

1 Úvod

Obsah zdravotnické dokumentace určuje vyhláška 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci v návaznosti na zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zdravotnická dokumentace má řadu forem v závislosti druhu poskytnuté péče a z toho plyne i různorodost obsahu. Následující popis se zaměří na společné rysy.

Zdravotnická dokumentace se uchovává pouze po určitou dobu. Postupu při skartaci dokumentace se zabývá poslední část tohoto textu.¹

2 Obsah zdravotnické dokumentace

Povinný obsah zdravotnické dokumentace lze rozdělit na dvě části - informace, které jsou součástí zdravotní dokumentace vždy a na údaje, které vyplývají z toho, čeho se zdravotní dokumentace týká. *Jinak vypadá dokumentace praktického lékaře a jinak rehabilitačního pracoviště.*

2.1 Povinné součásti každé zdravotnické dokumentace

Pro správný obsah zdravotnické dokumentace jsou nezbytné tyto údaje:

- identifikační údaje poskytovatele,
 - jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele,
 - adresa místa poskytování zdravotních služeb v případě fyzické osoby,
 - obchodní firma nebo název poskytovatele, adresa sídla nebo adresa místa podnikání v případě právnické osoby,
 - identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
 - název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení poskytovatele takto členěno.
- identifikační údaje pacienta,
 - jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta,
 - datum narození, rodné číslo, je-li přiděleno, nebo číslo pojištěnce,
 - kód zdravotní pojišťovny,
 - adresa místa trvalého pobytu.
- pohlaví pacienta,
- jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace
- datum (popř. i čas) provedení zápisu do zdravotnické dokumentace,
- datum a čas poskytnutí neodkladné péče nebo návštěvy u pacienta,
- razítko poskytovatele, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít,
- v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče datum a čas přijetí pacienta, ukončení péče o pacienta, přeložení pacienta jinam nebo jeho úmrtí,
- informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a souvisejících okolnostech,

¹ Přílohy č. 2 a 3 vyhlášky 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

- informace o tom, zda jde o pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, neschopného posoudit poskytnutí zdravotních služeb a jejich důsledky,
- klasifikaci pacienta podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, jehož stav vykazuje určitý stupeň částečného nebo úplného omezení či znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí.

2.2 Další součásti zdravotnické dokumentace

Zdravotnická dokumentace může dále obsahovat:

- pracovní závěry a konečnou diagnózu,
- návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,
- záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb,
- záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález,
- záznam o vybavení pacienta, předepsání nebo podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu balení, nebo zdravotnických prostředků včetně množství,
- záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě, včetně druhu dopravního prostředku,
- záznamy o provedené ošetrovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči,
- záznam o provedení očkování, včetně názvu očkovací látky a čísla šarže,
- písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb,
- záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb,
- záznam o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi, včetně odůvodnění a doby trvání,
- stejnopisy lékařských posudků,
- v případě poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb též žádanku vystavenou jiným poskytovatelem,
- záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny,
- záznam o uznání nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti, režimu pojištěnce pro dobu neschopnosti, případně také o kontrolách posudkovým lékařem nemocenského pojištění,
- záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,
- záznam o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, o přijatých opatřeních a o splnění oznamovací povinnosti v souladu s příslušnými právními předpisy.
- výsledky vyšetření ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam,
- písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, které si předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta,

- v případě lůžkové péče souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího léčebného postupu, pokud lůžková péče trvá déle než 7 dnů,
- v případě pracovně-lékařských služeb údaje o obsahu a podmínkách výkonu práce, k níž je zdravotní stav zaměstnance sledován, a to včetně údajů o zařazení jednotlivých faktorů pracovního prostředí do příslušné kategorie, výsledky biologických expozičních testů, dávky ionizujícího záření a další údaje podstatné pro hodnocení vlivu pracovních podmínek na zdraví zaměstnance a dále písemné informace o dosavadním zdravotním stavu nebo o jeho vývoji předané registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství,
- záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených podle jiných právních předpisů, včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto jiných právních předpisů,
- záznamy o výskytu závažných nebo neočekávaných nežádoucích příhod v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, s podáním léčivého přípravku, s použitím zdravotnického prostředku, o podání léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení nebo použití zdravotnického prostředku v rámci klinického zkoušení,
- záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena,
- záznam o hlášení infekční nemoci, podezření na infekční nemoc, úmrtí na infekční nemoc nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

2.3 Náležitosti papírové dokumentace

Papírová dokumentace musí splňovat tyto náležitosti:

- na každém listu musí být uvedeno jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále identifikační údaje poskytovatele, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení,
- pokud jsou její součástí i samostatné části dokumentace, tyto musí obsahovat i údaje, které jsou pro příslušné části dokumentace povinné.

Za provedení zápisu do zdravotnické dokumentace je odpovědný zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.

2.4 Náležitosti elektronické dokumentace

Elektronická zdravotnická dokumentace musí splňovat tyto požadavky:

- každý záznam do zdravotnické dokumentace musí být opatřen elektronickým podpisem,
- výpočetní technika musí být zabezpečena před přístupem neoprávněných osob ke zdravotnické dokumentaci,
- vedení evidence všech přístupů ke zdravotnické dokumentaci včetně jejích oprav, změn a mazání.

3 Vybrané samostatné části zdravotnické dokumentace

Obsah vybraných samostatných částí zdravotnické dokumentace následuje.²

3.1 Výpis ze zdravotnické dokumentace

Výpis ze zdravotnické má obsahovat:

- základní údaje z anamnézy doplněné o údaje nezbytné k účelu, pro který je výpis vydáván,
- informace o posledně zjištěném zdravotním stavu pacienta a rozpis jím užívaných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a používaných zdravotnických prostředků,
- diagnostický souhrn,
- stručné zhodnocení dosavadního vývoje zdravotního stavu pacienta, včetně reakcí na dosavadní léčbu a dynamiky vývoje výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
- další podstatné informace včetně informací z posudkové péče.

3.2 Propouštěcí zpráva (Informace o ukončení jednodenní nebo lůžkové péče)

Propouštěcí zpráva obsahuje:

- stručný údaj o anamnéze a současné nemoci,
- dobu a průběh jednodenní nebo lůžkové péče vystihující, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby,
- hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy,
- záznam o dosavadní léčbě a výsledky provedených vyšetření, které jsou podstatné pro poskytování dalších zdravotních služeb,
- přehled provedených zdravotních výkonů, včetně jejich výsledků a případných komplikací,
- doporučení k poskytnutí potřebných zdravotních služeb, včetně léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péče a doporučení dietního režimu, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené poskytovateli, který bude další zdravotní služby poskytovat, a doporučení pro posudkovou zdravotní péči.

Předběžná propouštěcí zpráva obsahuje:

- základní údaje o průběhu hospitalizace,
- hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy,
- stručný záznam o dosavadní léčbě, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péči, dietním režimu, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, jimiž je pacient vybaven,
- doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb.

² Příloha č. 1 vyhlášky 98/2012 o zdravotnické dokumentaci

3.3 Dokumentace ošetrovatelské péče

Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje:

- ošetrovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta,
- ošetrovatelský plán, ve kterém se uvede:
 - popis ošetrovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetrovatelských diagnóz,
 - stanovení předpokládaných ošetrovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta; podle povahy ošetrovatelského výkonu se uvede též časový údaj o jeho provedení,
 - hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu.
- průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta,
- ošetrovatelskou propouštěcí nebo překladovou zprávu s doporučením k další ošetrovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů; může obsahovat doporučení k dalším ošetrovatelským postupům; ošetrovatelská překladová zpráva se zpracuje pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb.

3.4 Lékařský posudek

Lékařský posudek obsahuje vždy:

- identifikační údaje

a/ posuzované osoby v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince,

b/ poskytovatele, jehož jménem posuzující lékař lékařský posudek vydal, a to identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, adresa sídla nebo místa podnikání, razítko poskytovatele,

c/ lékaře, který posudek jménem poskytovatele vydal, a to jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis lékaře,

d/ pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku,

- účel vydání posudku,
- posudkový závěr,
- poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání,
- datum vydání posudku,
- datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěného zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost, nebo pokud tak stanoví jiný právní předpis.

4 Uchovávání zdravotnické dokumentace³

Obecné zásady při uchovávání zdravotnické dokumentace:

- Poskytovatel vede a uchovává zdravotnickou dokumentaci a zajišťuje posouzení potřeby zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb (dále jen „posouzení potřeby“) pro účely jejího vyřazení a zničení nebo dalšího

³ § 5 a příloha č. 2 vyhlášky 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

uchování. Totéž platí pro příslušný správní orgán, který podle zákona o zdravotních službách převzal zdravotnickou dokumentaci.

- Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se vyřazovacím znakem „S“; pokud není jiným právním předpisem nebo v příloze č. 3 této vyhlášky⁴ stanoveno jinak. V případě převzetí zdravotnické dokumentace příslušným správním orgánem se běh lhůt pro dobu uchování podle přílohy č. 3 této vyhlášky nepřerušuje.
- Doba uchování zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním poskytovatelem počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.
- Pokud zdravotnická dokumentace nebo její části vedené o pacientovi svým zařazením nebo věcným obsahem podléhají několika lhůtám pro její uchování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, doba uchování a vyřazovací znak se určí vždy podle nejdelší doby uchování.

Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotních služeb nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí doby uchování vyřazena a navržena ke zničení.

Doba uchování zdravotnické dokumentace je doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovat u poskytovatele pro účely poskytování zdravotních služeb. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zničena.

Odborný dohled nad posouzením potřebnosti zdravotnické zajišťuje minimálně tříčlenná komise, složená ze zdravotnických pracovníků, které jmenuje a odvolává poskytovatel. Poskytovatel s méně než 10 zdravotnickými nebo jinými odbornými pracovníky komisi nezřizuje.

Při posouzení potřebnosti dokumentace nebo její části se postupuje takto:⁵

- Posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace se provádí za celého poskytovatele, a to ve lhůtách určených poskytovatelem, nejméně však jedenkrát za 3 roky.
- Předmětem posouzení potřebnosti je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula doba uchování. Bez posouzení skutečností rozhodných pro uplynutí lhůty stanovené pro dobu uchování zdravotnické dokumentace a posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace nelze zdravotnickou dokumentaci zničit.
- Zdravotnická dokumentace se označí vyřazovacími znaky "V" nebo "S" a rozdělí se podle nich do dvou skupin. Vyřazovací znaky mají tento smysl:
 - "S" označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí doby uchování navrhne ke zničení,
 - "V" označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit; u takto označené zdravotnické dokumentace dochází po uplynutí doby uchování uvedených v příloze č. 3 k této vyhlášce k posouzení potřebnosti; části zdravotnické dokumentace již nepotřebné pro další poskytování zdravotních služeb se navrhnou k vyřazení a zničení.
- Doba uchování zdravotnické dokumentace může být prodloužena, nejméně vždy o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění poskytování zdravotních služeb.

⁴ Příloha č. 3 vyhlášky 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci

⁵ Příloha č. 2 vyhlášky 98/2012 Sb. O zdravotnické dokumentaci

- U zdravotnické dokumentace skupiny "V" posoudí příslušný vedoucí zdravotnický pracovník nebo jím pověřený zdravotnický pracovník, která část bude navržena k vyřazení a které části bude prodloužena doba uchování. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní služby vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.
- Pověřený zdravotnický pracovník vypracuje návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace, který obsahuje identifikační údaje poskytovatele, včetně uvedení pracoviště, je-li jeho zdravotnické zařízení takto členěno, identifikační údaje pověřeného zdravotnického pracovníka, který návrh vypracoval.
- K návrhu na vyřazení zdravotnické dokumentace se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. V závěru seznamu se uvede zdravotnická dokumentace s vyřazovacím znakem "V" s návrhem na její rozdělení na část navrženou k vyřazení a na část, jíž se prodlouží doba uchování.
- Návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace podepíše pověřený zdravotnický pracovník.
- Pokud je poskytovatel veřejnoprávním původcem podle zákona o archivnictví⁶, postoupí návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace společně se seznamem zdravotnické dokumentace k vyřazení příslušnému archivu k výběru archiválií mimo skartační řízení. Vybrané archiválie předá poskytovatel archivu a vyjme je z návrhu na vyřazení zdravotnické dokumentace i ze seznamu zdravotnické dokumentace k vyřazení.
- Komise posoudí návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace a potvrdí ho, popřípadě navrhne, kterou zdravotnickou dokumentaci je třeba nadále uchovat a prodloužit její dobu uchování. Při tom zohlední výsledky výběru archiválií provedeného mimo skartační řízení. Návrh předloží poskytovateli.
- Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině "S" bude zničena.

Obdobně se postupuje v případě zdravotnické dokumentace vyřazované příslušným správním orgánem, který zdravotnickou dokumentaci podle zákona o zdravotních službách převzal s tím, že členem komise, kterou jmenuje a odvolává příslušný správní orgán, je nejméně jeden lékař, který též provádí činnosti pověřeného zdravotnického pracovníka.

5 Doby uchování zdravotnické dokumentace nebo jejích částí⁷

Následující tabulka uvádí termíny skartace u vybraných druhů péče:

Druh péče	Termín skartace
Zdravotní péče poskytovaná registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví - S	10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta
Ostatní ambulantní péče - S	5 let po posledním vyšetření pacienta
Dispenzární péče - V	10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta

⁶ § 3 odst. 1 zákona č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě ve znění zákona č. 190/2009 Sb.

⁷ Příloha č. 3 vyhlášky 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

Druh péče	Termín skartace
	100 let od data narození dialyzovaného pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta
	100 let od data narození pacienta, který je podle jiného právního předpisu ⁸ nosičem infekčního onemocnění nebo 10 let od úmrtí pacienta.
Zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s ochranným léčením - S	100 let od data narození pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta
Lůžková péče - S	40 let od poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta
Jednodenní péče - S	15 let od posledního poskytnutí péče nebo 10 let od úmrtí pacienta
Lázeňská léčebně rehabilitační péče -S	10 let od ukončení péče
Pracovně-lékařské služby	100 let od data narození pacienta s uznanou nemocí z povolání nebo 10 let od jeho úmrtí, pokud dále není stanoveno jinak
	15 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání nebo 10 let od úmrtí, pokud dále není stanoveno jinak
	10 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající práci kategorie první nebo druhé ⁹ nebo 10 let od úmrtí této osoby
	15 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci nebo 10 let od úmrtí této osoby
	40 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu jiného právního předpisu ¹⁰ nebo 10 let po úmrtí této osoby
	u zaměstnance kategorie A ¹¹ alespoň do dosažení věku 75 let, vždy však po dobu nejméně 30 let po ukončení pracovní činnosti v kategorii A
	30 let od vzniku pracovního úrazu spojeného s hospitalizací přesahující 5 kalendářních dnů nebo 10 let po úmrtí osoby, která utrpěla takový úraz
	10 let od vzniku ostatních pracovních úrazů
Lékařské předpisy označené modrým pruhem a jejich průpisy - S	Stanoveno jiným právním předpisem upravujícím zacházení s návykovými

⁸ § 53 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění zákona č. 274/2003 Sb.

⁹ zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění zákona č. 274/2003 Sb.

¹⁰ § 40 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb.

¹¹ Vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně, ve znění vyhlášky č. 499/2005 Sb.

Druh péče	Termín skartace
	látkami ¹²
Výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření - S	5 let od provedení vyšetření.
Žádanka - S	5 let od provedení vyšetření - týká se poskytovatele, který poskytl vyžádanou zdravotní službu.

Tab. 1 Termíny skartace u vybraných druhů péče

¹² § 33 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění zákona č. 117/2000 Sb. a zákona č. 362/2004 Sb.