

LIITE

99/2001

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus

potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä

Annettu Helsingissä 19 päivänä tammikuuta 2001

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista 17 päivänä elokuuta 1992 annetun lain (785/1992) 12 §:n 2 momentin nojalla, sellaisena kuin se on laissa 653/2000:

Yleiset säännökset

1 §

Asetuksen soveltamisala

Tätä asetusta sovelletaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimiseen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen. Asetus koskee potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 2 §:n 4 kohdassa tarkoitettuja terveydenhuollon toimintayksiköitä niiden antaessa lain 2 §:n 2 kohdassa tarkoitettua terveyden- ja sairaanhoitoa. Asetus koskee myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä heidän antaessaan edellä tarkoitettua terveyden- ja sairaanhoitoa riippumatta siitä, kenen palveluksessa ammattihenkilö on tai harjoittaako hän ammattiaan itsenäisesti.

Potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä noudatetaan lisäksi, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa, henkilötietolaissa (523/1999) tai muualla laissa säädetään.

2 §

Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan tässä ase-

tuksessa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 2 §:n 5 kohdassa tarkoitettuja potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja sekä teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja.

Potilasasia kirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat kuten läheteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat.

Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevat yleiset periaatteet ja vaatimukset

3 §

Potilasasiakirjajärjestelmän suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä henkilötietojen käsittelyyn liittyvät yleiset rekisterinpitäjän velvoitteet

Terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee rekisterinpitäjänä suunnitella ja toteuttaa potilasasia-

kirjajärjestelmänsä siten, että sen rakenne ja tietosisältö vastaavat potilasasiakirjojen käyttötarkoitusta sekä hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvien henkilöiden tehtäviä ja vastuita. Potilasasiakirjojen rakennetta ja säilytystä suunniteltaessa on muun ohella otettava huomioon tietoihin liittyvät käyttöoikeudet sekä tietojen siirtämis- ja luovuttamistarpeet.

Terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tulee rekisterinpitäjän edustajana antaa kirjalliset ohjeet potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen käsittelystä ja menettelytavoista toimintayksikössä.

Potilasasiakirjojen käsittelyssä tulee noudattaa henkilötietolain 5 §:ssä säädettyä huolellisuusvelvoitetta siten, että potilassuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja turvataan.

Potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sellaisia välineitä ja menetelmiä käyttäen, että asiakirjoihin sisältyvien tietojen eheys ja käytettävyys voidaan turvata tietojen säilytysaikana.

4 §

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen käyttöoikeudet

Potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Terveydenhuollon toimintayksikössä työkentelevien käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin sisältyviin tietoihin tulee määritellä yksityiskohtaisesti.

Automaattisen tietojenkäsittelyn avulla pidettävien potilasasiakirjojen käyttöä tulee valvoa käytettävissä olevin riittävin teknisin menetelmin.

5 §

Palvelujen hankkiminen toiselta

Hankkiessaan palveluita toiselta palvelujen tuottajalta terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee sopia

tämän kanssa tehtävällä sopimuksella potilasasiakirjatietojen rekisterinpitoon ja tietojen käsittelyyn liittyvistä tehtävistä ja vastuusta sekä varmistua siitä, että potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa ja vaitiolovelvollisuutta koskevia säännöksiä noudatetaan.

Potilasasiakirjojen laatiminen

6 §

Oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin

Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti muut hoitoon osallistuvat henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon opiskelijat saavat tehdä merkintöjä toimissaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 3 §:n mukaisesti. Terveydenhuollon opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy hänen esimiehensä, ohjaajansa tai tämän valtuuttama henkilö.

Sairaankuljetukseen osallistuvilla muilla kuin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on oikeus tehdä potilasasiakirjamerkintöjä toiminnasta vastaavan terveydenhuollon ammattihenkilön ohjeita noudattaen.

Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa sanelunsa perusteella tehdyistä potilasasiakirjamerkinnoista.

7 §

Potilasasiakirjamerkintöjä koskevat keskeiset periaatteet ja vaatimukset

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjaan tulee merkitä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin.

Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen

tulee olla virheettömiä siten kuin henkilötietolain 9 §:ssä säädetään.

Henkilötietolain 11 §:n 1—3 sekä 5 ja 6 kohdassa tarkoitettuja arkaluonteisia tietoja sekä muita henkilöitä kuin potilasta itseään koskevia tietoja saa merkitä potilasasiakirjoihin vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. Jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja, tietojen lähde tulee kirjata.

Lähteessä, hoidon loppulausunnossa, potilaalle annettusta avo- tai laitoshoidosta laaditussa yhteenvedossa, leikkaus- ja muussa toimenpidekertomuksessa, lausunnossa ja todistuksessa sekä muissa vastaavissa asiakirjoissa tulee olla asiakirjan laatijan allekirjoitus. Allekirjoitukseksi hyväksytään sähköinen allekirjoitus, jos se täyttää hallinnon sähköistä asiointia koskevassa lainsäädännössä asetetut vaatimukset.

8 §

Potilasasiakirjamerkintöjen tekemisajan kohta ja eräiden asiakirjojen toimittaminen

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä.

Avohoitokäyntiä koskevat merkinnät tulee tehdä välittömästi ja viimeistään neljän vuorokauden kuluessa käynnistä. Laitoshoitajaksi loppulausunto tulee laatia viikon kuluessa potilaan uloskirjoittamisesta.

Lähteet tulee laatia ja toimittaa jatkohoitopaikkaan viipymättä. Lähetä tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää jatkohoitopaikkaan viikon kuluessa siitä kun sen tekemisen tarve on todettu.

Yhteenveto potilaalle annettusta hoidosta tulee toimittaa potilaan suostumuksen mukaisesti ja viipymättä. Yhteenveto tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää kymmenen vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä.

Tässä pykälässä säädetyistä määräajoista voidaan poiketa vain erityisestä syystä.

9 §

Potilaskertomus

Kunkin terveydenhuollon toimintayksikön

ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta.

Potilaskertomuksen tulee olla alkuperäinen. Kertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavoin.

Potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot

10 §

Potilasasiakirjoihin merkittävät perustiedot

Potilaskertomuksessa tulee olla seuraavat perustiedot:

1) potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot;

2) terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi;

3) merkinnän tekijän nimi, asema ja merkinnän ajankohta;

4) saapuneiden asiakirjojen osalta saapumisajankohta ja lähde.

Potilasasiakirjoihin merkitään tarvittaessa myös seuraavat tiedot:

1) potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot;

2) alaikäisen huoltajan tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot;

3) potilaan äidinkieli tai asiointikieli;

4) potilaan ammatti;

5) potilaan työnantajan vakuutusyhtiö;

6) potilaan hoidosta vastaavaksi lääkäriksi terveyskeskuksessa nimetty lääkäri (omalääkäri);

7) tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset.

11 §

Potilaskertomukseen merkittävät keskeiset hoitotiedot

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan avohoito- ja kotihoitokäynnistä sekä osastohoitojaksosta. Käyntejä ja hoitajaksoja koskevista tiedoista tulee

käydä ilmi tulosyö, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.

12 §

Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät

Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä sen kuluessa on tehty. Hoitoon osallistuneet on tarvittaessa kyettävä selvittämään.

Potilaskertomukseen tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen päätösten perusteet. Vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä merkinnät, joista ilmenee, millaisin perustein valittuun menetelmään on päädytty. Jokaisen toimenpiteen peruste tulee määrittellä selkeästi potilasasiakirjoissa.

Potilaalle suoritettua leikkauksesta ja muusta toimenpiteestä tulee laatia leikkaus- tai toimenpidekertomus, joka sisältää riittävän yksityiskohtaisen kuvauksen toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä havainnoista. Kertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille.

Tiedot potilaaseen pysyvästi asetetuista materiaaleista kuten proteeseista, implanteista ja hammaspaikka-aineista tulee merkitä potilasasiakirjoihin sellaisella tarkkuudella, että ne ovat myöhemmin tunnistettavissa.

Kaikki annetut lääkemääräykset, sairauslomat sekä lääkärinlausunnot ja muut todistukset tulee merkitä potilaskertomukseen niiden antamisajankohdan mukaisesti.

13 §

Riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista tehtävät merkinnät

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät tiedossa olevasta potilaan lääkeaineallergi-

asta, materiaali-allergiasta, yliherkkyyksistä sekä muista vastaavista hoidossa huomioon otettavista seikoista.

Työntekijälle työstä aiheutuvia terveysvaaroja koskevat tiedot tulee merkitä tai liittää häntä koskeviin työterveyshuollon potilasasiakirjoihin sen lisäksi, että ne merkitään tai liitetään asianomaista työpaikkaa koskeviin työnantajakohtaisiin asiakirjoihin.

Potilaskertomukseen tulee merkitä tiedot todetuista tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden haitallisista vaikutuksista ja hoidon tehottomuudesta.

Epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista tulee tehdä potilaskertomukseen yksityiskohtaiset merkinnät, joista käy ilmi kuvaus vahingosta, selvitys hoidossa mukana oleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen osalta kuvaus vahingon epäilyistä syystä. Lääkkeiden ja laitteiden tunnistetiedot tulee merkitä yksilöidysti. Merkinnät tulee tehdä välittömästi sen jälkeen, kun vahinkoepäily on syntynyt.

14 §

Osastohoitoa koskevat merkinnät

Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään erilliseen hoitajakohtaiseen seuranta-asiakirjaan päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista.

Lääkärin tulee tehdä sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kahdesti vuodessa seurantayhteen-veto riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia.

Jos psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan mielen-terveyslain (1116/1990) nojalla rajoittamaan, siitä tulee tehdä potilasasiakirjoihin erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon samoin kuin toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.

15 §

Konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista tehtävät merkinnät

Hoitavan lääkärin tulee tehdä potilaskertomukseen merkinnät potilaan taudinmäärityksen tai hoidon kannalta merkittävästä puhe-lynteystä sekä muusta vastaavasta konsultaatiosta ja hoitoneuvottelusta. Merkinnöistä tulee käydä ilmi konsultaation tai neuvottelun ajankohta, asian käsittelyyn osallistuneet henkilöt sekä tehdyt päätökset ja niiden toteuttaminen.

Jos konsultaatio tapahtuu potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:ssä säädetyn edellytyksin potilaan tunnistamisen mahdollistavalla tavalla, myös lääkärin, jolta konsultaatiota on pyydetty, tulee 1 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa tehdä potilasasiakirjoihin merkinnät antamastaan konsultaatiovastauksesta tai hänelle tulee jäädä siitä jäljennös.

Mitä 1 ja 2 momentissa säädetään lääkäristä, koskee soveltuvin osin myös muuta terveydenhuollon ammattihenkilöä.

16 §

Ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta tehtävät merkinnät

Potilasasiakirjoihin on tehtävä tarvittavat merkinnät potilaalle annetusta ensihoidosta ja sairaankuljetukseen liittyvästä hoidosta ja seurannasta. Jos lääkäri osallistuu ensihoidon tai sairaankuljetukseen henkilökohtaisesti tai konsultaation perusteella, tämä tulee käydä ilmi potilasasiakirjoista.

17 §

Hoidon loppulausunto

Jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta tulee laatia loppulausunto. Hoidon loppulausunto on vastaavasti laadittava sellaisesta polikliinisesta hoitajaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, jolle tästä poikkeamiseen ole erityisiä syitä.

Loppulausuntoon tulee annettua hoitoa

koskevan tiivistelmän lisäksi sisällyttää selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Loppulausunnossa tulee lisäksi kuvata mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen ja l-keisessä toipumisessa ja potilaan tila hänen poistuessaan hoitoyksiköstä.

18 §

Potilaan tiedonsaantia ja hoitoon liittyviä kannanottoja koskevat merkinnät

Jos potilas potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n 1 momentissa tarkoitettussa tilanteessa joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät hoidon viivytyksen syystä, arvioidusta hoitopääsystä ja siitä, että mainitut tiedot on ilmoitettu potilaalle. Potilasasiakirjoihin merkitään myös tieto potilaan ohjaamisesta muuhun hoitopaikkaan.

Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 5 §:ssä tarkoitetun potilaan hoitoon liittyviä seikkoja koskevan selvityksen antamisesta. Jos selvitystä ei ole annettu, menettelyn peruste tulee merkitä potilasasiakirjoihin.

Jos potilas kieltäytyy tutkimuksesta tai hoidosta, kieltäytymisestä tulee tehdä luotettavalla tavalla vahvistettu merkintä potilasasiakirjoihin.

Jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan vakaan tahtonsa tulevaisuuden varalle, tästä on tehtävä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin erillinen potilaan tahdon ilmaiseva asiakirja. Potilasasiakirjoihin tulee lisäksi tehdä merkinnät siitä, että potilaalle on annettu riittävä selvitys hänen tahtonsa noudattamisen vaikutuksista. Hoitotahdon muuttamista ja peruuttamista koskeviin merkintöihin sovelletaan, mitä potilasasiakirjoissa olevan virheen korjaamisesta 20 §:ssä säädetään.

19 §

Merkinnät hoitoon osallistumisesta erityistilanteissa

Silloin kun alaikäistä potilasta hoidetaan

potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:n 1 momentissa tarkoitettussa tilanteessa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, tästä tulee tehdä merkinnät potilasasiakirjoihin. Merkinnöistä tulee käydä ilmi myös se, sallii alaikäinen potilas terveydentilaansa tai kyseistä hoitoa koskevien tietojen antamisen hänen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen vai onko hän potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 9 §:n 2 momentin mukaisesti kieltänyt tietojen antamisen.

Jos täysi-ikäistä potilasta hoidetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettussa tilanteessa yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisensä kanssa, tästä tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin.

20 §

Potilasasiakirjamerkintöjen korjaaminen

Potilasasiakirjoissa olevien tietojen korjaamiseen sovelletaan, mitä henkilötietolain 29 §:ssä säädetään.

Potilasasiakirjamerkintöjen korjaaminen tulee tehdä siten, että sekä alkuperäinen että korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa. Korjauksen tekijän nimi, virka-asema, korjauksentekopäivä ja korjauksen peruste tulee merkitä potilasasiakirjoihin.

Kun potilasasiakirjoista poistetaan potilaan hoidon kannalta tarpeeton tieto, tulee potilasasiakirjoihin tehdä merkintä siitä, sen tekijästä ja poistamisajankohdasta.

21 §

Tietojen luovuttamisesta tehtävät merkinnät

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettusta potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta tulee tehdä potilasasiakirjoihin merkintä. Merkinnästä tulee käydä ilmi, milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle tiedot on luovutettu, kuka tiedot on luovuttanut sekä, onko luovutus perustunut potilaan kirjalliseen, suulliseen tai asiayhteydestä ilmenevään suostumukseen vai lakiin. Potilasasiakirjoihin tehdään merkintä myös potilaan

tahdonilmauksesta, jolla hän on kieltänyt tietojensa luovuttamisen.

Potilasasiakirjojen ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen

22 §

Vastuu säilyttämisestä

Potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin säilyttämisestä vastaa se terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnassa ne ovat syntyneet. Jos potilasasiakirja on luonteeltaan sellainen, että potilaan terveyden- tai sairaanhoidolle on haittaa merkintöjen tekemisestä erikseen kussakin toimintayksikössä, potilasasiakirja voidaan potilaan hoitovastuun siirtyessä toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön kuitenkin siirtää potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella alkuperäisenä mainitulle toimintayksikölle. Terveydenhuollon toimintayksikköön tulee jäädä tieto siitä, mihin alkuperäiset asiakirjat on siirretty.

23 §

Potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin säilyttämisaajat

Terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjoja sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyviä biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja vähintään tämän asetuksen liitteessä tarkoitettu aika. Potilasasiakirjojen, näytteiden ja mallien säilyttämisestä säilytysajan päätyttyä säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 12 §:n 2 momentissa.

Kun tämän asetuksen liitteessä tarkoitettu säilytysaika on päättynyt tai kun sen jälkeen säilytetyt potilasasiakirjat, näytteet ja elinmallit eivät enää ole välttämättömiä potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta, terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön on huolehditta-

va siitä, että potilasasiakirjat ja muu edellä tarkoitettu materiaali hävitetään välittömästi ja siten, että sivulliset eivät saa niistä tietoa.

Voimaantulo

24 §

Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2001.

Tämän asetuksen liitteessä tarkoitettuja säilytysaikoja sovelletaan sellaisiin potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen. Kun asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, liitteessä tarkoitettuja säilytysai-

koja sovelletaan kuitenkin sellaisiin asiakirjoihin, jotka koskevat henkilöä, joka on kuollut 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen.

Potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu ennen 1 päivää toukokuuta 1999, taikka jos asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, jotka koskevat henkilöä, joka on kuollut ennen 1 päivää toukokuuta 1999, sovelletaan kunnallisen ja yksityisen sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollossa laadittujen potilasasiakirjojen osalta valtionarkiston kunnallisten asiakirjojen hävittämisestä 14 päivänä huhtikuuta 1989 antamassa päätöksessä säädettyjä säilytysaikoja. Sen lisäksi sovelletaan, mitä valtionarkisto ja arkistolaitos ovat erikseen määränneet asiakirjojen säilyttämisestä pysyvästi.

Helsingissä 19 päivänä tammikuuta 2001

Peruspalveluministeri *Osmo Soininvaara*

Hallitussihteeri Arja Myllynpää

POTILASASIAKIRJOJEN JA MUUN HOITON LIITTYVÄN MATERIAALIN

SÄILYTTÄMISAJAT

I. POTILASKERTOMUS JA SIIHEN LIITTYVÄT ASIAKIRJAT/TIEDOT

IA. POTILASKERTOMUS

Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
<p>Jatkuvakäyttöiset tiedot/asiakirjat</p> <p><i>Yhdistelmätason tiedot</i>¹⁾</p>	<p>Potilaskertomuksen yhdistelmä</p>	<p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.²⁾</p>	<p>¹⁾Yhdistelmä sisältää ydinosat potilaan terveys- ja sairaushistoriasta ja hoidon kannalta keskeisistä sosiaalisista tiedoista.</p> <p>²⁾Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p>
<p><i>Tiivistelmätason tiedot</i>³⁾</p> <p>Palvelun suunnittelu, toteutus ja päättäminen</p>	<p>Kumulatiivinen yhteenveto terveyden- ja sairaanhoidon ohjaus- ja hoitoprosessin (avohoit- ja/tai laitoshoitokaksot) aikana tapahtuneesta ohjaus- ja hoitotarpeen määrittämisestä, toteutuksesta, arvioinnista ja päättämisestä, esim.:</p>	<p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>Imeväisikäisinä kuolleita koskevat asiakirjat säilytetään kuitenkin 100 vuotta lapsen syntymästä.</p>	<p>³⁾Tiivistelmä on keskeinen yhteenveto niistä potilaan hoitoprosessia koskevista tiedoista, jotka kuvaavat neuvonnan, hoidon tai kuntoutuksen sisältöä tai kulua ja jotka ovat ohjanneet hoitopäätöksiä tai palvelevat jatkohoittoa.</p>

IA. POTILASKERTOMUS (JATKOA)

Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
<p><i>Muut jatkuvakäyttöiset tiedot/asiakirjat⁴</i></p>	<p>- potilaskertomuksen erikoisalalehdet/-tiedostot - neuvola-, koulu- ja aikuisiän ehkäisevän terveydenhuollon tiivistämätason asiakirjat - hoidon loppulausunnot (jollei loppulausunto sisälly erikoisalalehden merkintöihin)</p> <p>Esim.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuulon, näön ja rokotusten seurantalomakkeet⁵ - kasvukäyrät - yhteenvedot erityistyöntekijöiden antamasta hoidosta (esim. fysioterapian, toimintaterapian ja sosiaalityön jatkuvakäyttöiset lomakkeet) - leikkaus- ja muut toimenpidekertomukset 	<p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.²</p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.²</p>	<p>⁴Vastaa pääosin julkaisussa ”Terveys- ja sairauskertomus erikoissairaanhoidossa” (Sairaalaliitto, 1993) käytettyä käsitettä ”Perustason jatkuvakäyttöiset asiakirjat”.</p> <p>⁵Koskee sekä aikuisten että lasten tietoja.</p>

IA. POTILASKERTOMUS (JATKOA)

Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Hoitajaksokohtaiset tiedot/asiakirjat⁶⁾	<p>Esim:</p> <ul style="list-style-type: none"> - eri ammattiryhmien hoitosuunnitelmat - muut hoidon välittömään seurantaan liittyvät asiakirjat kuten fysiologiset tilannearviot, päivittäiset seurantatiedot, fysioterapian, toimintaterapian ja sosiaalityön työkortit, optikkoalan asiakirjat, sairaankuljetuksen asiakirjat, hoitajaksokohtaiset diabetes- ja verenpaine seuranta-asiakirjat, lastenneuvolan ja koulu terveydenhuollon päivittäiset merkinnät, jne. - synnytyskertomukset, anestesiakertomukset 	<p>10 vuotta ko. hoidon päättymisestä, edellyttäen, että tiivistelmä on tehty. Jollei tiivistelmää ole tehty, tietoja säilytetään 10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.⁷⁾</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.⁸⁾</p>	<p>⁶⁾Perustason hoitajaksokohtaiset asiakirjat sisältävät merkintöjä potilaasta, ammattiryhmien hoito- ja tutkimussuunnitelmia, tutkimustuloksia ja lausuntoja sekä pohdiskelevaa päivittäistä seurantatietoa. Tiedolla ei yleensä ole pitkäaikaista merkitystä.</p> <p>⁷⁾Tiedonkeruulomakkeet, kuten toimintakyky-, hoitoisuusluokitus- ja potilaan itsensä täyttämät esitietolomakkeet voidaan hävittää heti kun käyttötarkoitus on saavutettu ja kun keskeinen tieto on siirretty hoitosuunnitelmaan.</p> <p>⁸⁾ Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p>

IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Lähteasiakirjat	Lähete/hoitoyhteenveto, läheteen liiteasiakirjat	<p>10 vuotta ko. hoidon päättymisestä. Saapumatta jääneiden potilaiden erilliset läheteasiakirjat kuitenkin joko palautetaan lähettäjälle tai säilytetään 2 vuotta läheteen saapumisesta. Tieto muualle ohjaamisesta ja saapumatta jäämisestä säilytetään 10 vuotta läheteen saapumisesta.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.⁹⁾</p>	⁹⁾ Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.
Jäljennökset toisten terveydenhuollon toimintayksiköiden potilasasiakirjoista		10 vuotta ko. hoidon päättymisestä. Säilytysajasta voidaan poiketa, jos asiakirjojen sisällöstä on laadittu yhteenveto oman hoitosuunnitelman pohjaksi.	

IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Hoidon aloittamiseen/hoitoon liittyvät päätökset	Esim. päätös tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ottamisesta, sen jatkamisesta tai lopettamisesta	10 vuotta ko. hoidon päättymisestä. 18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti. ⁽¹⁰⁾	Tarkoittaa säännösten perusteella tehtäviä kirjallisia päätöksiä. Potilaskertomuksessa tulee olla riittävän tarkat merkinnät hoidosta, mm. sen perusteista. ⁽¹⁰⁾ Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.
Hoidon tueksi laaditut videot ja äänitteet	Esim. potilaan seurantaan liittyvät äänitteet Puheterapian äänitteet	Hoidon kannalta tarpeellisiksi arvioidut säilytetään 10 vuotta hoitojakson päättymisestä. Muut hävitetään hoitojakson päättyessä. 2 vuotta hoitojakson päättymisestä.	

IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)

Asiakirja/Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Diagnostiikkaan liittyvät tekniset (mukaan lukien digitaaliset) tallenteet	<p>Röntgenkuvat (lukuun ottamatta hammaslääketieteellisiä röntgenkuvia), isotooppi- ja ultraäänikuvat sekä vastaavat</p> <p>Valokuvat, diakuvat, kardiologian ja gastroskopian videot ja vastaavat</p> <p>Tutkimuksen ja hoidon aikana syntyneet erilaiset käyrästöt</p> <p>Hammaslääketieteelliset röntgenkuvat</p>	<p>20 vuotta kuvauksesta⁽¹¹⁾</p> <p>10 vuotta kuvauksesta⁽¹¹⁾</p> <p>10 vuotta tutkimuksesta edellyttäen, että siitä on laadittu lausunto, joka säilytetään kuten jatkuvakäyttöiset asiakirjat. Jollei lausuntoa ole laadittu, käyrästö säilytetään 20 vuotta tutkimuksesta.⁽¹¹⁾</p> <p>20 vuotta hoidon päätymisestä⁽¹¹⁾</p> <p>Hammaslääkärin/lääkärin oikeuslääketieteellisesti tai hoidon kannalta merkitykselliseksi arvioimat röntgenkuvat säilytetään kuitenkin pääsääntöisesti 10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päätymisestä.</p>	<p>¹¹⁾Teknisesti epäonistuneet tallenteet hävitetään välittömästi.</p>

IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Tutkimusvastaukset	<p>Laboratoriotulokset</p> <p>Laboratoriotuloksista laaditut lausunnot</p> <p>Röntgenlausunnot</p> <p>Patologin lausunnot</p>	<p>10 vuotta tutkimuksesta.</p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.⁽¹²⁾</p>	<p>Kliinisten lääketutkimusten sekä terveydenhuollon laitteilla ja tarvikkeilla tehtävien tutkimusten aineistoista muodostetaan erillisrekistereitä ja näitä asiakirjoja säilytetään lääkälaitoksen määräysten mukaisesti.</p> <p>¹²⁾Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p>

IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Erityistyöntekijöiden testaus- ja laskentaineistot	<p>Puheterapian testiaineistot</p> <p>Psykologin testausasiakirjat</p> <p>Ravitsemusterapian ateriasuunnitelmat ja laskelmat</p>	<p>10 vuotta ko. hoidon päättymisestä.</p> <p>10 vuotta testauksesta.</p> <p>Voidaan hävittää, kun tarkoitus on saavutettu ja kun tarvittavat tiedot on siirretty palvelualan erikoislehdelle tai hoitosuunnitelmaan.</p>	
Konsultaation antajalle jäävä jäljennös/tiedot vastauksesta		10 vuotta vastauksen antamisesta.	
Perinnöllisyyslääketieteellisten yksiköiden tutkimuksissa ja hoidoissa muodostuvat asiakirjat	Tietoja potilaan ja hänen omaistensa perinnöllisistä sairauksista.	Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.	<p>Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmimuodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.</p> <p>Atk:lla ylläpidettävät asiakirjat on tulostettava paperille tai mikrofilmille viimeistään potilaan kuoltua.</p>

IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)

Asiakirja/Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Lääkärintlausuntojen ja -todistusten jäljennökset	<p>Eläke- ja työkyvyttömyysasioissa annettujen B-lausuntojen jäljennökset</p> <p>Muut lausunto- ja todistusjäljennökset</p>	<p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>10 vuotta lausunnon/todistuksen antamisesta.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.⁽¹³⁾</p>	<p>Jos vastaava tieto on kirjattu tarkasti potilaskertomukseen, jäljennös voidaan hävittää, kun tarkoitus on saavutettu.</p> <p>¹³⁾Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p>
Potilaskohtainen hoitoon liittyvä kirjeenvaihto		<p>10 vuotta kirjeen päiväyksestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.⁽¹⁴⁾</p>	<p>Ei tarkoiteta kantelu-, muistutus-, potilasvahinko- tai vastaavien asioiden kirjeenvaihtoa.</p> <p>¹⁴⁾Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p>

IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät ruumiinavauspöytäkirjat ja -lausunnot		10 vuotta kuolemasta. 18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti. ⁽¹⁵⁾	¹⁵⁾ Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.
Potilasasiakirjoihin liitettävä jäljennös kuolintodistuksesta		10 vuotta kuolemasta. 18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti. ⁽¹⁶⁾	¹⁶⁾ Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.

II. MUU POTILASASIAKIRJA-AINEISTO

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Ajan- ja hoidonvaraus-päiväkirjat, uloskirjaus, poliklinikkapäiväkirjat	Hoidon varaustiedot	Ajanvaraustiedot 2 vuotta käynnin toteutumisesta/avo-hoitojakson päättymisestä, hoidonvaraustiedot 2 vuotta sisäänkirjauksesta, sisään- ja uloskirjaustiedot 2 vuotta uloskirjauksesta.	Ajanvarausasiakirjoihin ei sisällytetä hoitotietoja.
Toimenpidepäiväkirjat ja vastaavat	Esim. leikkauspäiväkirjat, synnytyspäiväkirjat ym. Sisältävät ajan- ja resurssivaraustietoja	10 vuotta toimenpiteestä tai (manuaalisessa järjestelmässä) viimeisestä merkinnästä.	Ei tarkoiteta leikkaus-, toimenpide- tai synnytyskertomuksia.
Joukkotarkastus- ja seulontatutkimuksissa muodostuvat asiakirjat	Esim.: - papaseulonnat ja vastaukset, - mammografiaseulonnat ja vastaukset	10 vuotta tutkimuksesta.	
Sädehoidon kenttäkuvat ja kortistot		10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.	
Potilasasiakirjojen hakemistot		Säilytetään kuten asiakirjat, joihin ne liittyvät.	Otanta-aineistoja koskevat hakemistot säilytetään pysyvästi.

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/
ASIAKIRJARYHMIÄ**

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Ammattitauti- ja ammattitautiepäilytutkimuksissa ja hoidossa olleita henkilöitä koskevat asiakirjat	Potilaskertomus ja siihen liittyvät lausunnot, röntgenkuvat, käyrästöt, kuvat ja laboratoriotulokset sekä potilaan tutkimukseen tai hoitoon liittyvät altistumisasiakirjat	20 vuotta potilaan kuolemasta, tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.	Tiivistelmätason tietoihin tehdään merkintä ”työperäisyyden selvittäminen”, josta ilmenee, että henkilö on käynyt tutkimuksissa tai hoidossa ammattitaudin tai sen epäilyn vuoksi.
Työterveyshuollon asiakirjat: Potilaskertomus	Esim. aikuisiän terveydenhoitolomake ja, kun työterveyshuollossa annetaan sairaanhoidon palveluja, yleislääketieteen lomake	10 vuotta potilaan kuolemasta, tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.	Ammattitauti- ja ammattitautiepäilytutkimuksissa ja hoidossa olleita henkilöitä koskevat asiakirjat ks. edellä. Olennaiset altistumistiedot (esim. altistuminen ASA-aineille, säteilylle, liuottimille jne.) kirjataan työterveyshuoltolain mukaisten työhönsijoitus- ja määräaikaistarkastusten yhteydessä työpaikkaselvityksestä potilaskertomukseen.

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Työntekijöiden yleisen työkyvyn ylläpitoon liittyvät yksilöasiakirjat	Esim. työkykyindeksilomakkeet, työstressikyselyn ja työkuntoprofiilin tiedot	10 vuotta tietojen keräämisestä. ⁽¹⁷⁾	¹⁷⁾ Tiivistelmä yksilöasiakirjan tiedoista kirjataan potilaskertomukseen siten kuin kussakin lomakkeessa on ohjeistettu. Itse yksilöasiakirjat säilytetään erillään potilaskertomuksesta.
Työterveyshuoltolainsäädännössä edellytettyjen erillisten lääkärintodistusten jäljennökset	Lääkärintodistusten jäljennökset työhönsijoitus, alku- ja määräaikaistarkastuksista	5 vuotta todistuksen antamisesta. ⁽¹⁸⁾	¹⁸⁾ Tiedot todistuksesta kirjataan potilaskertomukseen.
Potilaan tutkimukseen tai hoitoon liittyvät altistumisasiakirjat	Esim. työpaikkaselvitystiedot	Säilytetään kuten potilaskertomus.	

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
<p>Valtion mielisairaaloiden potilasasiakirjat</p>		<p>Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.</p>	<p>Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmi-muodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.</p> <p>Atk:lla ylläpidettävät asiakirjat on tulostettava paperille tai mikrofilmille viimeistään potilaan kuoltua.</p>
<p>Puolustusvoimien terveydenhuollon asiakirjat:</p> <p>Varusmiespalveluksen ja kertausharjoitusten aikana syntyvät puolustusvoimien potilasasiakirjat lukuun ottamatta keskus-sotilassairaalan asiakirjoja</p>		<p>Säilytetään pysyvästi kuten sotilasasiakirjat (kantakortit).</p>	<p>Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmi-muodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.</p>

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Ulkomaan kansalaisten ja kansanterveystyössä toisen kotikunnan asukkaiden kertaluonteisia käyntejä koskevat merkinnät/asiakirjat		10 vuotta hoidon/hoitjakson päättymisestä.	
Ennen 1.5.1999 laaditut tai saadut potilasasiakirjat/ennen 1.5.1999 kuolleita koskevat potilasasiakirjat kunnallisessa ja yksityisessä sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollossa		Säilytysajat määräytyvät valtionarkiston 14.4.1989 antaman kunnallisten asiakirjojen hävittämistä koskevan päätöksen ja valtionarkiston/arkistolaitoksen mahdollisten erillisten päätösten perusteella.	Ajankohta johtuu potilashävin muuttamisesta annetusta laista (879/1998), jolla on muutettu mm. korvausvaatimuksen esittämisajankohdaksi koskevia säännöksiä lain voimaantulon (1.5.1999) jälkeen tapahtuneiden vahinkojen osalta.

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
<p>18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa</p>		<p>Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.</p>	<p>Koskee ko. päivinä syntyneiden potilaskertomusaineistoa (osa IA) sekä niitä potilaskertomukseen liittyviä (osa IB) asiakirjoja, joiden kohdalla on maininta otannasta.</p> <p>Jos asiakirjat on arkistoitu jotakin muuta periaatetta noudattaen, voidaan noin 5 %:n suuruinen pysyvästi säilytettävä otanta ottaa jollakin muulla otantamenetelmällä, jonka käyttöön tulee saada kussakin tapauksessa arkistolaitoksen hyväksyminen.</p> <p>Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmi-muodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.</p> <p>Atk:lla ylläpidettävistä asiakirjoista on pysyvästi säilytettävät otanta-asiakirjat tulostettava paperille tai mikrofilmille viimeistään potilaan kuoltua.</p>

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

Asiakirja/Asiakirja-ryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
Mikrokuvatut potilasasiakirjat, joiden säilyttämistä pysyvästi terveydenhuollon toimintayksikkö pitää tärkeänä tieteellisen tutkimuksen vuoksi		Voidaan säilyttää pysyvästi, jos arkistolaitos on myöntänyt siihen terveydenhuollon toimintayksikön hakemuksesta luvan.	

IV. BIOLOGISTA MATERIAALIA SISÄLTÄVÄT NÄYTTEET JA ELINMALLIT

Hoidossa syntyvä materiaali	Näyte-/mallityyppi	Säilytysaika	Huomautuksia
Biologista materiaalia sisältävät näytteet	<p>Kudosblokit</p> <p>Ruumiinavausnäytteistä otetut blokit</p> <p>Histologiset lasit</p> <p>Patologian ja hematologian sytologiset näytelasit sekä ruumiinavausnäytteistä otetut lasit</p> <p>Muut sytologiset näytelasit⁽²⁰⁾</p>	<p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä⁽¹⁹⁾</p> <p>20 vuotta.⁽¹⁹⁾</p> <p>20 vuotta.⁽¹⁹⁾</p> <p>10 vuotta.⁽¹⁹⁾</p> <p>Hävitetään kun käyttötarkoitus on saavutettu.⁽¹⁹⁾</p>	<p>¹⁹⁾Jos näytteiden edustavuus on merkityksellistä tieteellisen tutkimuksen kannalta, niitä voidaan säilyttää terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tämän tarpeen mukaisesti päättämä, em. säilytysaikaa pidempi aika (sen lisäksi, että niitä voidaan säilyttää potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen edellyttämä em. säilytysaikaa pidempi aika).</p> <p>²⁰⁾Pääsääntöisesti klinisen kemian laboratoriossa syntyneitä laseja.</p>
Hampaiden kipsimallit		Voidaan antaa potilaalle tai hävittää hoidon päätyttyä.	