

Zdravotnická dokumentace



Legislativa

- Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- **Vyhláška č. 385/2006 o zdravotnické dokumentaci,**
- Vyhláška č.64/2007 o zdravotnické dokumentaci
- **Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích**
- Vyhláška č.336/2004 Sb., o zdravotnických prostředcích
- Vyhláška č.11/2005 Sb., kterou se stanoví druhy zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem pro uživatele nebo třetí osoby a o sledování těchto prostředků po jejich uvedení na trh
- Zákon č. 117/2000 Sb., o návykových látkách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Stavovský předpis ČLK č. 10 – Etický kodex

Dokumentace vždy obsahuje

- Název ZZ, jeho sídlo, IČO, název oddělení, telef.číslo
- Jméno pacienta, RČ, datum narození, adresu, jméno zdravotníka, který záznam proved
- Jméno osoby, jimž lze sdělovat informace
- Datum provedení zápisu, v případě poskytnutí neodkladné péče i časový údaj
- Razítko ZZ – zprávy

Dokumentace vždy obsahuje

- Ústavní péče – datum a čas
- Přijetí pacienta do ÚP
- Ukončení ÚP
- Přeložení pacienta do jiného ZZ
- Předání do ambulantní péče
- Úmrtí pacienta

Dokumentace vždy obsahuje

- V případě odmítnutí zdravotní péče ZZ nebo ZP nebo pacientem datum a čas odmítnutí, důvod odmítnutí u ZZ a ZP; v případě odmítnutí pacientem také jeho písemné prohlášení, svědek
- Informace o významných okolnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče – RA
- Informace o současném zdravotním stavu - NA

Dokumentace vždy obsahuje

- Diagnostickou rozvahu
- Konečnou dg., návrh dalšího postupu, informace o průběhu léčení
- Záznam o rozsahu poskytnuté zdravotní péče
- Záznam o:
 - Předepsání léků
 - Podání léků, potravin, včetně podaného množství, v případě podání trans. přípravku jednoznačně identifikující kód, datum a podpis zdravotnického pracovníka, který lék nebo TP podal

Dokumentace vždy obsahuje

- Vybavení pacienta léčivými přípravky, včetně množství
- Vybavení pacienta zdravotnickými prostředky od ZZ
- Záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu
- Záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu,
- Záznam o provedení očkování, včetně názvu očkovací látky a šarži
- Písemný souhlas pacienta nebo zákonného zástupce s poskytováním vyšetřovacího nebo

Dokumentace vždy obsahuje

- Záznam o použití omezovacích prostředků a o nahlášení této skutečnosti soudu
- Kopie informací o pacientovi předávaných v listinné podobě
- Záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace
- Záznam u zahájení či ukončení pracovní neschopnosti

Součástí ZD vedené o pacientovi jsou:

- Výsledky vyšetření, včetně digitálních či audiovizuálních
- Zprávy z jiných ZZ
- Překladové zprávy
- V případě lůžkové péče – dekurz, objektivní nález, epikríza 1x za 7 dnů,

Na každém listu:

- Jméno, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, název ZZ, název oddělení

Samostatné části

- Minimální obsah
- Lékař primární zdravotní péče
- Vyžádání další zdravotní péče
- Informace o provedeném vyšetření (lékařská zpráva/nález)
- Informace o propuštění z ústavní péče (propouštěcí zpráva)
- Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu
- Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu
- Záznam o souhlasu s poskytováním informací
- Lékařský posudek

Samostatné části

- Dokumentace LSPP (kniha denních záznamů)
- Dokumentace ošetrovatelské péče

Ošetrovatelská dokumentace

- Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje:
 - a) Ošetrovatelskou anamnézu pacienta, a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu;
 - b) Ošetrovatelský plán, v němž zejména uvedou
 1. popis ošetrovatelského problému a stanovení oš. dg. pacienta,
 2. Postupy poskytování oš.péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí oš.péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů oš.péče, včetně poučení pacienta,
 3. Hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče,
 4. Změny oš.plánu,

Ošetrovateľská dokumentace

C) ošetrovateľskou propoušťačím zprávu nebo doporučení k dalšímu oš.postupu v prípade předání pacienta do další ošetrovateľské péče, v níž zejména uvede

1. Shrnutí ošetrovateľské anamnézy,
2. Aktuální údaje o poskytnuté oš.péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,
3. Aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,
4. Záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovateľské péče při propouštění z ústavní péče.

Oš.propoušťačím zpráva se nevypracovává, je-li o

Zdravotnická dokumentace

- Skartační řád
- Skartační plán

Zdravotnická dokumentace v praxi

Proč

- Zdravotní stav pacienta a jeho změny
- Průběh diagnostiky, léčky i ošetřování
- Dokumentace odráží stěžejní kroky procesu zdravotní péče (např. informovaný souhlas)
- Forézní důvody
- Podklad pro úhradu

Vlastnosti

- Optimalizována
- Standardizována
- Řádně, pravdivě
- Včasně
- Průkazně
- A čitelně vedena

Formální požadavky

- Zdravotnická dokumentace musí být vedena:
 - Systematicky – časová posloupnost, časové údaje
 - Včas – záznam v reálném čase, zachování kontinuity
 - Komplexně – lékařská, ošetrovatelská, psychologická, fyzioterapeutická – soulad
- „Co není psáno, není uděláno“!

Srozumitelně – shodná/definovaná formální stránka

Pravdivě a čitelně

Oblast příjmu

- Přijímací lékařská zpráva obsahuje:
 - ▣ Anamnéza dle odbornosti
 - ▣ Zhodnocení subjektivních obtíží pacienta
 - ▣ Zhodnocení případných předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
 - ▣ Objektivní fyzikální vyšetření dle odbornosti
 - ▣ Diagnostickou rozvahu
 - ▣ Návrh léčebného postupu, doporučení
 - ▣ Edukaci/informování pacienta

Předběžná propouštěcí lékařská zpráva

- Identifikace pacienta
- Doba hospitalizace
- Základní údaje o průběhu hospitalizace
- Hlavní diagnózu a vedlejší diagnózy
- Stručný záznam o dosavadní léčbě, včetně uvedení léčivých přípravků a ZP
- Doporučení dalšího postupu po propuštění z ústavní péče
- Jmenovka a podpis lékaře, který zprávu zpracoval

Definitivní propouštěcí /překladová zpráva

- Identifikační údaje pacienta
- Stručný údaj o anamnéze, současné nemoci
- Doba a důvody hospitalizace
- Diagnostický souhrn
- Významné výsledky provedených vyšetření a výkonů
- Použité léčivé přípravky, ZP
- Popis zdravotního stavu pacienta při propuštění
- Doporučení pro přebírajícího lékaře
- U překladu čas, jméno lékaře, se kterým byl překlad dohodnut a způsob transportu pacienta
- Identifikace a podpis lékaře, razítko ZZ

Chyby - obecně

- Části dokumentace nejsou identifikovány ZZ
- Nečitelné zápisy
- Nelze identifikovat autora zápisu, chybí jmenovky a podpisy
- Chybí uvedení času záznamu, tam kde je to povinné
- Části zápisů jsou přelepovány
- Části dokumentace jsou vleповány bez identifikačních znaků
- Části zápisu jsou při opravách znehodnoceny a jsou nečitelné
- Část dokumentace je uložena odděleně (operační sály, rehabilitace)
- Nejsou dodržovány vnitronemocniční předpisy o vedení dokumentace!

Primářská vizita

- Čitelnost

VIZITA LEKARĚ

Zápis z vizity		Vyšetření + ocběry					
11222 TRN-2 d. 10.	<table border="1"> <tr> <td>HO a 10mg 1 amp. ✓</td> <td>HO a 10mg 1 amp. vč. 12⁰⁰ ✓</td> <td>HO a 10mg 1 amp. vč. 18⁰⁰ ✓</td> <td>HO a 10mg 1 amp. vč. 24⁰⁰ ✓</td> </tr> </table>	HO a 10mg 1 amp. ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 12 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 18 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 24 ⁰⁰ ✓	Pon. klau 4x 200 mg (6, 12, 18, 24) P. Povol	
HO a 10mg 1 amp. ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 12 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 18 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 24 ⁰⁰ ✓				
Primářská vizita Podstata nemoci nezná; ne detekována. Oj. vstup. s.j. 4700. P. Povol							
d. 10.	<table border="1"> <tr> <td>HO a 10mg 1 amp. ✓</td> <td>HO a 10mg 1 amp. vč. 12⁰⁰ ✓</td> <td>HO a 10mg 1 amp. vč. 18⁰⁰ ✓</td> <td>HO a 10mg 1 amp. vč. 24⁰⁰ ✓</td> </tr> </table>	HO a 10mg 1 amp. ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 12 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 18 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 24 ⁰⁰ ✓	Pon. klau 4x 200 mg (6, 12, 18, 24) P. Povol	
HO a 10mg 1 amp. ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 12 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 18 ⁰⁰ ✓	HO a 10mg 1 amp. vč. 24 ⁰⁰ ✓				

Chyby – příjem

- Anamnéza není dostatečná („Anamnéza nevýznamná“)
- Chybí čas zápisu, podpis
- Při přijetí chybí plán dg. a léčebné péče

Chyby - průběh

- ❑ Chybí pravidelné záznamy o zdravotním stavu pacienta
- ❑ U hospitalizací delších než 1 týden chybí epikríza
- ❑ Není vedena ošetřovatelská dokumentace – ošetřovatelský proces
- ❑ Chybí záznamy o realizaci ošetřovatelské péče v souvislosti s plánem péče a stanovenými oš. dg.
- ❑ Chybí záznamy o poučení pacienta (hospitalizované matky)
- ❑ Je rozpor mezi lékařskou a ošetřovatelskou dokumentací
- ❑ Záznamy do dokumentace jsou prováděny neoprávněnými osobami – učitelky odborné praxe
- ❑ Průběh hospitalizace lze vést v el. podobě – nutno upravit frekvenci tisku takto vedené dokumentace



PLÁN OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE PNEUMOLOGICKÁ KLINIKA 1. LFUK



DG1: HYPERTEMIE

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
z důvodu:	<input type="checkbox"/> snížení TT v mezik. smy	<input type="checkbox"/> udržet přírůstek ↑TT	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> základního onemocnění	<input type="checkbox"/> ↓TT o °C/2h	<input type="checkbox"/> provádět pravidelný měření TT	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> Pneumokok	<input type="checkbox"/> nem. bude v sady, dostatečně zvlhčen	<input type="checkbox"/> dle příkazu na dostatečný příjem tekutin, sach. přísada	<input type="checkbox"/> žít
<input type="checkbox"/> infekce		<input type="checkbox"/> informovat lékaře o ↑TT	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
<input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> podř. antipyretika	Sestřiv/ů (dne):
		<input type="checkbox"/> sleduj účinek léku	Ukončiv/ů (dne):

DG2: ZMĚNY FF

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
<input type="checkbox"/> TK	<input type="checkbox"/> normální až fyz. hodnoty	<input type="checkbox"/> sleduj FF, prováděj proc. měření dle ordnance lékaře	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> hypertenze	<input type="checkbox"/> důslední hemodynamické stability	<input type="checkbox"/> příjem nem. se monitor, v případě systol. hodnoty >160	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> hypotenze		<input type="checkbox"/> zadržet příjem ENK	<input type="checkbox"/> žít
<input type="checkbox"/> TF		<input type="checkbox"/> sleduj orientaci, vědomí, P-V, krevní tlak, stav sliznic	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
<input type="checkbox"/> tachykardie		<input type="checkbox"/> měřiv pohotovosti pacientky le KPR	
<input type="checkbox"/> bradykardie		<input type="checkbox"/> podporuj ochlazení povrchu těla (lysůbka, snížení, ledová)	
<input type="checkbox"/> arytmie		<input type="checkbox"/> sleduj účinnost ord. léku	Sestřiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> TT			Ukončiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> hypertenze			

DG3: PORUCHA SPÁNKU

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
z důvodu:	<input type="checkbox"/> nem. bude mít fyzikální spánek	<input type="checkbox"/> před spaním vyprázdnit a upravit tělo	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> změny prostředí	<input type="checkbox"/> normální spánek (6. hod.)	<input type="checkbox"/> zajistí klid na pokojí a odd.	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> nadměrného hluku, osvětlení, pachů	<input type="checkbox"/> zajistí si správnou hygienu spaní	<input type="checkbox"/> zajistí nem. před spaním hygienu a vyprázdnění	<input type="checkbox"/> žít
<input type="checkbox"/> onemocnění pohybu na lůžku, pocit, teplota	<input type="checkbox"/> nem. se po probuzení cítí odpočívá	<input type="checkbox"/> pokud se nem. zhorší přijde ho strach a izolaci	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
<input type="checkbox"/> bolesti	<input type="checkbox"/> nem. nemá problém s pohybovaním během noci	<input type="checkbox"/> uklidňuj nem. přes dva čísel.	
<input type="checkbox"/> dráždění kůže	<input type="checkbox"/> sleduj intenzitu kůže	<input type="checkbox"/> dle ord. lékaře podř. nem. hygienika, pupi, analgetika	Sestřiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> častéko uškákní noží		<input type="checkbox"/> sleduj účinek léku, podř. analgetika	Ukončiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> stádná, křehost		<input type="checkbox"/> zajistí dostatek tekutin	
<input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> zajistí le límec na spaní	

DG4: PORUCHA DÝCHÁNÍ, NEDOSTATEČNÁ PRŮCHODNOST CD

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
zhoršení z důvodu:	<input type="checkbox"/> nem. dostane vřidného dých.	<input type="checkbox"/> zvl. vhodné polohy	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> bronchiální tek. vylučov. drážd.	<input type="checkbox"/> nem. bude mít dostatečné oksy. tlak.	<input type="checkbox"/> podř. zvlhčov. O2 dle ord. lékaře	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> plicní embolie	<input type="checkbox"/> nem. bude mít průchodnost CD	<input type="checkbox"/> vhodné sedky z DVD	<input type="checkbox"/> žít
<input type="checkbox"/> CHOPN, astma	<input type="checkbox"/> RP, spicometrie kudej přijatelným rozmezí	<input type="checkbox"/> sleduj vřidlivá spita	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
<input type="checkbox"/> snížená síla	<input type="checkbox"/> nem. bude samostatně vykonávat hlavy	<input type="checkbox"/> sleduj FF, vědomí, oxysaturaci	
<input type="checkbox"/> operace, úrazy	<input type="checkbox"/> odstranění tekutin	<input type="checkbox"/> podř. léky a náhrada dle ord. lékaře a sleduj účinek léku	
<input type="checkbox"/> tracheostomie		<input type="checkbox"/> podř. nem. křid, ovládnutí nem.	Sestřiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> kašel		<input type="checkbox"/> pokud, dřenit	Ukončiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> zajistí dostatek tekutých tekutin	

DG5: BOLEST – AKUTNÍ A CHRONICKÁ

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
z důvodu:	<input type="checkbox"/> odstranění bolesti	<input type="checkbox"/> sleduj lokalizaci, dobu trvání, charakter a stupeň bolesti	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> zavedení dráhy ke pokračování doty	<input type="checkbox"/> snížení bolesti o st/2 h	<input type="checkbox"/> proved' záznam do knihy bolesti (3x/dě)	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> zákl. onemocnění	<input type="checkbox"/> nem. verbalně popisuj bolest	<input type="checkbox"/> int. o úroveň bolesti	<input type="checkbox"/> žít
<input type="checkbox"/> operace	<input type="checkbox"/> nem. rozumí příčině bolesti	<input type="checkbox"/> sleduj nevědomí propory	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
<input type="checkbox"/> jiné:		<input type="checkbox"/> podř. analgetika dle ordnance lékaře	Sestřiv/ů (dne):
		<input type="checkbox"/> sleduj účinek léku	Ukončiv/ů (dne):
		<input type="checkbox"/> věnuj pozornost psych. stavu nem.	

DG6: PORUCHA HYDRATACE

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
z důvodu:	<input type="checkbox"/> udržení objemu tekutin na optimální úrovni	<input type="checkbox"/> zvl. snížené tekutiny přijímající k rehydrataci	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> dehydratace		<input type="checkbox"/> sleduj aktivní stravy	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> zvýšení obj. tekutin (moly)		<input type="checkbox"/> sleduj FF, P-V, vědomí, křid, hodnot, kožní turgor, stav sliznic	<input type="checkbox"/> žít
		<input type="checkbox"/> při zhoršení zajistí podř. vhodnou polohu, vřidlivá DD	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
		<input type="checkbox"/> zajistí časté mobilizaci	Sestřiv/ů (dne):
		<input type="checkbox"/> sleduj frekvenci příjmu, zvracení, odpad z dráhy, kmitání	Ukončiv/ů (dne):
		<input type="checkbox"/> sleduj teplotu na pokoji	

DG7: PORUCHA VYPRÁZDŇOVÁNÍ MOČE

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
z důvodu:	<input type="checkbox"/> zabrazení vzniku moč. infekce	<input type="checkbox"/> sleduj P-V (24 dráhy), barva a pH moči v moči	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> infekce	<input type="checkbox"/> dostatek fyzik. zvlhčov. vyprázdnění moči	<input type="checkbox"/> zajistí soukromí při vyprázdnění	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> infekce		<input type="checkbox"/> posiluj přirozené reflexy vyprázdnění	<input type="checkbox"/> žít
<input type="checkbox"/> dráždivé látky vykon		<input type="checkbox"/> dle příkazu přijímaj. plicníkové katalýzy	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
<input type="checkbox"/> anatomické vřidky		<input type="checkbox"/> dle ord. dost. hygienika	
<input type="checkbox"/> neurologického postižení		<input type="checkbox"/> dopravit v době odř. pan zpravení k přeměně drá	Sestřiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> zavedení katétru		<input type="checkbox"/> dle ord. lékaře zajistí výměnu katétru, pravidelně vyšetř. uskrti	Ukončiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> inkontinence		<input type="checkbox"/> zajistí RHB	

DG8: PORUCHA VYPRÁZDŇOVÁNÍ STOLICE

Ošetrovatelský problém	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelský plán	Hodnocení péče
z důvodu:	<input type="checkbox"/> nem. se vypo. pravidelně	<input type="checkbox"/> zvl. frekvenci a charakter por. přiměsí	<input type="checkbox"/> uplatň
<input type="checkbox"/> změny prostředí	<input type="checkbox"/> nem. se vypo. min. 1x/48h.	<input type="checkbox"/> uklidňuj nem. na lůžku	<input type="checkbox"/> řídit se
<input type="checkbox"/> málok napr. defekace	<input type="checkbox"/> stolice je formovaná bez patolog. přiměsí	<input type="checkbox"/> zajistí RHB	<input type="checkbox"/> žít
<input type="checkbox"/> špatných dietních návyků	<input type="checkbox"/> nem. přijímá ve stravě dostatek vlákniny	<input type="checkbox"/> dopravit podř. prostřed.	<input type="checkbox"/> pokračovat v intenzivní
<input type="checkbox"/> nedostatek soukromí	<input type="checkbox"/> nem. má dost. pohyb	<input type="checkbox"/> zvl. příjem tekutin o nem. min. 2 l/24h.	
<input type="checkbox"/> špatná poloha při defekaci	<input type="checkbox"/> nem. je informován o vedl. úskalích léku	<input type="checkbox"/> v případě defekace na pokoji zajistí soukromí	Sestřiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> slabost břišních svalů		<input type="checkbox"/> o léčbě nem. hygienika	Ukončiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> stres, deprese		<input type="checkbox"/> při neúspěchu informovat lékaře	
<input type="checkbox"/> užívání léků		<input type="checkbox"/> podř. kaotika dle ord. lékaře	Sestřiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> horečka		<input type="checkbox"/> sleduj účinek léku	
<input type="checkbox"/> snížení motility trávicího ústrojí		<input type="checkbox"/> proved' záznam do dokumentace	Sestřiv/ů (dne):
<input type="checkbox"/> jiné:			Ukončiv/ů (dne):

Chyby průběh

- Není sledován nutriční stav, bolest
- Chybí evidence zdravotnických přístrojů na JIP
- Chybí ošetřovatelská překladová zpráva
- Chybí podpisy sester při předání služby
- Vedení dokumentace pouze v češtině

Chyby

- Vlepování částí dokumentace

Datum	Zápis z vizity	Statimy				
	<p>Kód poj.: 111 Bydliště: _____ Fakultní Thomayerova nemocnice</p> <p>Dat. přij.: 23.09.07 Č. chor.: 027161/07</p> <p>Epikríza: Nemalobuněčný BCA I. sin s invazí do hrudní stěny a solitární meta v CNS - st.p. ozáření na Lekselově gamma noži 6.8.07 NNH a 17.9.07 Nyní přijat pro progresi bolesti, dušnosti, nově sy HDZ. Terapie symptomatická</p>					
28/9	<table border="1"><tr><td>MO 10mg 1 ang. v 6.00</td><td>MO 10mg 1 ang. v 12h</td><td>MO 10mg 1 ang. v 18h</td><td>MO 10mg 1 ang. v 24h</td></tr></table> <p>užívá upřesně & HDZ krev chybí, lymfocyty lyso. na DLE štěstí, ke vzhledu DLZ v 01</p>	MO 10mg 1 ang. v 6.00	MO 10mg 1 ang. v 12h	MO 10mg 1 ang. v 18h	MO 10mg 1 ang. v 24h	MO 10mg 6, 12, 18, 24h
MO 10mg 1 ang. v 6.00	MO 10mg 1 ang. v 12h	MO 10mg 1 ang. v 18h	MO 10mg 1 ang. v 24h			

Chyby - výsledky

- Přepisování výsledků do tzv. výsledkových listů
- Výsledky nejsou autorizovány laboratořemi



Chyby - podávání léků a krve

- ❑ Zkratky léků
- ❑ Chybí forma léku
- ❑ Chybí způsob aplikace
- ❑ Zápis „léky u sebe“!
- ❑ Chybí označení času aplikace u infuzí
- ❑ Není jednotný záznam o ne/podání léku
- ❑ Nelze zjistit kdo lék ordinoval, kdo jej aplikoval
- ❑ Jsou přepisovány ordinace anesteziologů sestrami
- ❑ Chybí podpis lékaře u záznamu o transfuzi
- ❑ Ordinace nejsou aktuální (ranní léky podle včerejší ordinace)





Klinika / oddělení:

ZÁZNAM KREVNÍ TRANSFÚZE

Záznam č.:

štítek

Krevní skupina:

Rh faktor:

Poznámky:

Datum podání:	Pořadí:	Druh krevního přípravku:			
Číslo konzervy:		KS konzervy:	Vyrobil:		
Druh převodu:	<input type="checkbox"/> plánovaný	<input type="checkbox"/> statim	<input type="checkbox"/> z vitální indikace		Kód pojišťovny:
ZÁZNAM O TRANSFÚZI					
transfúze zahájena:			transfúze ukončena:		
	čas	TK	P	TT	moč
před TSF					podpis sestry:
po TSF					podpis sestry:
Kontrola KS u lůžka pacienta	KS souhlasí			podpis lékaře:	
Biologická zkouška	negativní – pozitivní			podpis lékaře:	

Datum podání:	Pořadí:	Druh krevního přípravku:			
Číslo konzervy:		KS konzervy:	Vyrobil:		
Druh převodu:	<input type="checkbox"/> plánovaný	<input type="checkbox"/> statim	<input type="checkbox"/> z vitální indikace		Kód pojišťovny:
ZÁZNAM O TRANSFÚZI					
transfúze zahájena:			transfúze ukončena:		
	čas	TK	P	TT	moč
před TSF					podpis sestry:
po TSF					podpis sestry:
Kontrola KS u lůžka pacienta	KS souhlasí			podpis lékaře:	
Biologická zkouška	negativní – pozitivní			podpis lékaře:	

Informovaný souhlas

- Chybná forma – obecný formulář, „souhlasím se vším“
- Informovaný souhlas je zpracován současně pro operační výkon, transfuzi i anestezii
- Chybí podpis lékaře, chybí podpis pacienta, chybí datum

附页 5:

布拉格市克尔赤区托马耶尔医学院附属医院

进行输血 (递交输血用血浆补充剂) 同意书

病人姓名: 出生号码:

由医生填写:

所递交的输血用血浆补充剂的种类, 病人 (或者病人代表) 对输血用血浆补充剂必须写出书面同意书。

A) 输血:

B) 自体输血:

(不用的项目请划去, 没有列出的项目请补上)

输血用血浆补充剂是指血液的成分, 它们是在《输血科》配置的, 仅仅起替代作用。医生的决定取决于对病人的诊断和化验室的结论。输血前的诊断包括在递交输血用血浆补充剂之前所采取的一系列的措施、化验室的化验和各种检查, 其目的是为了尽可能地减少因输血而可能产生的副作用 (不良反应)。可能产生副作用的输血概率为 1-2%。

经常发生的副作用 (不良反应):

荨麻疹, 瘙痒, 发寒发热, 高烧, 心跳, 头疼, 呼吸困难, 背痛。

BỆNH VIỆN ĐA KHOA THOMAYEROVA PRAHA 4 KRC

ĐỒNG Ý VỚI VIỆC TIẾN HÀNH TIẾP MÁU/TRUYỀN HUYẾT

Tên bệnh nhân: Số sinh:

PHÂN GHI CỦA BÁC SỸ:

Loại huyết pha chế cần có sự đồng ý của bệnh nhân/của người đại diện pháp luật:

A. TIẾP MÁU:

B. TỰ TIẾP MÁU:

(không hợp gạch đi hoặc điền thêm vào)

Truyền huyết là truyền các thành phần của máu mà chúng đã được pha chế ở các phòng truyền huyết và chúng chỉ thực hiện chức năng thay thế. Để có một quyết định xác đáng, điều kiện cần của người bác sĩ là phải dựa vào việc chuẩn đoán bệnh nhân và các kết quả xét nghiệm.

Việc khám nghiệm trước khi truyền huyết bao gồm nhiều biện pháp như các cuộc thu ở phòng thí nghiệm, các lần kiểm tra trước khi truyền huyết với mục đích hạn chế ở mức tối thiểu các phản ứng bất đặc dị có thể xảy ra. Các phản ứng bất đặc dị này sinh trong quá trình truyền huyết thường từ 1-2%.

Các triệu chứng bất đặc dị biểu hiện sớm (các phản ứng):

mê đay, ngứa ngay, sốt nóng lạnh, sốt cao, tim đập mạnh, đau đầu, khó thở, đau lưng.

Các triệu chứng bất đặc dị biểu hiện muộn:

hình thành những đôi chất bất thường nguy hại các hồng cầu được truyền gây ra nhưng căn bệnh truyền nhiễm.

Tên bác sĩ:

Chu ký của bác sĩ:

Ngày tháng:

PHÂN BỆNH NHÂN /NGƯỜI ĐẠI DIỆN PHÁP LUẬT:

a) Đề nghị quý ông(bà) hay đọc kỹ nội dung văn bản này.

b) Một khi quý ông (bà) hoàn toàn không hiểu nhưng gì mà bác sĩ đã giải thích, hoặc gia khi quý ông (bà) cần giải thích thêm, xin quý ông (bà) đừng ngần ngại, hay hỏi lại.

c) Một khi quý ông (bà) đồng ý với nội dung của văn bản xin hay ký vào.

Tôi, bệnh nhân/ người đại diện pháp luật xin cam đoan rằng tôi đã được bác sĩ trao đổi một cách rõ ràng về những lý do của việc tiếp máu, truyền huyết đã nêu ở trên, tôi cũng đã được lưu ý rõ về những nguy hiểm có thể xảy ra của việc này. Tôi cũng đã được tạo điều kiện để được hỏi thêm bác sĩ và trên cơ sở của những điều cần hỏi đó, tôi đã được trả lời thích đáng.

Trên cơ sở những điều được lưu ý này tôi xin cam đoan rằng tôi đồng ý:

- với việc tiến hành tiếp máu / truyền huyết.

- với bất kể việc gì liên quan mà có thể cần phải làm nếu không sẽ ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của tôi / của người được đo đầu.

Tôi cũng được hiểu một điều rằng:

- việc tiếp máu / truyền huyết không nhất thiết phải là chi trả của người bác sĩ mà người đó hiện đang chữa trị, chăm sóc tôi.

Chu ký của bệnh nhân/của người đại diện pháp luật: Ngày tháng:

Tên của người đại diện pháp luật/ mối quan hệ: Số CMT/ số hộ chiếu:

Operační protokol

- Chybí podpis operatéra
- Chybí uvedení času operačního výkonu
- Chybí záznam o použitých přístrojích, resp. nelze je identifikovat (výrobní nebo inventární číslo – N6 ?!)
- Chybí zápis o použitém SZM (šití, implantáty apod.)



Jméno:
Příjmení:
RČ:
ZP:
Chorobopis č.:

Operační list
Předoperační péče



Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

Datum:

Oddělení:

List č.

Ošetřující lékař / operátor	Předoperační příprava / ordinace	Hodina	Podpis sestry
Podpis :			
Anesteziolog			
Podpis :			

Překládová, propouštěcí zpráva

- Chybí alespoň stručný souhrn anamnézy
- Chybí doporučení dalšího postupu k poskytování zdravotní péče
- Chybí podpis primáře
- Chybí čas ukončení ústavní péče

- List o prohlídce mrtvého – podpisy dvou osob



Klinika / oddělení:
OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA
pro intenzivní péči

štitěk	Hospitalizace od: do:	Překlad kam:	
	Alergie:	Datum:	Hodina:

Vědomí / Spánek

- při vědomí
- neklidný
- zmatený
- v bezvědomí
- jiné:
- záchvaty:
- tlumen
- poruchy spánku:
- opatření:

Kardiovaskulární systém

rytmus:

P / min

TK /

CVP

pacemaker:

Termoregulace

TT °C

opatření:

Invazivní vstupy

centrální žilní katetr den: datum ošetření:

periferní žilní katetr: den: datum ošetření:

arteriální katetr: den: datum ošetření:

jiné: den: datum ošetření:

jiné: den: datum ošetření:

Vyšetření (dnes provedena, odebrána)

Dýchání

Saturace O₂ %

spontánní

nebulizace

- kyslíkové brýle
- maska
- O₂ l/min

UPV

- endotracheální rourka
- tracheostomická kanyla
- velikost: den:
- první intubace:
- ventilační režim:
- FiO₂
- relaxace

odsávání:

inhalace:

Bolest

ano ne

lokalizace:

tlumení bolesti léky

Hydratace / Výživa

PER OS dieta č:
množství: / 24 hod

žaludeční sonda den:
velikost: první zavedení:

na spád
žaludeční obsah:
množství: / 24 hod
výdej od 6⁰⁰ hod:

dieta:
množství:
interval:

enterální sonda den:
velikost: první zavedení:
dieta:
množství: / 24 hod
interval:

zvracení:

Vyprazdňování

Bilance tekutin:

výdej od 6⁰⁰ hod: ml

močení

spontánní

inkontinence

permanentní katetr
velikost: den:

..... den:

stolice

samostatné

inkontinence

jiné:
datum: charakter:

Aplikace léků (aplikovaná od 6 ⁰⁰ hod)							
ATB	čas	INFÚZE, PERFUZORY	čas	I.V. I.M. S.C. TBL.	čas	KREV, PLAZMA	čas

Záznam o úmrtí pacienta v dekurzu

2. 10. 07
7,00 }
Náhlivá srdeční zástava v 4. dnu z generalis.
ca. do EKG změna i dle RT týles, průběhová K.S.
(neživo 80 vy.), doforu. cum' 80 cas nem proveditelná
& dle dle na PS. Prognóza cum. nepříznivá.

Příčina
Ca. 80 lise, bez bli dov' úsmrti,
cm' deho
O₂ ch. cum

Průběh

3. 10. 07	MO a 10my amp. v 6 ⁰⁰ M. N.	HO a 10. my amp. Na ⁺	HO a 10my amp. Na ⁺	HO a 10my amp. Na ⁺	HO a 10my amp. Na ⁺	HO a 10my amp. Na ⁺	HO a 10my amp. Na ⁺

průběh...
10-14-19-22-2

Bezpečnost dokumentace

- Dokumentace je volně uložena na chodbě ve vozíku bez dohledu
- Dokumentace je k dispozici na otevřené inspekci, sestra ani jiný zdravotník není k dispozici
- Dokumentace je bez problémů vydána neoprávněné osobě

Audit zdravotnické dokumentace

- Ověření dodržování obecně platných předpisů
- Ověření dodržování lokální úpravy
- Porovnání stavu mezi jednotlivými typy pracovišť (standard, JIP, sál)
- Porovnání mezi jednotlivými oddělení
- Porovnání mezi ZZ v případě zadání kraje
- Doporučení, sporný výklad