

Zdravotnická dokumentace – hospitalizační

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

interní obory (všeobecná interna, kardiologie, plicní, gastroenterologie, onkologie ap)

chirurgické (všeobecná chirurgie, traumatologie, urologie, ortopedie, oční, neurochirurgie, plastická chirurgie)

a další odbornosti: neurologie, psychiatrie, rehabilitace, anesteziologicko- resuscitační,

**Z hlediska časové posloupnosti** lze rozdělit na dokumentaci týkající se:

1) Příjem nemocné k hospitalizaci

2) Období pobytu v nemocnici

3) Propuštění nemocného

**1) Příjem nemocného:**

1A) **zjištění anamnézy** – dotazem od pacienta, případně též z dostupné dokumentace zjištěna

Aa)rodinná anamnéza –údaje o prodělaných chorobách u rodičů, sourozenců apod. – zejména pookrevního příbuzenstva

Ab) osobní anamnéza – údaje o dosud prodělaných nemocech, úrazech, operacích pacienta...

Ac) nynější anamnéza : údaje související s nynějším onemocněním (potíže pacienta, pacientem pozorované příznaky nemoci, výsledky dosud provedených ambulantních vyšetření apod.)

Ad) u žen gynekologická anamnéza počet porodů, menses apod.

Ae) sociální a pracovní anamnéza, charakter zaměstnání, práce v rizikovém prostředí apod

1B) **Fyzikální vyšetření** pacienta lékařem ) pohledem, poslechem, pohmatem apod. Zjišťuje se celkový stav, kůže. nález na hlavě, krku, hrudníku (plíce, srdce), nález na bříše, končetinách)

1C) **Souhrn** zjištěných údajů, stanovení pracovních diagnóz, plán dalších vyšetření (laboratorních, zobrazovacích- rtg, ultrazvuk, CT, magnetická rezonance), mikrobiologické, nukleární medicína, ...), žádosti o konziliární vyšetření ...

**2) Pobyt v nemocnici:**

**Dekurz** : předtištění tiskopis , na standardním oddělení obvykle ve formátu velikosti 2spojených dvou listů A4. Zapisují se zde denní události pacienta (Zápis o vizitě 1-2x denně, zápis o ordinaci léčby (výčet léků a dávkování), ordinace různých vyšetření (laboratorní, zobrazovací, plánované zákroky, endoskopie, konzília apod) a zapisují se všechny události . Formulář má na různých odděleních různý obsah, odlišné uspořádání. Pro standardní oddělení je formulář nejčastěji na dobu 7 dní. Na jednotkách intenzivní péče je pro každý den samostatný formulář s úplně jiným uspořádáním

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, konzilia, zákroky-operace ...) aby byl umožněn chronologický přehled v jednotlivých podskupinách s možností sledování trendu výsledků)

### **3) Propuštění nemocného:**

**Souhrnná zpráva o průběhu hospitalizace** obsahuje výběr – někdy dokonce všechny údaje, které byly

**Anamnézy**

**Nález při přijetí**

**Provedená vyšetření** získané během hospitalizace. Obvykle má strukturovanou skladbu:

Začíná obvykle anamnézami, nálezem při přijetí, získané výsledky ... Obvykle se provede setřídění dle jednotlivých podskupin. U laboratorních a jiných vyšetření uvnitř v podskupině je nutné uspořádání 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**

**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