

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus

potilasasiakirjoista

Annettu Helsingissä 30 päivänä maaliskuuta 2009

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista 17 päivänä elokuuta 1992 annetun lain (785/1992) 12 §:n 2 momentin ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9 päivänä helmikuuta 2007 annetun lain (159/2007), sellaisena kuin niistä on ensin mainittu laissa 653/2000, nojalla:

Yleiset säännökset

1 §

Soveltamisala

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

2 §

Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastieto-

jen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007) 14 §:n 1 momentissa tarkoitettuun valtakunnalliseen arkistointipalveluun tallennetaan sähköisinä potilasasiakirjoina sellaisia teknisiä tallenteita, jotka muodostuvat yhteen mainitun lain 3 §:n 5 kohdassa tarkoitettuun palvelutapahtumaan liittyvistä samassa tietoteknisessä tallennusmuodossa olevista merkinnöistä ja joilla on sama säilytysaika. Tallennettava potilasasiakirja voi sisältää potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvien eri henkilöiden tekemiä merkintöjä.

Arkistointipalveluun tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen tulee muodostaa ehyt asiakirjakokonaisuus yksilöityjen palvelutapahtuma- ja palvelukokonaisuustunnusten avulla. Kun palvelutapahtumasta tai palvelukokonaisuudesta hävitetään asiakirjoja, hävittämisestä tulee jäädä merkintä arkistoon.

Yleiset periaatteet ja vaatimukset

3 §

Tietojen eheys ja käytettävyys

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

Viranomaisten potilasasiakirjoihin sovelletaan kuitenkin viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 18 §:ää.

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. Terveystieteiden toimintayksikössä työskentelevien käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin sisältyviin tietoihin tulee määrittellä yksityiskohtaisesti.

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä tulee olla käyttöoikeuksien hallintajärjestelmä, jonka avulla kullekin käyttäjälle voidaan määrittellä tämän tehtävien mukaiset käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin ja potilastietojärjestelmän eri toimintoihin. Sähköisten potilastietojärjestelmien käyttäjä tulee yksilöidä ja tunnistaa siten, että käyttäjä todennetaan yksiselitteisesti.

Psykiatrian sekä perinnöllisyyslääketieteen päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät tulee suojata sähköisessä potilaskertomuksessa sosiaalijärjestelmän ja terveydenhuollon sähköisestä asiakastietojen käsittelystä annetun lain 6 §:n 2 momentissa tarkoitettulla erillisellä vahvistuspyynnöllä muiden kuin näiden erikoisalojen palvelutapahtumissa tai palvelukokonaisuuksissa. Suojausvaatimus ei kuitenkaan koske näihin tietoihin mahdollisesti sisältyviä lääketieteellisiä ja kriittisiä riskitietoja.

5 §

Palvelujen hankkiminen toiselta

Hankkiessaan palveluja toiselta palvelujen tuottajalta terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee sopia tämän kanssa kirjallisesti tehtävällä sopimuksella potilasasiakirjatietojen rekisterinpitöön ja tietojen käsittelyyn liittyvistä tehtävistä ja vastuusta sekä varmistua siitä, että potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa ja vaitiolovelvollisuutta koskevia säännöksiä noudatetaan.

Edellä 1 momentissa tarkoitettussa toiminnassa syntyneistä potilasasiakirjoista tulee

ilmetä palvelun hankinnan tapa sekä palvelun tilaaja, tuottaja ja toteuttaja.

Potilasasiakirjojen laatiminen

6 §

Oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin

Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon opiskelijat saavat tehdä merkintöjä toimiessaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:n 3 momentin mukaisesti. Muutoin 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 potilasasiakirjamerkinnöistä.

Potilasasiakirjamerkinnät voivat lisäksi koostua terveydenhuollon laitteiden tuottamista hoidon kannalta tarpeellisista merkinnöistä.

7 §

Potilasasiakirjamerkintöjä koskevat 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. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja.

Jos potilaan elämäntilanteen kartoittamisen tai muun vastaavan syyn takia hoidon kannalta on tarpeellista kirjata muun henkilön itsestään tai omasta elämäntilanteestaan kertomia yksityiskohtaisia arkaluonteisia tietoja, nämä tiedot kirjataan potilaan palvelutapah-tuman asiakirjoihin kuuluvaan erilliseen asiakirjaan, jollei potilasmerkintöjen kokonaisuus huomioon ottaen ole perusteltua kir-jata näitä tietoja muulla tavalla.

Niissä lausunnoissa ja todistuksissa, jotka laaditaan esitettäväksi muulle organisaatiolle tai taholle, tulee olla asiakirjan laatijan allekirjoitus. Itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee allekirjoittaa kaikki muut arkistointipalveluun tallennettavat potilasasiakirjat edellä tarkoi-tetulla luonnollisen henkilön tekemällä sähköisellä allekirjoituksella tai hänen valtuut-tamansa organisaation tekemällä sähköisellä allekirjoituksella. Muut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 14 §:n 1 momentissa tar-koitettussa valtakunnallisessa arkistointipal-velussa sähköisesti säilytettävät potilasasia-kirjat tulee allekirjoittaa terveydenhuollon toimintayksikön tai sen valtuuttaman organi-saation tekemällä sähköisellä allekirjoituksel-la.

Arkistointipalveluun tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen rakenteissa ja merkinnöissä tulee käyttää Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 14 §:n 2 momentissa tar-koitettuun valtakunnalliseen koodistopalveluun hyväksymien velvoittavien koodistojen mukaisia rakenteita ja merkintöjä sekä Kansaneläkelaitoksen ylläpitämiä tietoteknisiä määriytyksiä.

8 §

Potilasasiakirjamerkintöjen määräajat ja eräiden asiakirjojen toimittaminen

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä. Merkinnät tulee tehdä viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta taikka palvelutapah-tuma muutoin päättyy.

Lähetteet tulee laatia ja toimittaa jatkohoi-

topaikkaan viipymättä. Lähetete tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää jatkohoi-topaikkaan viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun sen tekemisen tarve on todettu.

Yhteenvedo potilaalle annetusta hoidosta jatkohoitto-ohjeineen tulee toimittaa potilaalle sekä jatkohoitopaikkaan tai muuhun paikkaan, josta on potilaan kanssa sovittu, potilaan suostumuksen mukaisesti ja viipymättä. Yhteenvedo tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 14 §:n 1 momentissa säädettyyn valtakunnalliseen arkistointipalveluun liittyneen terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön on muodostettava merkinnöistä sähköiset potilasasiakirjat ja tallennettava ne arkistointipalveluun sen määräajan kuluessa, jossa asiakirjan merkinnät on laadittava. Sähköinen sanelu on muutettava luettavaan muotoon ennen arkistointipalveluun tallentamista.

Tässä pykälässä säädettyistä määräajoista voidaan poiketa vain erityisestä syystä.

9 §

Potilaskertomus

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

Potilaskertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavalla.

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 tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde;

5) alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot.

Potilasasiakirjoista tulee ilmetä tarvittaessa myös seuraavat tiedot:

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

2) potilaan äidinkieli tai asiointikieli;

3) potilaan ammatti;

4) potilaan työnantajan vakuutusyhtiö, jos kyseessä saattaa olla työtapaturma tai ammattitauti;

5) vakuutusyhtiö, jos hoidon mahdollisesti maksaa vakuutusyhtiö;

6) tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset.

Jos 1 momentin 3 kohdassa tarkoitettujen merkinnän tekninen kirjaaja on eri kuin merkinnän sisällöstä vastaava merkinnän tekijä, potilaskertomuksesta tulee ilmetä myös merkinnän teknisen kirjaajan tiedot. Sähköiseen potilasasiakirjaan nämä tiedot merkitään suoraan potilastietojärjestelmän käyttäjätiedoista ja merkinnän kirjaamisen ajankohta automaattisesti potilastietojärjestelmästä.

11 §

Potilaskertomukseen merkittävät keskeiset hoitotiedot

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystilanne, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.

12 §

Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät

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

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

Potilaalle suoritetusta leikkauksesta ja muusta toimenpiteestä tulee laatia leikkaukselta 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 proteeseista, implanteista, hampaiden täyttemateriaaleista ja muista materiaaleista tulee merkitä potilasasiakirjoihin sellaisella tarkuudella, että ne ovat myöhemmin tunnistettavissa.

Kaikki annetut lääkemääräykset, lääkärinlausunnot, sairaustodistukset, työkyvyttömyystodistukset ja muut todistukset sekä kuntoutussuunnitelma tulee merkitä potilaskertomukseen niiden antamisajankohdan mukaisesti. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä edellä mainitut merkinnät voidaan tehdä liittämällä ne kyseiseen palvelutapahtumaan.

Jos potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan mielenterveyslain (1116/1990), päihdehuoltolain (41/1986), tartuntatautilain (583/1986) tai muun lain nojalla, siitä tulee tehdä potilasasiakirjoihin erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon samoin kuin toimenpiteen määrän-

neen lääkärin ja suorittajien nimet.

13 §

Riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista tehtävät merkinnät

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät tiedossa olevasta potilaan lääkeaineallergias- ta, materiaaliallergiasta, yliherkkyydestä sekä muista vastaavista hoidossa huomioon otet- tavista seikoista.

Työntekijälle työstä aiheutuvia terveysvaa- roja koskevat tiedot tulee merkitä tai liittää häntä koskeviin työterveyshuollon potilas- asiakirjoihin.

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

Epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahin- goista tulee tehdä potilaskertomukseen yksi- tyiskohtaiset merkinnät, joista käy ilmi kuva- us vahingosta, selvitys hoidossa mukana ol- leista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen osalta kuvaus vahingon epäilyistä syystä. Lääkkeiden ja laitteiden tunnistetiedot tulee merkitä yksi- löidysti. Merkinnät tulee tehdä välittömästi sen jälkeen, kun vahinkoepäily on syntynyt.

14 §

Osastohoitoa koskevat merkinnät

Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein ai- kajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi poti- laasta tehdään osana potilaskertomusta hoito- jaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista.

Lääkärin tulee tehdä sairaalahoidossa ole- van pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kolmen kuukauden välein hoito- jakson alkamisesta seurantayhteenvedo riip- pumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtu- nut olennaisia muutoksia.

15 §

Konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista tehtävät merkinnät

Hoitovastuussa olevan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä potilaskerto- mukseen merkinnät potilaan taudinmääri- tyksen tai hoidon kannalta merkittävästä puhe- linneuvottelusta sekä muusta vastaavasta konsultaatiosta ja hoitoneuvottelusta. Mer- kinnöistä tulee käydä ilmi konsultaation tai neuvottelun ajankohta, asian käsittelyyn osal- listuneet sekä tehdyt hoitoratkaisut ja niiden toteuttaminen.

Jos konsultaatio tapahtuu siten, että potilas voidaan tunnistaa, myös konsultaation anta- jan tulee 1 momentissa tarkoitetuissa tilan- teissa tehdä potilasasiakirjoihin merkinnät antamastaan konsultaatiiovastauksesta tai hä- nelle tulee muutoin jäädä antamansa vastauk- sen tiedot.

16 §

Ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta tehtävät merkinnät

Potilasasiakirjoihin tulee tehdä tarvittavat merkinnät potilaalle annetusta ensihoidosta sekä sairaankuljetukseen liittyvästä hoidosta ja seurannasta. Jos lääkäri osallistuu ensihoi- toon tai sairaankuljetukseen henkilökohtai- sesti tai konsultaation perusteella, tämän tu- lee käydä ilmi potilasasiakirjoista.

17 §

Hoidon loppulausunto

Jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta tu- lee laatia loppulausunto. Hoidon loppulau- sunto on vastaavasti laadittava sellaisesta po- likliinisesta hoitajaksosta, jonka loputtua hoi- to päättyy taikka hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön tai itse- näisesti ammattiaan harjoittavalle terveyden- huollon ammattihenkilölle, jollei tästä poik- keamiseen ole erityistä syytä.

Loppulausuntoon tulee annettua hoitoa koskevien yhteenvedojen lisäksi sisällyttää

selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Loppulausunnossa tulee lisäksi kuvata mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila palvelutapahtuman päättyessä.

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 viivästyksen syystä, potilaalle ilmoitetusta hoitopääsystä ja siitä, että mainitut tiedot on ilmoitettu potilaalle. Potilasasiakirjoihin merkitään myös tieto potilaan ohjauksesta muuhun hoitopaikkaan. Jos ilmoitettu hoitopääsyaika muuttuu, potilasasiakirjoihin merkitään tiedot uudesta ajankohdasta, muutoksen syystä ja siitä, että muutoksesta on ilmoitettu potilaalle.

Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 5 §:ssä tarkoitettua potilaan hoitoon liittyviä seikkoja koskevan selvityksen antamisesta. Jos selvitystä ei ole annettu, peruste siihen 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 tulee tehdä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liittää 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.

Jos potilaan hoitoa varten on saatu tietoja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 3 momentin 3 kohdan nojalla, tietojen luovutuksesta tulee ilmoittaa potilaalle, jos

mainitussa säännöksessä tarkoitettu potilaan tajuttomuus tai muu siihen verrattava syy päättyy. Ilmoituksesta tulee ilmetä luovutetut tiedot, luovutuksen peruste sekä luovutusajankohta. Tieto potilaalle tehdystä ilmoituksesta tulee merkitä potilasasiakirjoihin.

19 §

Merkinnät hoitoon osallistumisesta erityistilanteissa

Jos 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, salliiko 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 henkilötietolain (523/1999) 29 §:ää.

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

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

21 §

Tietojen luovuttamisesta tehtävät merkinnät

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettua 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.

Sähköisten potilasasiakirjojen luovuttamisesta tehtäviin merkintöihin sovelletaan kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiakastietojen käsittelystä annetun lain 5 §:ää ja 14 §:n 1 momenttia.

Potilasasiakirjojen 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, jollei sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetusta laista muuta johdu. 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 säilyttämisajat ja hävittäminen

Potilasasiakirjoja sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyviä biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja on säilytettävä 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 järjestämiseksi tai toteuttamiseksi, on hoidon järjestämistä vastaavan terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön huolehdittava siitä, että potilasasiakirjat ja muu edellä tarkoitettu materiaali hävitetään välittömästi ja siten, että sivulliset eivät saa niistä tietoa.

Kansaneläkelaitoksen on omalta osaltaan huolehdittava arkistointipalveluun tallennettujen asiakirjojen teknisestä hävittämisestä terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön potilasasiakirjalle määrittelemän säilytysajan päätyttyä. Kansaneläkelaitoksen on ennen hävittämistä informoitava asiasta edellä mainittuja tahoja.

24 §

Lokitietojen säilyttäminen

Sähköisten potilastietojen käyttöön ja luovutukseen liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 5 §:ssä tarkoitettut lokitiedot tulee säilyttää eheinä ja muuttumattomina vähintään 12 vuotta niiden syntymisestä.

Kansaneläkelaitoksen on omalta osaltaan huolehdittava arkistointipalveluun tallennettujen lokitietojen teknisestä hävittämisestä terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön niille määrittelemän säilytysajan päätyttyä. Kansaneläkelaitoksen on

ennen hävittämistä informoitava asiasta edellä mainittuja tahoja.

25 §

Katseluyhteyden toteuttaminen

Jos potilastietoja annetaan valtakunnallisesta arkistointipalvelusta potilaalle sähköisen katseluyhteyden avulla, potilas tulee tunnistaa luotettavalla tavalla. Terveystieteiden palvelujen antajan informoidessa potilasta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 17 §:n mukaisesti, potilaalle tulee samalla antaa tieto sähköisen katseluyhteyden käyttömahdollisuudesta ja käytön edellyttämistä tunnistautumismenettelyistä.

Voimaantulo

26 §

Voimaantulo ja siirtymäsäännökset

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä elokuuta 2009.

Tällä asetuksella kumotaan potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 19 päivänä tammikuuta 2001 annettu sosiaali- ja terveysministeriön asetus (99/2001).

Asetuksen sähköisten potilasasiakirjojen

käsittelyä koskevia säännöksiä 2 §:n 2 ja 3 momentissa, 4 §:n 2 ja 3 momentissa, 7 §:n 3 ja 4 momentissa, 8 §:n 4 momentissa, 10 §:n 3 momentissa, 21 §:n 2 momentissa, 23 §:n 3 momentissa sekä 24 ja 25 §:ssä sovelletaan kuitenkin vasta 1 päivästä huhtikuuta 2011, jollei asiakirjoja käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 14 §:ssä tarkoitettujen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla.

Tämän asetuksen liitteessä tarkoitettuja säilytysaikoja sovelletaan potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen. Jos asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, säilytysaikoja sovelletaan kuitenkin asiakirjoihin, jotka koskevat 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen kuollutta henkilöä.

Potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu ennen 1 päivää toukokuuta 1999, taikka jos asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, jotka koskevat ennen 1 päivää toukokuuta 1999 kuollutta henkilöä, 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 30 päivänä maaliskuuta 2009

Peruspalveluministeri *Paula Risikko*

Hallitusneuvos Päivi Salo

Liite

<i>Pysyvästi säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
1) Perinnöllisyyslääketieteellisten yksiköiden tutkimuksissa ja hoidoissa muodostuvat asiakirjat		Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 16.2.2009 antaman päätöksen mukaisesti.	
2) 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa		Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 16.2.2009 antaman päätöksen mukaisesti.	Koskee ko. päivinä syntyneiden potilaskertomusaineistoa ja siihen liittyviä asiakirjoja, lukuun ottamatta: - tutkimus- ja laskenta-aineistoja sekä tiedonkeruulomakkeita (jäljempänä kohta 9), - sädehoidon kenttäkuvia ja kortistoja sekä solusalpaajahoitokortteja (kohta 12), - jäljempänä kohdassa 13 tarkoitettuja kuvantamistutkimustuloksia, valokuvia, diakuvia, videoita, äänitteitä ja vastaavia tallenteita, - jäljennöksiä toisten terveydenhuollon toimintayksikköjen muista kuin sähköisistä potilasasiakirjoista (kohta 14), - ajan- ja hoidonvarauspäiväkirjamerkintöjä taikka uloskirjaus, poliklinikka-, osastohoito-, toimenpidepäiväkirjamerkintöjä sekä vastavia (kohta 20), - palautettuja lähetteitä, saapumatta jääneiden

<i>Pysyvästi säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
			<p>potilaiden erillisiä lähteasiakirjoja (joista ei ole syntynyt hoitovastuuta), (kohta 21).</p> <p>Jos potilasasiakirjat on paperimuodossa arkistoitu jotakin muuta kuin syntymäpäivää noudattaen, voidaan noin 5 %:n suuruinen pysyvästi säilytettävä otos poimia arkistolaitoksen 19.2.2003 päätöksen (KA 46/43/03) mukaisesti.</p>
3) 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 potilasvahinkolain muuttamisesta annetusta laista (879/1998), jolla on muutettu mm. korvausvaatimuksen esittämisaikaa koskevia säännöksiä lain voimaantulon (1.5.1999) jälkeen tapahtuneiden vahinkojen osalta.
4) Puolustusvoimien terveydenhuollon asiakirjat		Puolustusvoimien terveydenhuollon asiakirjojen pysyvästä säilytyksestä arkistolaitos määrää erikseen.	
			Jos edellä kohdissa 1-3 tarkoitetut pysyvästi säilytettävät asiakirjat eivät ole säilytettävänä valtakunnallisessa arkistointipalvelussa, tulee terveydenhuollon toimintayksikköjen ja itsenäis-

<i>Pysyvästi säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
			ten ammatinharjoittajien säilyttää ne joko paperitai mikrofilmimuodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.

<i>Määräajan säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
5) Potilaan perustiedot ja keskeiset hoitotiedot sisältävät asiakirjat	- henkilötiedot - kriittiset ja muut riskitiedot - lääkitystiedot	12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. Alle 1-vuotiaina kuolleiden tietoja säilytetään 120 vuotta lapsen syntymästä.	Asiakirjasta säilytetään kaikki versiot.
6) Potilaan tahdonilmaisevat asiakirjat	- elinluovutuskortti - hoitotahto - ruumiinluovutus-testamentti	12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä.	Asiakirjasta säilytetään kaikki versiot.
7) Yhteenvedot	Eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden palvelutapahtuman aikana tekemät yhteenvedot (loppuarviot/ väliarviot) potilaan ohjaus- ja hoitotarpeen määrittämisestä, toteutuksesta, arvioinnista ja päättämisestä, esim.	12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. Alle 1-vuotiaina kuolleiden tietoja säilytetään 120 vuotta lapsen syntymästä.	Yhteenvedot/tiivistelmät sisältävät keskeiset tiedot potilaan terveys- ja sairaushistoriasta.

<i>Määräajan säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
	<ul style="list-style-type: none"> - potilaskertomuksen erikoisalakohtaiset yhteenvedot - hoitotyön yhteenvedon yhteenvedon otsikon alle kirjatut merkinnät - neuvola-, koulu- ja aikuisiän terveydenhoitomerkinnt/ikäryhmäkohtaiset yhteenvedot - suun ja hampaiden terveydenhuoltomerkinnt - kuuloon, näköön, kasvuun ja rokotusten seurantaan liittyvät merkinnät - yhteenvedot erityistyöntekijöiden antamasta hoidosta tai kuntoutuksesta (mikäli eivät jo ole erikoisalan merkintöinä) - leikkaus- ja muiden toimenpitekertomusten yhteenvedot (mikäli eivät jo ole erikoisalan merkintöinä) 		
8) Hoidon suunniteluun, toteutukseen, seurantaan ja arviointiin liittyvät merkinnät ja merkinnöistä muodostetut asiakirjat		12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä.	Hoidon välittömään seurantaan liittyvät merkinnät (näistä merkinnöistä muodostetut asiakirjat) kuten fysiologiset tilanearviot, päivittäiset

<i>Määräajan säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
		Paperimuotoiset hoitotyön kertomusmerkinnät: 12 vuotta hoidon päättymisestä, edellyttäen, että yhteenveto on tehty.	seurantatiedot, diabetes- ja verenpaine seuranta-merkinnät, lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon päivittäiset merkinnät, synnytyskertomukset, anestesiakertomukset ym.
9) Tutkimus- ja laskenta-aineistot, tiedonkeruulomakkeet	Puheterapian testiaineistot, psykologin testausasiakirjat, ravitsemusterapian ateriasuunnitelmat ja laskelmat, työntekijöiden yleisen työkyvyn ylläpitoon liittyvät yksilöasiakirjat, kuten työkykyindeksilomakkeet, työstressikyselyn ja työkuntoprofiilin tiedot ja vastaavat tiedonkeruulomakkeet	12 vuotta asiakirjan laatimisesta.	Muut kuin yhteenvedot ja hoitokertomukseen tehdyt merkinnät, joiden tallennus on perusteltua. Erilaiset toimintakyky-mittarit (muun muassa RAVA, RAI), audit, liikkumisresepti, Lene, Lumiukkotesti ja vastaavat tutkimukset ja kyselyt. Paperimuotoiset tiedonkeruulomakkeet, kuten toimintakyky, hoitoisuusluokitus- ja potilaan itsensä täyttämät esitietolomakkeet voidaan hävittää heti kun niiden tiedot on siirretty sähköiseen potilastietojärjestelmään ja kun niiden käyttötarkoitus on saavutettu.
10) Lähet-, hoitoplaute- ja konsultaatioasiakirjat		12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä.	

<i>Määräajan säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
11) Lakisääteisissä joukkotarkastus- ja seulontatutkimuksissa syntyvät asiakirjat	Esim. - papaseulonnat ja vastaukset - mammografiaseulonnat ja vastaukset - sikiöseulonnat ja vastaukset	Säilytetään kuten muut vastaavan tyyppiset potilasasiakirjat.	
12) Sädehoidon kentäkuvat ja kortistot, solusalpaajahoitokortit		12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä.	
13) Diagnostiikkaan liittyvät tutkimustulokset, tekniset tallenteet ja niihin liittyvät lausunnot	Röntgenkuvat (lukuun ottamatta hammaslääketieteellisiä röntgenkuvia), isotooppi- ja ultraäänikuvat sekä vastaavat	12 vuotta kuvauksesta; jos potilas on alaikäinen, 20 vuotta kuvauksesta.	Teknisesti epäonnistuneet tallenteet hävitetään välittömästi.
	Valokuvat, diakuvat, videot ja vastaavat, puheterapian äänitteet, muut potilaan seurantaan liittyvät äänitteet	Hoidon kannalta tarpeelliseksi arvioidut 12 vuotta aineiston tuottamisesta.	Teknisesti epäonnistunut aineisto hävitetään välittömästi.
	Hammaslääketieteelliset röntgenkuvat	Kuvat, joista potilas voidaan yksiselitteisesti tunnistaa tai jotka ovat hoidon tai oikeuslääketieteellisesti kannalta merkityksellisiä: 12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. Muut hammaslääke-	

<i>Määräajan säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
		tieteelliset röntgenkuvat: 12 vuotta kuvauksesta.	
	Laboratoriotulokset, tulostuskäyrät (esimerkiksi EEG, EKG, KTG tms), laboratoriotuloksista ja biosignaaleista laaditut lausunnot, röntgenlausunnot, patologin lausunnot	Sähköisessä muodossa tallennetut: 12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. Paperimuotoisista ensimmäinen ja myöhemmistä diagnostisen tutkimuksen tulokset: 12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. Muut paperimuotoiset: 12 vuotta tutkimuksesta.	Laboratoriotulosten ja niihin liittyvän lausunnon säilytysajat ovat näin samat. Säilytetään vain lopulliset tutkimustulokset, ei alustavia eikä niiden prosessien vaiheita. Laboratorion analyysilaitteisiin kertyvää raakadataa voidaan säilyttää laadunvarmistusta varten ko. laitteissa laitteen käyttöajan.
14) Jäljennökset toisten terveydenhuollon toimintayksiköiden toimista kuin sähköisistä potilasasiakirjoista	Paperi- ja filmimuotoisena saadut kopiot (esimerkiksi aineisto, joka syntynyt ennen kuin oli käytössä sähköisiä potilastietojärjestelmiä)	12 vuotta hoidon päättymisestä.	Potilaan hoidossa tarpeelliset tiedot sekä niiden lähde tulee merkitä kopion saaneen omaan potilaskertomukseen.
15) Potilaskohtainen hoitoon liittyvä paperimuotoinen kirjeenvaihto		12 vuotta kirjeen tai viestin päiväyksestä.	Ei tarkoiteta kantelu-, muistutus-, potilasvahinko- tai vastaavien asioiden kirjeenvaihtoa.

<i>Määräajan säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
16) Lääkärintodistukset ja -todistukset (myös työterveyshuoltolainsäädännössä edellytetyt todistukset)	B-lausunto Muut lääkärintodistukset ja todistukset kuin B-lausunto Lääkärintodistukset työhönsijoitus-, alku- ja määräaikaistarkastuksista	12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. 12 vuotta lausunnon/todistuksen antamisesta. 12 vuotta lausunnon/todistuksen antamisesta.	
17) Lääketieteellisen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät ruumiinavauspöytäkirjat ja -lausunnot		12 vuotta asiakirjan tuottamisesta.	
18) Potilaskertomukseen liitettävä jäljennös kuolintodistuksesta		12 vuotta asiakirjan tuottamisesta.	
19) Hoidon aloittamiseen/hoitoon liittyvät päätökset	Päätös tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ottamisesta, sen jatkamisesta tai lopettamisesta	12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä.	Tarkoittaa säännösten perusteella tehtäviä kirjallisia päätöksiä.
20) Ajan- ja hoidonvarauspäiväkirjat, uloskirjaus, poliklinikka-, osastohoito-, toimenpidepäiväkirjat ja vastaavat	Sisältävät ajan- ja resurssivaraustietoja	12 vuotta viimeisen käynnin toteutumisesta.	Päiväkirjoja ei lähetetä valtakunnalliseen arkistointipalveluun.
21) Palautetut läheteet, saapumatta jääneiden potilaiden erilaiset läheteasiakirjat (joista ei ole syntynyt		12 vuotta läheteen saapumisesta.	

<i>Määräajan säilytettävät potilasasiakirjat</i>			
Asiakirjaryhmä	Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä	Säilytysaika	Huomautuksia
hoitovastuuta)			
22) Potilasasiakirjojen hakutiedot ja hakemistot	Hakutiedot on liitetty sähköisiin potilasasiakirjoihin Hakemistoja käytetään manuaalisten potilaskertomuskansoiden hakemiseen arkistosta	Säilytetään kuten asiakirjat, joihin ne liittyvät.	

<i>Biologista materiaalia sisältävät näytteet ja elinmallit</i>			
Hoidossa syntyvä materiaali	Näyte-/mallityyppi	Säilytysaika	Huomautuksia
23) Biologista materiaalia sisältävät näytteet	Kudosblokit Ruumiinavausnäytteistä otetut blokit Histologiset lasit Patologian ja hematologian sytologiset näytelasit sekä ruumiinavausnäytteistä otetut lasit Muut sytologiset näytelasit (pääsääntöisesti kliinisen kemian laboratorioissa syntyneitä lasseja)	12 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 120 vuotta potilaan syntymästä. 20 vuotta 20 vuotta 12 vuotta Hävitetään, kun käyttötarkoitus on saavutettu.	Jos näytteiden edustavuus on merkityksellistä tieteellisen tutkimuksen kannalta, niitä voidaan säilyttää tämän tarpeen mukaisesti terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan päättämä, em. säilytysaikaa pidempi aika (sen lisäksi, että niitä muutoinkin voidaan säilyttää potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen edellyttämä em. säilytysaikaa pidempi aika).

<i>Biologista materiaalia sisältävät näytteet ja elinmallit</i>			
Hoidossa syntyvä materiaali	Näyte-/mallityyppi	Säilytysaika	Huomautuksia
24) Hampaiden kipsimallit		Voidaan antaa potilaalle tai hävittää hoidon päätyttyä.	