

Zdravotnická dokumentace - ambulantní

Podle rozsahu vyšetření pacienta se rozlišuje:

- komplexní vyšetření (zjištění anamnéz v plném rozsahu, komplexní klinické vyšetření pacienta lékařem včetně odběru krve)
- cílené vyšetření (zjištění anamnéz, klinické vyšetření pacienta lékařem, případně včetně odběru krve)
- kontrolní vyšetření (zjištění, jak se změnil stav pacienta od předcházející návštěvy)

Obsah dokumentace se může značně lišit podle odborností. Následují nejčastější možnosti.

Odbornost 001:

- poprvé vstupní prohlídka (komplexní vyšetření)
- každé 2 roky preventivní prohlídka (opakované komplexní vyšetření)
- cílené / kontrolní prohlídky dle zdravotního stavu pacienta

Odbornost 002:

- poprvé vstupní prohlídka (komplexní vyšetření)
- preventivní prohlídky v 1. měsíci a 6 týdnech věku, následně pak v 3., 6., 8., 10., 12. a 18. měsíci, poté ve 3 letech a dále každé 2 roky (opakované komplexní vyšetření)
- cílené / kontrolní prohlídky dle zdravotního stavu pacienta
- zápisy očkování dle očkovacího kalendáře

Ambulantní specialisté:

- poprvé vstupní prohlídka (komplexní vyšetření při převzetí pacienta do péče)
- cílené / kontrolní prohlídky dle zdravotního stavu pacienta
- zápis o provedeném zákroku

Stomatologové

- 2x ročně preventivní prohlídka
- zápis o provedeném zákroku (plomba, vytržení zubu, ...)

Fyzioterapie

- záznam o provedených procedurách

Rentgen

- záznam o výsledku vyšetření

Zdravotnická dokumentace - hospitalizační

Může být **značně odlišná** dle odbornosti jednotlivých oddělení (klinik)-

- chirurgické (všeobecná chirurgie, traumatologie, urologie, ortopedie, oční, neurochirurgie, plastická chirurgie)
- interní obory (všeobecná interna, kardiologie, plicní, gastroenterologie, onkologie ap)
- další odbornosti: neurologie, psychiatrie, rehabilitace, anesthesiologicko- resuscitační.

Z hlediska časové posloupnosti lze rozdělit dokumentaci na:

- příjem nemocného k hospitalizaci
- období pobytu v nemocnici
- propuštění nemocného

Příjem nemocného

1/ Zjištění anamnézy – dotazem od pacienta, případně též z dostupné dokumentace zjištěna

- rodinná anamnéza – údaje o prodělaných chorobách u rodičů, sourozenců apod. – zejména pookrevního příbuzenstva
- osobní anamnéza – údaje o dosud prodělaných nemocech, úrazech, operacích pacienta...
- nynější anamnéza : údaje související s nynějším onemocněním (potíže pacienta, pacientem pozorované příznaky nemoci, výsledky dosud provedených ambulantních vyšetření apod.)
- gynekologická anamnéza (u žen) - počet porodů, menses apod.
- sociální a pracovní anamnéza, charakter zaměstnání, práce v rizikovém prostředí apod
- alergologická anamnéza

2/ Fyzikální vyšetření pacienta lékařem) pohledem, poslechem, pohmatem apod. Zjišťuje se celkový stav, kůže. nález na hlavě, krku, hrudníku (plíce, srdce), nález na břiše, končetinách)

3/ Souhrn zjištěných údajů, stanovení pracovních diagnóz, plán dalších vyšetření (laboratorních, zobrazovacích- rtg, ultrazvuk, CT, magnetická rezonance), mikrobiologické, nukleární medicína, ...), žádosti o konziliární vyšetření ...

Pobyt v nemocnici

Dekurz je předtištěný tiskopis - na standardním oddělení obvykle ve formátu velikosti 2 spojených dvou listů A4.

Do dekurzu se zapisují:

- zápis o vizitě (1-2x denně),
- zápis o ordinaci léčby (výčet léků a dávkování),
- ordinace různých vyšetření (laboratorní, zobrazovací, plánované zákroky, endoskopie, konzília apod)
- veškeré události, které v souvislosti s pacientem nastanou

Pro standardní oddělení je formulář nejčastěji na dobu 7 dní.

Formulář se na jednotkách intenzivní péče je pro každý den samostatný a má zcela odlišné úspořádání.

K uvedeným medicínským aspektům se přidává nutnost zápisů do dokumentace z hlediska výkaznictví pro zdravotní pojišťovny. Zápisy musí splňovat zákonné normy včetně ochrany dat pacienta před zneužitím (nahlížení nepovolaným osob apod. Dekurzy jsou prakticky všude vedeny v papírové formě (lékař by obtížně chodil k pacientům s notebookem ap).

Nezbytnou součástí vedení dokumentace je tvorba a případně i tisk různých žádanek. Prakticky již všude jsou rozesílány po síti.

Denně přicházejí **výsledky** různých vyšetření. Výsledky jsou již asi ve všech případech v elektronické podobě. Údaje jsou tříděny dle charakteru dat (například laboratorní vyšetření, zobrazovací metody, mikrobiologie, konzília, zákroky-operace ...) aby byl umožněn chronologický přehled v jednotlivých podskupinách s možností sledování trendu výsledků)

Propuštění nemocného

Souhrnná zpráva o průběhu hospitalizace obsahuje výběr – někdy dokonce všechny údaje, které byly zapsány do Dekurzu.

Obvykle má strukturovanou skladbu:

- **Anamnézy** (rodinná, osobní, ...).
- **Nález při přijetí.**
- **Provedená vyšetření** získaná během hospitalizace. Obvykle se provede setřídění dle jednotlivých podskupin. Vyšetření každé podskupiny jsou uspořádána dle časového sledu.
- **Epikríza - průběh hospitalizace** popis průběhu hospitalizace volným textem, zdůvodnění stanovených diagnóza, případně vyjádření k provedeným vyšetřením a ošetřením (provedené operace, zákroky ..). Z této části musí být zřejmé (i kdyby někdo nečetl celou propouštěcí zprávu) co se vlastně s pacientem stalo.
- **Terapie** - souhrn podané medikamentózní léčby, provedených ošetření – obvykle volným textem.
- **Diagnózy** zjištěné při přijetí i během hospitalizace

- **Doporučení** pro další léčbu, další sledování nebo vyšetření ambulantně, vyjádření k pracovní schopnosti/neschopnosti, zda pacient odchází v souladu s rozhodnutím lékaře, nebo odchází předčasně na revers , zda byl vyžádán transport sanitkou apod, případně termín ambulantní kontroly nebo objednání k další hospitalizaci.

Zdravotnická dokumentace v lázeňství

Lázeňská péče je

- komplexní
- příspěvková
- samoplátecká

Komplexní lázeňská péče

Léčba zahrnuje:

- **vstupní lékařské vyšetření** (zahrnuje prostudování dokumentace, zjištění anamnézy, klinické vyšetření pacienta lékařem v nezbytně nutném rozsahu a specifické modifikaci dle indikace a diagnózy, terapeutická rozvaha, vypracování komplexního léčebného plánu a základní instruktáž pacienta o plánovaném terapeutickém postupu.),
- **sestavení individuálního léčebného programu** (lázeňské procedury cca 3 – 4 denně podle stavu pacienta),
- **každý týden jedno kontrolní vyšetření** (zahrnuje prostudování dokumentace, zjištění aktuálního stavu pacienta, průběžné zhodnocení efektu léčby, provedených vyšetření a poznatků členů léčebného týmu, stanovení další strategie léčby a informování pacienta o jeho stavu a plánovaném terapeutickém postupu.),
- **konzultace** (zahrnuje zhodnocení zdravotního stavu pacienta, doporučení dalších procedur, zhodnocení účinků provedené léčby, dále pak poučení pacienta o dalším léčebném a preventivním režimu.),
- **závěrečnou prohlídku** (zahrnuje prostudování dokumentace, fyzikální vyšetření odpovídající aktuálnímu stavu pacienta, srovnání s předchozím nálezem, zhodnocení doplňujících vyšetření a účinků provedené léčby. Rovněž zahrnuje poučení pacienta o dalším léčebném a preventivním režimu).

Délka pobytu pro komplexní lázeňskou péči je 21 dnů (s možností prodloužení dle indikační skupiny, až po schválení revizním lékařem smluvních pojišťoven).

U dlouhodobě se léčících osob je třeba předložit stručnou charakteristiku zdravotního stavu od ošetřujícího lékaře, včetně sdělení o trvale užívaných lécích.

Návrh na komplexní lázeňskou péči vystaví praktický lékař na doporučení odborného lékaře a zašle jej příslušné zdravotní pojišťovně. Revizní lékař pojišťovny návrh schválí a pojišťovna jej zašle do lázní.

Na základě obdrženého návrhu na lázeňskou zdravotní péči od zdravotní pojišťovny (platnost 3 měsíce) nebo na základě objednávky s požadavkem na nástupní termín a požadovaný standard ubytování vystaví lázně písemný zvací dopis a provedou rezervaci ubytování.

Příspěvková lázeňská péče

U příspěvkové zdravotní péče nehradí zdravotní pojišťovna náklady spojené s ubytováním a stravováním. Návrh na příspěvkovou lázeňskou péči vystavuje praktický lékař a odešle jej příslušné pojišťovně. Návrh na příspěvkovou lázeňskou péči schválený revizním lékařem pojišťovny obdrží

pacient a zašle jej spolu s požadavkem na přibližný nástupní termín, požadovaný standard ubytování a formu stravování do lázní. Lázně vystaví písemný zvací dopis a provedou rezervaci ubytování. Platnost návrhu je 6 měsíců. Doba pobytu 14-21 dnů.

Samoplátecká lázeňská péče

Samoplátce hradí veškeré náklady spojené s pobytem v lázních.

<http://www.lazne-vraz.cz>

Nejčastější nedostatky v dokumentaci

Nejčastěji zaznamenané nedostatky ve zdravotnické dokumentaci:

- nedostatečné zápisy anamnézy,
- chybějící záznamy o nasazení či vysazení léčiv,
- nepřiměřené stručné nebo chybějící denní záznamy o stavu pacienta v lékařských a sesterských dekurzech (chybí např. popisy EKG, chybějící přesná data o počátku srdečních potíží, obecně velmi strohé zápisy v denních dekurzech)
- nečitelné zápisy,
- zápisy bez identifikace osoby, která je provedla, event. bez jejího podpisu,
- nejsou vedeny záznamy o přijetí či odmítnutí zdravotního výkonu pacientem.