l'accés a la documentació clínica sol·licitada en un termini màxim de vint dies hàbils.
- c) La norma d'actuació ha de ser la següent:
- Informes mèdics d'alta o d'urgències, s'ha de facilitar una còpia dels informes i si el pacient necessita un informe nou (resum) se li ha de lliurar un informe clínic complet elaborat pel metge responsable.
 - Resultats de proves complementàries, còpia dels informes corresponents.

- Iconografia (raigs X, tomografia axial computada, ecografia, etc.), se n'ha de lliurar una còpia. En cas excepcional, es podran lliurar els originals. Cal destacar que, en aquest darrer cas, en el Full de sol·licitud (Annex 1) ha de constar el compromís del titular de retornar aquesta documentació, si cal.
- En cas que la història clínica sigui en suport paper, quan es lliura originals als usuaris, aquest signarà un full on consti la relació de tots els documents originals que se l'hi han lliurat
- Full d'anotacions subjectives (vegeu l'apartat 4.2.2)

4. Accés a la història clínica

4.2.2 Limitacions al dret d'accés a la documentació clínica

El dret del pacient a accedir a la seva història clínica mai no podrà ser en perjudici de l'interès de tercers a la confidencialitat de les dades que figuren a l'esmentada documentació, ni del dret dels professionals que han intervingut en l'elaboració d'aquesta, que poden invocar la reserva de llurs observacions, apreciacions o anotacions subjectives.

4.2.2.1 Interès de tercers

Algunes dades poden provenir d'informacions o d'apreciacions de tercers que volen mantenir-ne la confidencialitat, fins i tot, enfront del pacient. En aquest cas, el professional que ha obtingut aquestes dades és responsable que la confidencialitat es compleixi, i si ho creu oportú, ressenyar-les en la història clínica de tal forma que puguin ser retirades, si el malalt vol accedir-hi.

4.2.2.2 Apreciacions subjectives del professional

Es consideren observacions o apreciacions subjectives del professional aquelles que expressen valoracions personals no comprovables, que poden ser modificables en el temps, i que no són ni observacions de fets, ni alternatives diagnòstiques raonables.

Aquestes anotacions de treball poden ser necessàries perquè el professional en faci memòria, per ajudar a prendre decisions o per facilitar l'orientació d'altres professionals i, al mateix temps, pot no convenir, a judici del professional, que siguin accessibles al malalt. En aquest cas, el professional que fa aquest tipus d'anotacions ha de fer constar el seu caràcter de subjectives perquè això permeti identificar-les més fàcilment.

- **Full d'anotacions subjectives i dades de tercers**

Per tal de facilitar aquests supòsits de limitació del dret a l'accés del pacient a la seva història clínica, cada centre assistencial ha de posar a disposició dels seus professionals un full addicional i específic en la història clínica normalitzada.

En aquest full es pot ressenyar:

- a) Dades confidencials de tercers que es consideri, per part del professional, que han de constar per escrit.
- b) Apreciacions subjectives de professionals que, segons el seu criteri, han de constar per escrit.
- c) Identificació, anàlisi, evolució i resolució de conflictes ètics, sobretot els que es plantegen entre:
 - la voluntat del malalt
 - indicacions mèdiques
 - valoració de la competència del malalt
 - valoracions d'infermeria
 - limitacions del marc social
 - recomanacions del Comitè d'Ètica Assistencial o la sol·licitud que correspongui en cada centre

En principi, aquest full i les dades que conté són, també, accessibles al pacient. Però, en aquest cas, el professional pot invocar expressament i de forma raonada el seu dret que no sigui així, tot i que cregui que han de continuar formant part de la història clínica. Per tal que la invocació sigui factible, el centre ha d'acceptar-ne la seva raonabilitat.

- **Procediment d'actuació**

En el supòsit que un professional vulgui acollir-se al dret d'invocar reserva de les observacions, apreciacions i anotacions subjectives, ho ha de manifestar per escrit a la direcció mèdica del centre hospitalari o a la direcció del servei d'atenció primària (SAP) corresponent (Annex 5), o a l'òrgan en qui aquests deleguin, que haurà d'analitzar la petició de reserva juntament amb el professional implicat.

4. Accés a la història clínica

4.2.3 Accés de tercers a la documentació clínica d'un pacient

4.2.3.1 Representant

El dret d'accés del pacient a la història clínica es pot exercir també per representació, sempre que estigui acreditada degudament. En conseqüència, aquest representant podrà tenir accés a la documentació clínica aportant el Full de sol·licitud (Annex 1) on han d'estar emplenades les dades del titular de la història clínica i les dades de la persona autoritzada amb la signatura d'ambdós, o bé, aportant poders notariais.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi a aquests efectes.

Quan el representant reculli la documentació s'ha de comprovar que és la persona autoritzada pel titular (DNI/passaport) i, a més, ha d'aportar còpia del DNI/passaport del titular de la història clínica.

Quan la representació s'acrediti mitjançant poders notariais, aquests han d'incloure de forma expressa la facultat per poder sol·licitar la història clínica del titular.

4.2.3.2 Menors d'edat

En el cas de menors d'edat, el sol·licitant ha d'acreditar que exerceix la pàtria potestat o que és el tutor, mitjançant una còpia del DNI i del llibre de família o bé, d'una resolució judicial. Cal recordar que, en aquest àmbit, s'han de fer unes distincions:

- Menor d'edat emancipat o major de setze anys: s'ha de lliurar la documentació clínica al pacient mateix.
- Entre dotze i setze anys, quan el professional sanitari que l'atén considera que el menor no és competent, ni intel·lectual ni emocionalment, per entendre l'abast de la intervenció sobre la seva salut, es requereix que ho posi en coneixement del seu pare, mare o representants legals.
- Entre dotze i setze anys, quan el professional sanitari que l'atén considera que el menor és competent, intel·lectual i emocionalment, per entendre l'abast de la intervenció sobre la seva salut, el seu consentiment és vàlid i suficient per accedir a la documentació clínica que es lliurarà al mateix pacient.

- Amb caràcter general, en l'àmbit de la salut es presumeix que la persona de menys de dotze anys no te capacitat o maduresa suficient.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi a aquests efectes fent complir els procediments establerts.

4. Accés a la història clínica

4.2.3.3 Incapacitats legals

En el cas d'incapacitats legals, el sol·licitant ha d'acreditar que n'és el tutor, mitjançant una còpia del DNI i de la resolució judicial que acrediti la seva condició.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi, a aquests efectes.

4.2.3.4 Difunts (Èxitus)

El titular del dret d'accés a la documentació que integra la història clínica és el propi pacient i s'ha de preservar el seu dret a la intimitat personal i familiar, així com la confidencialitat, fins i tot després de la seva mort.

En cas de defunció del pacient, l'accés a la seva documentació clínica correspondrà a aquelles persones que aquest hagués designat expressament i, en absència d'aquesta designació, només es facilitarà l'accés a la història clínica dels pacients morts a les persones que estiguin vinculades a ell per raons familiars o de fet. (*Llei 41/2002*)

Això significa que qualsevol persona que acrediti documentalment (llibre de família, inscripció en el registre de parelles de fet, acta de convivència, document públic, etc.) la seva vinculació amb el pacient difunt tindrà dret a accedir a la seva història clínica.

Aquest accés té dues limitacions:

1. Quan el pacient ho hagués prohibit expressament i així s'acrediti.
2. Si el contingut de la informació afecta a la seva intimitat, a les anotacions subjectives dels professionals o que perjudiqui a tercers.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi a aquests efectes i mitjançant el corresponent Full de sol·licitud (Annex 2).

4. Accés a la història clínica

4.2.3.5 Professionals de l'Institut Català de la Salut

- a) Els professionals assistencials implicats en el diagnòstic o el tractament del malalt tenen accés a la història clínica.
- b) Els professionals assistencials no implicats en l'assistència que sol·licitin la seva documentació clínica s'han d'identificar degudament. La documentació o informació esmentada només es pot referir al sol·licitant mateix.

Si aquest personal sol·licita documentació o informació que correspon a un tercer, bé sigui familiar, amic o conegut, el lliurament requerirà l'autorització escrita, segons el procediment establert a l'apartat 4.2.3.1 d'aquesta guia.

- c) Els professionals que s'encarreguen de les tasques d'administració i gestió dels centres sanitaris poden accedir a les dades de la història clínica relacionades amb les funcions esmentades.

Tot el personal que accedeix, en ús de les seves competències, a qualsevol classe de dades de la història clínica resta subjecte al deure de confidencialitat i a responsabilitzar-se de la integritat física i localització de la documentació que tingui en el seu poder.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi a aquests efectes. La història clínica electrònica disposa de sistemes de seguretat que permet gravar l'accés del professional al historial del pacient.

4. Accés a la història clínica

4.2.3.6 Professionals implicats en estudis epidemiològics, d'investigació o docència

Es pot accedir a la història clínica amb finalitats epidemiològiques, d'investigació o docència, amb subjecció al que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, i la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, i les disposicions concordants.

És important destacar que l'accés a la història clínica en aquests casos obliga a preservar les dades d'identificació personal del pacient, separades de les de caràcter clínic i assistencial, llevat que aquest n'hagi donat abans el consentiment.

- **Procediment d'actuació:**

1. Els sol·licitants, degudament acreditats i sota la responsabilitat de l'investigador principal, han d'emplenar el Full de sol·licitud (Annex 3) que han de presentar en el servei que cada centre designi. Les sol·licituds s'han d'atendre per rigorós ordre de recepció.
2. El servei corresponent ha de comunicar oportunament al sol·licitant el moment en què pot iniciar la revisió de les històries clíniques.
3. Com a norma general, les històries s'han de revisar en el servei que cada centre designi, llevat dels casos excepcionals.
4. Les històries, un cop preparades, només estaran disponibles 48 hores per iniciar la revisió. Passat aquest termini, si no hi ha cap comunicació per part del sol·licitant, tornaran a ser arxivades.
5. Si una història és necessària per a l'assistència, s'ha de reintegrar immediatament per a aquest ús.
6. Les històries s'han de lliurar en grups d'un màxim de 10, per tal que d'evitar que no se'n pugui disposar de forma perllongada.

4. Accés a la història clínica

4.2.3.7 Administració sanitària

El personal al servei de l'Administració sanitària que exerceix funcions d'inspecció, si està degudament acreditat, pot accedir a les històries clíniques, a fi de comprovar la qualitat de l'assistència, el compliment dels drets dels pacients o qualsevol altra obligació del centre en relació amb els pacients o l'Administració sanitària.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi a aquests efectes i ha de requerir una autorització específica de la direcció mèdica del centre hospitalari o de la direcció del SAP que correspongui.

Tot el personal que accedeix en ús de les seves competències a qualsevol classe de dades de la història clínica resta subjecte al deure de guardar-ne secret.

4. Accés a la història clínica

4.2.3.8 Altres centres sanitaris

Quan la sol·licitud provingui d'un altre centre sanitari, s'han d'arbitrar els recursos tècnics necessaris perquè la història clínica pugui ser coneguda o consultada pels professionals que atenen al malalt en un altre centre sanitari, amb subjecció estricta a les garanties de confidencialitat de les dades.

En aquests casos, es aconsellable, sempre que es pugui, demanar degudament complimentat el Full de sol·licitud (Annex 4) abans de trametre còpia de la documentació clínica que es sol·liciti.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi a aquests efectes.

Per preservar la confidencialitat de les dades, la tramesa s'ha de fer via correu ordinari i de forma nominal, amb la part corresponent de tramesa emplenada (Annex 4).

En cas que es sol·liciti documentació clínica original, se n'ha de conservar una còpia compulsada en el centre. Quan el pacient passi a ser atès en un altre centre (trasllat de domicili, etc.), pot ser convenient que el nou centre disposi de la documentació clínica original en ordre a una millor prestació del servei assistencial.

4. Accés a la història clínica

4.2.3.9 Administració de Justícia

Les peticions de la història clínica que es derivin de procediments judicials, s'han de tramitar mitjançant la direcció mèdica de l'hospital o la direcció del SAP corresponent.

La direcció corresponent, juntament amb l'Assessoria Jurídica de l'ICS han d'estudiar cada sol·licitud per tal de determinar quina documentació s'ha de trametre o si cal requerir a l'òrgan judicial que especifiqui les raons de la seva sol·licitud o concreti de forma específica la documentació necessària.

Amb caràcter general, les sol·licituds que provinguin dels jutjats d'instrucció o jutjats penals en procediments seguits contra professionals de la institució, s'han d'emplenar sense requerir més informació.

Quan es tracti de sol·licituds que provinguin de jutjats d'instrucció, de jutjats de 1a instància o de jutjats de família, en procediments civils (separacions, custòdies, trànsit, etc.), s'ha de requerir una major concreció abans de trametre la documentació pertinent.

4. Accés a la història clínica

4.2.3.10 Entitats gestores de baixes laborals

Els serveis mèdics de les entitats gestores de baixes laborals (mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la Seguretat Social), no les empreses en què treballa l'interessat, podran accedir a la documentació clínica necessària amb la finalitat de controlar els processos d'incapacitat temporal i d'incapacitat permanent excepte que consti una oposició expressa i per escrit del titular de la documentació.

Aquests serveis mèdics, per poder accedir al contingut de la història clínica, hauran de fer una sol·licitud per escrit que serà tramitada pel servei que cada centre designi a aquests efectes. Cal també l'autorització del pacient.

La documentació que s'ha de trametre a aquestes entitats col·laboradores en la gestió de la Seguretat Social l'entitat gestora ha de ser, únicament, l'estrictament relacionada amb les lesions i dolences patides per l'interessat rellevants imprescindible per al control d'aquests processos d'incapacitat temporal. S'ha d'arxivar una còpia de la sol·licitud a la història clínica.

4. Accés a la història clínica

4.2.3.11 Entitats asseguradores

Aquestes entitats, en tant que tercers en la relació assistencial, no tenen dret a demanar la història clínica, ni tan sols l'informe d'alta, excepte en els supòsits que els assegurats mateixos hagin prestat el seu consentiment per escrit.

Cal que qualsevol sol·licitud d'informació clínica per part d'aquestes entitats s'acompanyi d'una còpia del contracte on figuri l'autorització expressa per part de l'assegurat.

L'accés s'ha de realitzar mitjançant el Servei que cada centre designi a aquests efectes.



4. Accés a la història clínica

4.3 Recomanacions

4.3.1 L'accés a la història clínica s'ha de realitzar sempre mitjançant el servei que cada centre designi a aquests efectes.

4.3.2 S'ha de lliurar sempre còpia de la documentació clínica que es sol·liciti. Si per motius excepcionals es lliura algun document original és imprescindible que el receptor signi conforme el rep, sota la seva responsabilitat.

4.3.3 Quan es lliuri qualsevol documentació original, s'ha de guardar en el centre una ressenya completa de tots els documents que s'han lliurat.

4.3.4 La sol·licitud i el justificant de lliurament, així com la còpia de la documentació que acrediti el dret d'accés quan el sol·licitant no sigui el titular, s'han de conservar a la història clínica. En tots els casos ha de quedar constància del DNI/passaport de la persona física a qui es lliura la documentació. En cas de no existir carpeta d'història clínica, aquesta sol·licitud i la documentació relacionada s'arxivaran en un arxiu paral·lel que cada centre determinarà.

4.3.5 El lliurament de la documentació per part del servei que es designi no s'ha de fer de forma automàtica i rutinària, sinó que s'hi ha de donar resposta d'una forma proporcional a la demanda d'informació del pacient, segons el paràmetres següents:

- a) En el cas de lliurament d'informes o proves complementàries al pacient, el servei encarregat de tramitar la sol·licitud no ha d'informar al professional responsable.
- b) En el supòsit que el pacient sol·liciti còpia de la història clínica íntegra, el servei encarregat de tramitar la sol·licitud ha d'avisar al professional responsable, que tindrà un termini de tres dies per revisar la documentació a l'efecte de la possible limitació al dret d'accés (veure apartat 4.2.2 d'aquesta guia). Si en aquest termini no hi ha resposta per part del professional, s'han de fer les còpies i s'ha de lliurar la documentació al sol·licitant acreditat.
- c) Sempre que l'accés a la documentació posi de manifest informacions que puguin resultar perjudicials per al pacient, se l'informarà d'aquesta possibilitat (històries psiquiàtriques, resultats de proves de cribratge genètic, etc.).
- d) En cap cas es podran eliminar, esmenar o esborrar anotacions de la història clínica original, que s'ha de conservar íntegra en l'arxiu de cada centre sanitari.

- e) Davant de qualsevol dubte, cal consultar la direcció del servei d'atenció primària o la direcció mèdica del centre hospitalari corresponent.

Annex 1

Sol·licitud de documentació assistencial

Dades del titular de la història clínica

Cognoms i nom

Núm. d'història clínica

CIP/NASS

Data de naixement

DNI

Telèfon

Documentació sol·licitada

Signatura del titular

Lloc i data

Representant legal / Persona autoritzada (cal emplenar el full d'autorització)

Cognoms i nom

DNI

Adreça

Localitat

Codi Postal

Telèfon

Signatura de la persona que autoritza

Signatura de la persona autoritzada

Lloc i data

Lloc i data

Justificant de la recepció (cal omplir aquest espai el dia de la recepció de la documentació)

Signatura

Lloc i data

Documentació que cal aportar

- Document acreditatiu de representació legal
 - DNI del titular
 - DNI de la persona autoritzada
 - Fotocòpia del llibre de família
 - Altra (cal especificar-la)
-

Annex 2

Autorització per sol·licitar documentació clínica de difunts

Dades del titular de la història clínica

Cognoms i nom

Núm. d'història clínica

CIP/NASS

Data de naixement

DNI

Dades de la persona sol·licitant

Cognoms i Nom

DNI

Adreça

Localitat

Codi postal

Telèfon

Signatura de la persona sol·licitant

Lloc i data

Documentació que aporta

- Certificat de defunció
 - Document acreditatiu de la persona autoritzada pel difunt
 - Inscripció registre de parelles de fet
 - DNI
 - Fotocòpia del llibre de família
 - Altra (cal especificar-la)
-

Sol·licitud de revisió d'històries clíniques

El doctor/la doctora....., codi..... del Servei....., telèfon de contacte....., sol·licita la preparació de les històries de la relació adjunta, que han de ser revisades pel motiu següent:

- Preingrés del pacient
- Sessió
- Informe
- Projecte d'investigació¹
- Altres motius

El termini previsible de la durada de la revisió² és d.....

	Núm. d'història clínica	1r cognom	2n cognom	Nom
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

D'acord amb l'art. 11.6 de la Llei 21/2000 tot el personal que accedeix, en ús de les seves competències, a qualsevol classe de dades de la història clínica resta subjecte al deure de guardar-ne secret.

Signatura del metge sol·licitant

Vist i plau

El cap del Servei

Lloc i data

(1) Per a treballs de recerca, s'ha d'adjuntar una còpia de l'autorització del projecte per part del Comitè de Recerca.

(2) Es considera el lliurament d'un màxim de 10 històries per dia.

Annex 4

Sol·licitud i/o tramesa de documentació entre centres sanitaris

Dades del centre sol·licitant i/o del centre al qual s'ha de trametre la documentació

Nom del centre		Telèfon	
Adreça	Localitat	Codi postal	Província
Persona responsable	Càrrec	Correu electrònic	

Dades del titular de la història clínica (HC)

Cognoms i nom		DNI
CIP/NASS	Data de naixement	HC

Sol·licitud de tramesa de documentació realitzada pel titular mateix o el representant

Documentació sol·licitada¹

Motiu²

Signatura de la persona responsable
del centre sol·licitant

Signatura del titular de l'HC³

Lloc i data

Dades del centre que tramet la documentació

Nom del centre		Telèfon	
Adreça	Localitat	Codi postal	Província
Persona responsable	Càrrec	Correu electrònic	
Signatura de la persona responsable			

Lloc i data

- (1) La història clínica completa, les exploracions complementàries, l'informe clínic, etc.
- (2) Canvi de domicili, visita a l'especialista, altres (especifiqueu-los)
- (3) Cal adjuntar fotocòpia del DNI del titular de l'HC. Si el titular de l'HC és menor o incapacitat també caldrà adjuntar l'annex 1 amb tots els requeriments per al representant legal.

Annex 5

DOCUMENT DE RESERVA D'ANOTACIONS SUBJECTIVES

Jo,, amb número de col·legiat/da....., que presto els meus serveis com aen el centre.....

manifesto la meua voluntat d'acollir-me al dret establert a l'article 13 de la *Llei 21/2000 de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica*, relatiu a la reserva d'observacions, apreciacions o anotacions subjectives a les històries clíniques.

Declaro que em comprometo a no eliminar, esmenar o esborrar anotacions de la història clínica original que es conservarà íntegra a l'arxiu del centre.

Lloc i data
