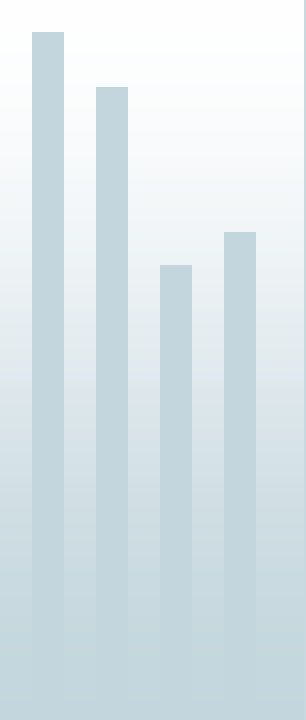




Ošetřovatelská dokumentace





ÚVOD do oš. dokumentace

- je součástí celkové zdravotnické dokumentace o nemocném
- všechna zdravotnická zařízení jsou povinna si ji vést



Zákony v obecné rovině

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v § 67b ukládá zdravotnickým zařízením vést zdravotnickou dokumentaci (zákon nečiní rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací sester a lékařů)
- zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů



Právní předpis stanovuje, obsah

- osobní údaje nemocného v rozsahu nezbytném pro identifikaci nemocného a zjištění anamnézy
- informace o onemocnění nemocného, o průběhu a výsledku vyšetření a dalších významných okolnostech související se zdravotním stavem nemocného a s postupem při poskytování zdravotní péče



Zákony specifické

- Věstníku Ministerstva zdravotnictví
- z roku 1998
- částka 6 je jako metodické opatření vydána Koncepce ošetřovatelství
- je definovaná ošetřovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace



Design oš. dokumentace

Za ošetřovatelskou dokumentaci jsou považovány veškeré:

- písemné
- elektronické
- grafické
- a jiné záznamy, které sestřička pořizuje o oš. péči o pacienta

Je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu.



Obsah oš. dokumentace

Je specifický:

- formou
- obsahem
- strukturou
- a významem



K čemu slouží

Zdroj poskytnutí potřebných informací:

- o potřebách nemocných
- o cílech ošetrovatelské péče
- o péči samotné a jejich výsledcích
- **chronologický přehled o poskytnuté péči pacientovi**
- **nástroj pro hodnocení účinnosti či neúčinnosti různých ošetrovatelských zákroků**
- **jako doklad, že poskytovaná péče byla provedena lege artis**

Zdroj hodnověrných informací pro účely:


- právního vyšetřování,
- zdroj spolehlivých údajů, které mohou být použity pro ošetrovatelský výzkum,
- důležitá kontrola kvality ošetrovatelské péče
- jako doklad pro vyúčtování zdravotní péče



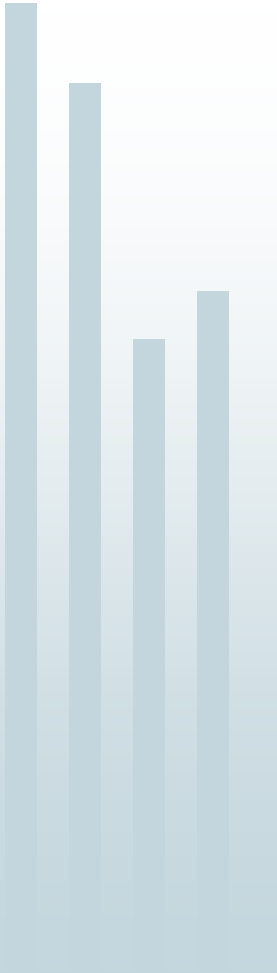
Dobré vedení ošetřovatelské dokumentace

- pomáhá chránit pacienty/klienty tím, že bude zajišťovat:

- standard ošetřovatelské péče;
- kontinuitu péče;
- lepší komunikaci a předávání informací mezi členy víceoborového zdravotnického týmu;
- přesný popis plánu péče a poskytované péče;
- možnost včas vyhledávat možné vznikající problémy, např. změnu stavu pacienta/klienta



Hlavní význam oš. dokumentace

- **není prodlužovat čas** (který sestra věnuje administrativní práci)
 - **ale usnadnit jí ošetrovatelskou péči** na tolik
 - **aby se zaměřila na hlavní problémy pacienta a byla schopna tyto problémy rychle a účelně řešit**
- 



Kritéria pro oš. dokumentaci

- musí vyhovovat potřebám oddělení
- jednoduchá
- přístupná
- kvalitní
- sloužit jako informační zdroj
- nezbytnou součástí ošetřovatelského procesu (poskytování individuální péče)
- umožnit dokumentovat poskytovanou ošetřovatelskou péči
- poskytnout řadu významných informací, které si sestry potřebují mezi sebou předat
- součástí zdravotnické dokumentace



Tvorba formulářů

- musí vycházet z potřeb současného poskytování zdravotní péče
- s respektem na historický vývoj českého zdravotnictví, tradic a zvyklostí
- v souvislosti s novými poznatky



Při tvorbě je nutno respektovat

Formuláře:

- nesmí obsahovat nebo vést ke shromažďování údajů v rozporu s platnými předpisy
- musí shromažďovat pouze údaje potřebné k výkonu ošetrovatelské péče
- nesmí obsahovat údaje, které by mohly vést k diskriminaci některých skupin nemocných
- nemá vést k duplicitě získaných údajů
- vyplňování má být co nejjednodušší
- označení formuláře musí odpovídat jeho obsahu



Při tvorbě formuláře oš.péče je

- brát v úvahu čas, který bude potřebný k jeho řádnému vyplnění a zhodnotit, zda je reálně vyplnitelný
- je nutné pomýšlet také na to, že i tato část dokumentace bude sloužit jako podkladový materiálů při kolizních jednání
- je nutné upozornit na skutečnost, že nedostatečně vyplněné tiskopisy jsou hodnoceny negativně
- je třeba zabránit jakékoli újmě na svých právech (zákon č. 101/2000 Sb.)

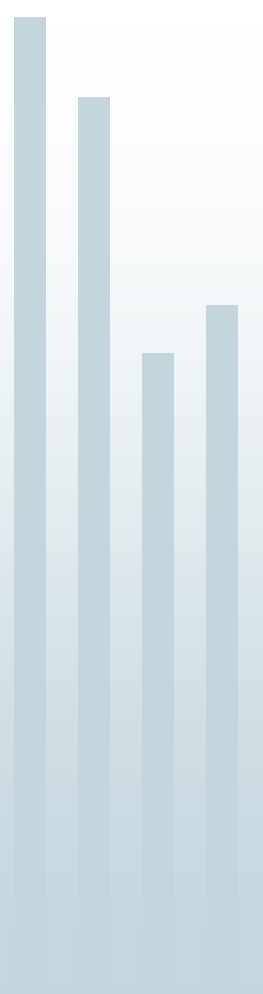


Formy oš. dokumentace

- neexistuje jednotná předloha
- je tvořena komplexním souborem různých předtištěných záznamů a dohromady vytvářejí celkový informační soubor o jednotlivém nemocném
- jednotlivé části mohou tvořit: identifikační údaje, záznam o laboratorních vyšetření o terapii, rehabilitaci, ošetřovatelská péče včetně anamnézy, diagnózy, plány péče, hodnocení

Zásady správné dokumentace

- neměla by být příliš obsáhlá
- srozumitelné
- úplné
- snadno dostupné
- stručné
- čitelné
- bez zbytečných zkratek
- všechny záznamy by měly obsahovat datum, čas a pospis sestry, která zápis provedla





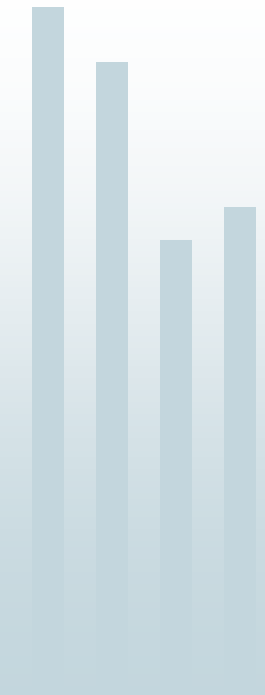
Dokumentování oš. procesu

- dokumentace je sice důležitou součástí tohoto procesu, ale řešení problémů nemocných nezávisí na tom, jak někdo umí psát
- postupné zavádění
- nejprve je důležité zajistit teoretickou přípravu sester na tyto změny



SOUČÁSTI

OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE





Základní ošetřovatelská dokumentace

1. vstupní ošetřovatelský záznam

- ošetřovatelskou anamnézu
- subjektivní hodnocení nemocného sestrou
- objektivní hodnocení pomocí měřících technik



Základní ošetrovatelská dokumentace

2. plán ošetrovatelské péče

- ošetrovatelské diagnózy
- cíle ošetrovatelské péče
- plánování sesterské intervence
- hodnocení efektu poskytnuté péče
- datum zpracování, poskytování a hodnocení péče
- záznam o neplánované situaci či péči
- podpis sestry odpovídající za plán péče a sestry, která péči poskytovala



Základní ošetrovatelská dokumentace

3. vývoj stavu pacienta/ pozorování

- stručné informace o potřebách ošetrovatelské péče zajišťuje její kontinuitu



Základní ošetrovatelská dokumentace

4. překladové - propouštěcí zprávy

- podává informace další sestře, pokud je nemocný přemístěn na jiné pracoviště nebo propuštěn domů



Základní ošetrovatelská dokumentace

5. denní záznamy, hlášení sester

- poskytují důležité informace o:
 - nemocných
 - a chodu oddělení



Hlášení sester

- je formální stránkou a vizitkou oddělení

vhodnou formou upravuje:

- předávání návykových látek, nástrojů, přístrojů

poskytuje důležité informace:

- o nemocných
- a chodu oddělení

HLÁŠENÍ SESTER

Datum:		Počet nemocných:		
Službu - lékař:				
Mimořádné události:				
Kontrola:				
R	1.		Službu	
	2.		Předala:	Převzala:
	3.			
	4.			
O	1.			
	2.			
N	1.			
Příjem:		Propuštění:	Předán na jiné oddělení:	Převzat z jiného oddělení:
			Dovolenka:	Úmrtí:



HLÁŠENÍ POČTU NEMOCNÝCH dne 200.....

Počet lůžek vybavených pro přijetí

Oddělení:

Přijetí		Propuštění		Zemřeli		
1		1		1		
2		2		2		
3		3		3		
4		4		4		
5		5		Pohyb nemocných	Celkem	Z toho
6		6		Star předchozího dne		odst
7		7		Přijetí		
8		8		Převzatí z jiných oddělení		
9		9		Propuštění		
10		10		Zemřeli		
11		11		Převzatí na jiná oddělení		
12		12		Spařené		
13		13				
14		14				
Převzatí z jiných oddělení		Převzatí na jiná oddělení		Povolené vstavení		
1		1		1		
2		2		2		
3		3		3		
4		4		4		

Podpis sestry

Hlášení užívané v počítačové formě na některých odděleních

NOČNÍ HLÁŠENÍ	03. 03.–04. 03. 2003
Večerní ordinace splněny. V noci na oddělení relativní klid.	
OPIÁTY	nepoužity
Klíče:	3x
Předala:	Převzala:

V jiných zařízeních užívají formulář

HLÁŠENÍ SESTER		
Příjmení:	Jméno:	
pac. NOVÁK: rtg. plíc		
Datum:	Denní služba:	Noční služba:

Formulář užívaný v jiných zařízeních

SESTERSKÁ VIZITA		
Datum:		Čas:
Denní služba	Předala:	
	Převzala:	
Noční služba	Předala:	
	Převzala:	
Číslo pokoje:	Jméno pacienta:	

Formuláře pro tvorbu oš. dokumentace

Požadavky:

- praktické s jednoduchou manipulací
- formát by měl odpovídat ostatním dokumentům
- odpovídá konkrétním podmínkám pracoviště
- všichni členové zdravotnického týmu se musí dohodnout, jak a kam se budou jednotlivé informace zaznamenávat

Další formuláře

- liší se dle druhu zařízení a péče
- připojují se k základní dokumentaci
- **jedná se o:**
 - Převzetí svršků pacienta
 - Informované souhlasy
 - Úschova cenností
 - Záznamy o různých ošetrovatelských testech (měření soběstačnosti, bolesti, rizika dekubitů, psychického stavu)
 - Záznam o příjmu a výdeji tekutin
 - Záznam o dietě
 - Záznam diabetika
 - Záznam o perioperační péči
 - Záznam laboratorních výsledků
 - Záznam o poskytování informací a o edukaci,.....





Nesouhlas s oš. výkonem

- zákon č. 20/1966 Sb., 23 odst. 2 stanovuje, že odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si o tom ošetřující lékař písemné prohlášení (negativní revers)





Poučení nemocného o možnosti úschovy cenností

- povinnost o poučení je uložena setře
- možné je tuto skutečnost řešit pomocí předtištěných formulářů, které nemocný podepíše při příjmu nebo je možné do zdr. dokumentace provést otisk razítka tohoto poučení
- součástí poučení je nejen datum a podpis nemocného, ale i sestry



Vlastní úschova cenností

- provádí se soupis všech pacientových cenností (co chce uschovat)
- u šperků je nutno uvést případné poškození
- popis šperků (žlutý a bílý kov)
- u hodinek a jiných elektronických vybavení je nutnou při úschově uvést značku a zda je funkční
- peněžní částku je vhodné vypsát počet jednotlivých bankovek
- za posledním zápisem udělat zámezku



Razítko ústavu

Potvrzení o úschově čis.

Nemocný:

Odd.: rodné číslo

Prádlo, oděv, obuv a jiné	Počet kusů		
	nové	zánov.	staré
Košile - pánská - dámská			
Podvl., trenýrky, dámské kalhoty			
Kombiné, sako			
Kalh. - dlouhé - krátké - pumpky - sukně			
Nátělník - spodnička			
Šaty dámské - halenka			
Svrchník, zimník, plášť			
Čepice - klobouk			
Vesta - svetr			
Zástěra - šatová			
Šátek - šála			
Punčochy - podkolenky - ponožky			
Boty - střevíce - opánky			
Bačkory - pantofle			
Kufr - kabela			

Upozornění pro pacienta: Na pokoj je dovoleno vzít s sebou věc jen nejběžnější potřeby, ale všechny ostatní věci musejí být odevzdány do úschovy. Ústav nehradí poškození, ztrátu nebo odcizení věci, jež nebyla dána do úschovy.

V dnerok.....

.....
podpis přejímajícího

.....
podpis odevzdávajícího

.....
datum výdeje

.....
potvrzení převzetí



Doklad o převzetí šatů

- v písemné podobě nebo na předtištěný formulář v průpisu
- s čitelným vyplněním a popisem svršků
- po vrácení svršků je formulář založen do chorobopisu nebo zůstává v bloku uloženém u staniční sestry



Plán péče o dekubit

- Obsahuje: identifikační znaky nemocného, označení zdravotnického zařízení a oddělení, datum zavedení, ale i vzniku dekubitu + přesný popis ložiska
- Formulář musí být jednoznačný (musí dojít k objasnění vzniku dekubitu)



Formalizace záznamů

- neměly by znamenat pro sestru překážku v práci
- neměly by izolovat činnost od poskytované péče o pacienta
- snaha o formalizaci ošetrovatelských záznamů
- šetří čas





Nejčastější chyby, s kterými je možno se setkat při vedení oš. dokumentace

Ošetrovatelské diagnózy:

- nevystihují stav pacienta při přijetí
- nevypovídají o změně zdravotního stavu pacienta
- se automaticky přepisují i po odeznění problémů
- nejsou seřazeny dle naléhavosti a závažnosti
- chybí plány ošetrovatelské péče
- nedostatečné hodnocení efektivity poskytované ošetrovatelské péče
- nesoulad ošetrovatelských a lékařských záznamů
- neadekvátní edukace
- nedostatky v hodnocení bolesti
- zbytečná duplicita záznamů
- nečitelnost zápisů



Kontrola ošetrovatelské dokumentace

- je v kompetenci vrchní, staniční sestry a primáře
- probíhá kontrola nejen formální, ale i obsahové stránky vedení oš. dokumentace
- na základě přijatých výsledků kontroly přijímat potřebná opatření
- je nutný zápis nejen termíny kontrol, ale také zápis o provedené kontrole



Ochrana osobních dat uvedených v oš. dokumentaci

- Zákon č. 101/2000 Sb., ochraně osobních údajů, v 13 stanovuje, že správce a zpracovatel osobních údajů jsou povinni přijmout taková opatření, aby **nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich záměně, zničení, ztrátě, jakož i zneužití osobních údajů**
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v 55 odst. 2 písmen. d) ukládá zdravotníkům **povinnost zachovávat mlčenlivost** o skutečnostech, o kterých se dověděli v souvislosti s výkonem svého povolání

Vzor zápisu o kontrole provedené v jednom zdravotnickém zařízení

Zápis o kontrole vedení ošetrovatelské dokumentace

Dne byla na chirurgickém oddělení nemocnice

.....
provedena kontrola vedení ošetrovatelské dokumentace.

Kontrolu provedla:

.....
vrchní sestra chirurgického oddělení

.....
hlavní sestra

Ošetrovatelská dokumentace je vedena v souladu se směrnicí
č. 11/2002, vedení ošetrovatelské dokumentace.

Některé záznamy sester psané rukou jsou však špatně čitelné.
Ojedinele nejsou záznamy podepsané sestrou, která záznam provedla. Pokud je uváděno datum, je třeba uvádět i rok.

Nebyly zjištěny opravy ordinací opravným bílým korekčním lakem nebo opravy bez autorizace.

Datum

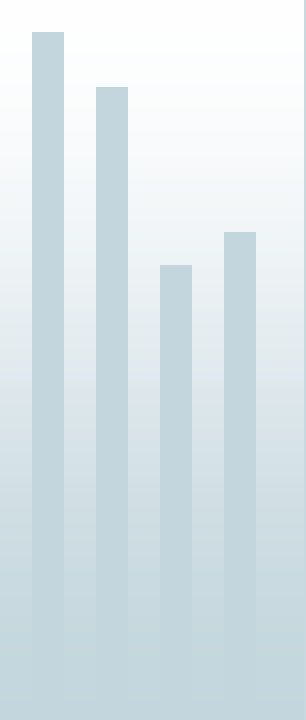
Podpis

Podpis





PROVOZNÍ dokumentace





Obsah provozní dokumentace

- dle zvyklostí oddělení a nemocnice
- slouží ke komunikaci mezi vedením a sestrami

Patří zde:

- Kniha vzkazů
- Kniha evidence návykových látek
- Inventarizace a právní odpovědnost za přístroje a pomůcky
- Evidence správné funkčnosti přístrojů
- Evidence úrazů a jejich ošetření
- Kniha závad
- Evakuační plán – krizové situace
- Telefonní seznam pracovníků a pověřených pracovníků
- Identifikace nemocného a zařazení do rizikové skupiny



Knihá vzkazů

- obsahuje informace spojené s provozem oddělení

Zapisují se sem:

- veškeré mimořádné události, vzniklé na oddělení, jejich odstranění a argumenty, které mohou sloužit k obhajobě sester

Přístup k této knize mají:

- sestry na oddělení
- staniční sestra
- vrchní a hlavní sestra



Evidence návykových látek

obsahuje informace o správném:

- objednávání
- evidenci
- a stávajícím stavu látek na oddělení

Do této knihy sestra zapisují:

- komu
- a kolik bylo návykové látky podáno.

Kontrolu tohoto dokumentu provádí:

- vedoucí pracovníci



Návykové látky

- dokumentace se týká objednávání, uchovávání a záznam o aplikaci
- knihy musí mít číslované stránky
- zápis se provádí nejen každého přírůstku, ale i každého úbytku návykové látky



Razítko ústavu		Číslo listu AB		* 105076	
		Datum předpisu			
Pol.	OBJEDNÁVKA LÉKŮ (zdravot. materiálu)	Kč	h		
Předpisující lékař		Primář oddělení		Razítko dodavatele	
Expedoval (dat., podpis)		Přijal (datum, podpis)			



Užívání razítek

- povinnost chránit před zneužitím
- potřeba razítek se řídí potřebami (dle vlastního návrhu) daných zdravotnických zařízení a oddělení
- nepodléhají evidenci
- jejich užívání musí schválit primář oddělení a vrchní sestra po dohodě s hlavní sestrou



Pověření k aplikaci i.v. injekce

- je nutno k aplikaci ověření
- pověření obsahuje: označení zdravotnického zařízení, oddělení, křestní jméno a příjmení sestry, popř. titul, datum, podpis primáře a vrchní sestry, podpis sestry
- pověření nemusí mít zvláštní univerzální formulář
- pověření musí být dostupné
- archivace je nejméně po dobu 5 let



Nežádoucí příhoda při hospitalizaci

- nežádoucí příhoda = nechtěná událost, vzniká došlo-li k poškození zdraví pacienta, nadměrné požití alkoholu, vzájemné napadení pacientů
- patří zde také ztráta nebo poškození osobních věcí, ztráta peněz
- záznam může mít formu volného záznamu nebo zápisu do formuláře
- obsah: identifikační údaje zdr. zařízení, identifikační údaje nemocného, datum, čas, místo a kde k nežádoucí příhodě došlo, zavinění jinou osobou, dále kdy a koho sestra informovala, kdo nežádoucí příhodu projednal s nemocným, kdo bude informovat rodinu, opatření k nápravě)



Nežádoucí příhoda při hospitalizaci

- musí být vždy proveden zápis
- záznam je věcný, stručný a s co největší vypovídající hodnotou
- musí být sepsán bezprostředně po vzniku příhody a je součástí zdr. dokumentace



Kód pojišťovny		HLÁŠENÍ ÚRAZU nebo jiného poškození zdraví podle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce			
Bydliště (adresa)		PSČ	
Zaměstnavatel, povolání, druh vykonávané práce			
Datum, hod. a místo úrazu		Diagnóza	
Stručný děj a příčiny úrazu, odpovědnost za úraz (podle zjištění u zraněného)			
Ke zranění došlo v důsledku dopravní nehody:		ano - ne - nevím ¹⁾	
Jedná se o úraz:		pracovní - nepracovní - nevím ¹⁾	
Byla zraněnému odebrána krev k prokázání přítomnosti alkoholu či jiné omamné látky:		ano - ne ¹⁾	
Bylo zraněnému vystaveno Potvrzení pracovní neschopnosti:		ano - ne ¹⁾	
Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ústavní péče			
Zraněný byl hospitalizován v našem ZZ počínaje dnem:			
¹⁾ nehodí/ se škrtněte!			
Vystavit:			
Dne:			
podpis a razítko zdravot. zařízení			

Vyplněný listopis zašlete příslušnému územnímu pracovišti ÚZP pro účely náhrady nákladů poskytnuté zdravotní péče. Podrobnost poskytl toto hlášení učiněné sdávanosti § 20 zákona č. 481/2007 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

ÚZP-002009



Ostatní zdravotnická dokumentace

- rozumíme veškerou papírovou i elektronickou dokumentaci o hospitalizaci nemocného

Obsahuje:

- základní údaje o pacientovi (údaje anamnestické získané od pacienta, doprovodu, jiných zdravotnických pracovníků)
- údaje o jeho konkrétním onemocnění, o průběhu léčení
- všechny další rozhodující okolnosti, které souvisejí s pacientem nebo jeho zdravotním stavem

Základní dokumentace:

- chorobopis pacienta
- záznam o hospitalizaci
- obrazové a zvukové záznamy
- další záznamy z vyšetření



Záznam hospitalizace

UMI: Datum:

A

Příjmení, jméno: _____ **KOČKA**

Diagnóza: _____ **Období (od-do):**

První: _____ **První návštěva:**

Podpis: _____ **Č. příjmu:**

_____ **První hospitalizace:**

Popis onemocnění: _____ **Charakter:** _____

C. Anamnéza (V): _____ **Typ:** _____

Zařazení (stav): _____

První: **Podobnost:** **První příznaky:**

První příznaky (první hospitalizace): _____

První a druhá: _____

B **Příjmení (V):** _____ **První příznaky:** _____ **Začíná příznaky:** _____

První: **První:** **První:**

První a druhá a třetí: _____

První a druhá: _____

C **Charakter:** _____

První: _____

První: _____

První: _____

První: _____

D **První:** _____ **První:** _____ **První:** _____

První: _____

První: _____

První: _____

E **První:** _____ **První:** _____ **První:** _____

První: _____

První: _____

První: _____

První: _____



67b zákona č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu

Zdravotnická dokumentace obsahuje:

- osobní údaje jsou v nezbytném rozsahu pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy
- obsahuje informace: o onemocnění, průběhu a výsledků vyšetření, léčení,....
- další samostatné části dokumentace musí obsahovat osobní údaje
- zápisy musí být vedeny čitelně, průkazně a pravdivě,....
- může být vedena na záznamovém nosiči ve textovém nebo grafickém nebo audiovizuálním



Nahlížení do zdravotnické dokumentace

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v 23 odst. 1 stanovuje povinnost lékaře poučit vhodným způsobem nemocného, popř. členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování preventivní péče
- zákon nestanovuje konkrétní způsob, jak má být nemocný poučen, ale v žádném případě z uvedeného nelze odvodit povinnost nechat nahlížet nemocného, popř. členy rodiny do zdravotnické dokumentace, aby byli dostatečně informováni



Kdo do zdr. dokumentace smí nahlížet

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění v 67b odst. 10

- lékaři, všeobecné sestry, RHB pracovníci, lékárníci, kliničtí psychologové a logopedové
- pověření členové příslušné komory při řešení případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory
- revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu daném zvláštním právním předpisem
- soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy



- lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývající ze stížností, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve právním řízení
- lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním předpisem
- členové znaleckých komisí
- pověřeni pracovníci ochrany orgánu veřejného zdraví
- lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely stanovení dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodové pojištění
- lékaři úřadu práce pro účely zaměstnanosti



- Lékaři okresních úřadů, zaměstnanci státu v organizační složce státu (zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva)
- **V uvedeném paragrafu, kde je uveden výčet lidí, kteří smějí nahlížet do dokumentace, nejsou uvedeni ani samotní nemocní a ani jejich rodinní příslušníci.**

Nahlížení do dokumentace studenty

- zvláštní postup je stanoven u osob, které získávají ve zdravotnickém zařízení způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
- **mezi ně patří:** studenti lékařských fakult, žáci SZŠ, lékaři, kliničtí psychologové, a kliničtí logopedi na postgraduálním školení (zákon č. 20/1966 Sb., 67b odst. 11)
- součástí dokumentace je nutný písemný souhlas nemocného

Sankce za neoprávněné nakládání s osobními údaji

- v 178 odst. 1 trestního zákona je stanoveno, že ten, kdo byť z nedbalosti, neoprávněně sdělí, zpřístupní, jinak zpracovává nebo si přisvojí osobní údaje o jiném, shromážděné v souvislosti s výkonem veřejné správy, bude potrestán odnětím svobody až na 3 léta nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem
- V odst. 2 uvedeného paragrafu je pak stanoveno, že stejně bude potrestán ten, kdo osobní údaje o jiném, získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, byť i z nedbalosti sdělí, nebo zpřístupní, a tím poruší právním předpisem stanovenou povinnou mlčenlivost





Podávání informací o nemocném

- dodržování zákonem stanovené povinné mlčenlivosti
- mlčenlivost se vztahuje na všechny údaje, o kterých se zdr. pracovník dozvěděl v souvislosti s poskytováním péče
- je nutno zjistit komu lze informace o zdravotním stavu poskytnout



Různá sdělení nemocným

- se předávají nejen nemocným nebo jejich rodinným příslušníkům a zakládají se do chorobopisu
- pokud jsou formou tiskopisu (je nutné, aby měly označení zdravotnického zařízení, datum a podpis autora sdělení)
- veškeré změny ve sděleních je nutno inovovat

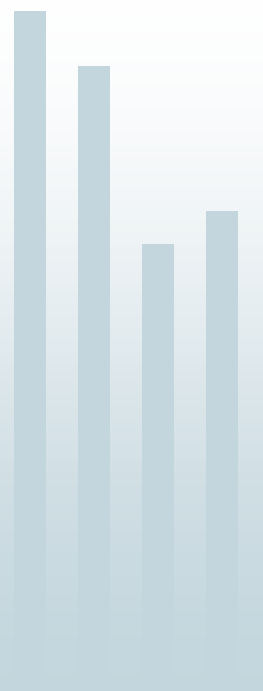


Přítomnost doprovodu při porodu

- povolit přítomnost u porodu jiné osoby lze pouze po souhlasu rodičky
- souhlas musí být prokazatelný, je tedy nutno zápis písemnou formou



Ošetrovatelská dokumentace při úmrtí pacienta





- po konstatování exitu letalis lékařem má sestra za povinnost pouze zapsat do dokumentace, kdy, komu a jak byla odeslána zpráva o úmrtí
- nutné je, aby zdr. zařízení mělo jednotnou oficiální verzi znění telegramu



List o prohlídce mrtvého

Poř. č. svazek ročník

Rok:
 Ošetřovací číslo:
 Číslo listu o prohlídce:
 Číslo pitevního protokolu:

1. Jméno: Příjmení:
 (Při změně jména nebo příjmení též jméno nebo příjmení dřívější)

2. Datum narození:
 (u neznámých mrtvol přibližné stáří)

3. Pohlaví:
 rodné číslo [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Kód zdravotní pojišťovny [] []

4. Rodinný stav:
5. Státní příslušnost:

6. a) Zaměstnání: b) Zaměstnavatel:
 c) Zdroj obživy:
7. Nejvyšší ukončené vzdělání:
 ulice, číslo
 kraj (u cizinců stát)
 ulice, číslo
 kraj (u cizinců stát)

8. Rodiště: obec
 kraj (u cizinců stát)

9. Bydliště: obec
 (u novorozenců bydliště matčino)

10. a) Jméno a příjmení manžela(ky) i zemřelého(é): roz.:
 b) Datum narození manžela(ky):

11. Datum a místo uzavření manželství:

12. Jméno a příjmení otec: pokud žije, rodné číslo:
 rodičů zemřelého: matka: roz.: pokud žije, rodné číslo:

13. Datum úmrtí:
 (den, měsíc, rok - hodina)

14. Jde o prohlídku mrtvě narozeného dítěte? Ano - Ne
 (nápadně zaškrtněte)

15. Místo úmrtí:
 (nálezu mrtvolý) (adresa)

16. Kde nastalo úmrtí?
 (doma, v nemocnici, v léčebném ústavě, na ulici, při převozu apod.)

17. Kým, kde a od kdy byl zemřelý naposledy léčen:

18. Příčina smrti (podle klinického nálezu)		Přibližná doba mezi začátkem onemocnění a smrti	Znak Podrobného seznamu MKN
I.	Nemoc (stav), která(ý) přímo vedl(a) k smrti /bezprostřední příčina smrti/**)	a)	
	Předchozí příčiny , tj. chorobné stavy, jsou-li jaké, které způsobily stav uvedený pod a),	b)	
	prvotní příčina (základní nemoc, hlavní nemoc) se uvede nakonec pod c)	c)	
II.	Jiné závažné chorobné stavy nebo změny , spolupodmiňující smrt, které nebyly v příčinné souvislosti s nemocí nebo stavem uvedeným pod I. a)		

***) To neznamená, že způsob smrti (např.: srdeční selhání, asténie, apod.), nýbrž nemoc, úraz nebo komplikaci, které způsobily smrt.

19. Šlo o přenosnou nemoc? Ano - Ne
20. Šlo o nemoc z povolání? Ano - Ne

21. Šlo o pracovní úraz, náhodný úraz, vraždu, sebevraždu?
 (zaškrtněte a uveďte mechanismus smrti, např. pád z výšky, oběšení, přejetí vlakem, zabítí zvířetem, přejetí motorovým vozidlem apod.)

Snímatelné ozdoby nebo protězy z drahých kovů

22. a) U dětí: 1. mrtvě narozených
 2. zemřelých
 do 1 roku: zralé - nezralé (zaškrtněte)
 do 24 hodin po porodu: délka života v hod.:
 do 15 let: rodiče manželé? Ano - Ne (zaškrtněte)
 Má matka výdělečné povolání a jaké?

b) U zemřelých žen: počet živě narozených dětí

23. Návrh prohlížejícího lékaře:
 (návrh k pitvě, zdravotně bezpečnostní opatření, lhůta a způsob pohřbu)

V dne
 (místo prohlídky) (den, měsíc, rok - hodina prohlídky)

Při narození
 váha v g:
 délka v cm:



24. Závěrečná diagnóza po provedení pitvy		Přibližná doba mezi začátkem onemocnění a smrtí	Znak Podrobného seznamu MKN
I.	Nemoc (stav), která(ý) přímo vedl(a) k smrti <i>/bezprostřední příčina smrti/**)</i>	a)
	Předchozí příčiny , tj. chorobné stavy, jsou-li jaké, které způsobily stav uvedený pod a).	b)
	prvotní příčina (základní nemoc, hlavní nemoc) se uvede nakonec pod c)	c)
II.	Jiné závažné chorobné stavy nebo změny , spolupodmiňující smrt, které nebyly v příčinné souvislosti s nemocí nebo stavem uvedeným pod I. a)

***) To neznamená, že způsob smrti (např.: srdeční selhání, asténie, apod.), nýbrž nemoc, úraz nebo komplikaci, které způsobily smrt.

25. Šlo o přenosnou nemoc? Ano – Ne	26. Šlo o nemoc z povolání? Ano – Ne
27. Šlo o pracovní úraz, náhodný úraz, vraždu, sebevraždu? (zaškrtněte a uveďte mechanismus smrti, např. pád z výšky, oběšení, přejetí vlakem, zabití zvířetem, přejetí motorovým vozidlem apod.)	

V dne
(místo pitvy) (den, měsíc, rok – hodina pitvy) Razítko a podpis pitvajících lékařů

Povolení pohřbu žehem
Datum pohřbu: Místo pohřbu:
V dne
Razítko krajského úřadu

Proti pohřbu žehem jsou – nejsou námítky
V dne
Razítko (podpis) odděl. Policie ČR

Povolení převozu k pohřbení

Povoluje se pod čj. ze dne převoz do
V dne

Hlášeno k zápisu do matriky dne: Razítko krajského úřadu

Výkaz pro ČSÚ vyhotoven dne: a odeslán dne:

Úmrtní list a žádost o pohřebné vydány dne:

V dne Razítko a podpis matrikáře

POUČENÍ

Prohlížející lékař vyplní a podepíše list trojnásobně, byl-li mrtvý ošetřován jiným lékařem než prohlížejícím, vyplní a podepíše diagnostickou část listu ošetřující lékař, v pochybnostech o předešlé smrti po poradě s odborným lékařem.

Jestliže prohlížející lékař byl zároveň ošetřující lékařem, musí podle § 3 odst. 1 vyhl. MZd. č. 47/1966 Sb. ve znění pozdějších předpisů, provést prohlídku zemřelého jiný oprávněný prohlížející lékař, který vyplní a podepíše list. Byla-li provedena pitva, není nutné pro účely pohřbu včetně pohřbu žehem potvrzení ošetřujícího lékaře.

Úmrtí oznámí ošetřující lékař doručením všech tří vyhotovení matrikáři příslušnému podle místa úmrtí, nebo následu mrtvolou nejpozději následujícího dne po úmrtí. Má-li být mrtvola pitvána mimo matriční obvod, donutí prohlížející lékař matrikáři nejprve „Předběžné oznámení úmrtí“ (č. skl. 14 168 0) a odešle trojnásobně vyplněný list s mrtvolou k pitvě. Pitvajícím lékařem pro pitvu odešle dvě vyhotovení matrikáři příslušnému podle místa úmrtí. Jedno vyhotovení vydá obstaravatel pohřbu.

List musí být vyplněn čitelně ve všech rubrikách, jména a diagnózy musí být vyplněny strojem nebo hůlkovým písmem.

Lékařské potvrzení, povolení k pohřbu žehem a povolení převozu k pohřbení, obsažené na listu, nahrazují zvláštní lékařské vyjádření a povolení z hlediska lékařského, potřebná k pohřbu žehem nebo k převozu mrtvého.

K jednotlivým rubrikám:

- Pod písmenem a) zaměstnaní a b) zaměstnavatel uvádějte vždy údaje o zemědělovi nebo jeho živiteli, v důchodců jejich poslední zaměstnání a zaměstnavatele. Zaměstnaní vyplňte co nejpřesněji. Zaměstnavatele uveďte podle škály: státní sektor, ZD, ostatní družstva, samostatně hospodářící, svobodná povolání. Zdroj obžvy zemědělo uveďte podle škály: vzdálenější činný, závislý na výděl. činném (manželka v dom. dčt), důchodce, závislý na důchodci.
- Nevyšší ukončené vzdělání uveďte (jen u osob starších 15 let) v jedné ze čtyř skupin: základní (včetně nedokončeného), střední bez maturitury (včetně vyučení), střední s maturitou, vysokoškolské.
- Prohlídku mrtvého narozeného dítěte odjíždě od prohlídky zemřelé osoby nápadným zaškrtnutím slova „Ano“. Mrtvé narozené dítě je mrtvý plod narozený po 28 týdnech těhotenství. Nelze-li určit dělu těhotenství v týdnech, je rozhodující hmotnost plodu. Mrtvý plod s hmotností 1000 g nebo více se považuje za mrtvé narozené dítě. Plod lehčí než 1000 g je potrat a list se na něj nevystavuje. Při ukončení těhotenství s více plody, z nichž alespoň

jeden má znaky živého nebo mrtvého dítěte, musí být všechny plody hlášeny jako narozené dítě.

- Místo úmrtí je adresa místa úmrtí nebo nálezu mrtvolu.
- Byl-li zemřelý léčen v nemocnici, uveďte na kterém oddělení.
- V části I. je uvedena posloupnost kauzálně spojených stavů, které vedly přímo k smrti, a to tak, že na prvním místě je bezprostřední příčina smrti, na posledním místě pod c) pak prvotní příčina smrti, tj. nemoc nebo zranění, jimiž začal řetěz chorobných jevů vedoucích k smrti.

Prvotní příčina je určena pro statické zpracování a proto je též nemocí hlavní, tj. nejzávažnější.

V části II. se uvádějí další nemoci, které měly také, ale menší měrou, vliv na letální ukončení nemoci, jestliže s hlavní posloupností přímo nesouvisí.

Příklady vyplnění:

- I. a) Infarkt myokardu
b) –
c) Skleróza tepen věnčitých
- II. Chronická bronchitida
- I. a) Septikémie
b) Gangréna
c) Diabetes
- II. –
- I. a) Krvácení do mozku (cévního původu)
b) Sekundární hypertenze při arterioskleróze
c) Cévková arterioskleróza
- II. a) Akutní nekróza jater
b) Cirhóza jater
c) Infekční zánět jater
- II. Ischemická fibróza myokardu
- Po zaškrtnutí druhu vnější příčiny smrti uveďte ještě podrobně mechanismus smrti, aby bylo umožněno zpracování podle dodatkové klasifikace v nižších příčin poranění a otrav § 5.
- Závěrečná diagnóza po provedení pitvy je určena a přiblížena k vyšetření, anamnéze a ostatním zjištěním za života nemocného i k výsledkům pitvy a dalších vyšetření po smrti. Pro vyplnění platí poučení o bodu 18.
- Vz poučení u bodu 21.



Předběžné oznámení úmrtí

Dne zemřel(a) v
(adresa místa úmrtí)

..... narozený(á)
(jméno a příjmení) (datum narození)

v
(rodiště)

Mrtvola bude pitvána v
(místo pitvy)

kam současně odesíláme List o prohlídce mrtvého k doplnění pitevního nálezu

V dne

.....
(razítko a podpis)



Vyplňte strojem

Odd. Nar.

.

Jméno

zemřel-a dne 19

v. hod.

Příbuzní zemřelého uvědoměni: ano ne

Podpis zdravotní sestry:

SEVT - 14 035 0

II/84



Poučení pozůstalých

- není součástí oš. dokumentace a ani se nezakládá
- obsahem je: kde dostanou pozůstalost uloženou v trezoru, kdo vydává pozůstalost z oddělení, údaj kam odevzdat občanský průkaz, kde získají úmrtní list potřebný k pohřbu, jak postupovat, pokud je nemocný pitván, údaje o pohřební službě
- poučení je možno podat ústně, vhodnější je písemně



MANIPULACE s dokumentací





Uchovávání

- Období, po něž se vyžaduje, aby záznamy pacientů/klientů byly uchovávány, závisí na platné legislativě.
- Je vhodné, aby mělo zařízení vypracované směrnice s uvedením požadavků na uchovávání veškerých záznamů, které je nutno dodržovat.



Vlastnictví záznamů

- organizace jsou právními vlastníky této dokumentace
- to neznamená, že kdokoliv v organizaci má automaticky právo na přístup k této dokumentaci nebo v ní obsažených informacím
- povinností chránit důvěrnost dokumentace pacienta/klienta na základě zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů
- Zdravotní dokumentace patří organizaci, ale informace v ní obsažené jsou důvěrné a měly by být poskytovány dokonce i pracovníkům této organizace pouze se souhlasem pacienta/klienta.



Výzkum, výuka a přístup

- **Záznamy pacienta/klienta mohou být použity:**
 - ✓ pro výzkumné účely
 - ✓ při výuce
 - ✓ a při klinickém dohledu pouze dle pravidel etické komise a její použití by mělo být schváleno místní etickou komisí
- Platí zde stejné principy pro přístup a důvěrnost a mělo by být respektováno právo pacienta/klienta odmítnout přístup k jeho záznamům.
- V případě, že je záznamů k těmto účelům použito, musí být v dokumentaci písemný souhlas pacienta/klienta.



Archivace a skartace oš. dokumentace

- zákon č. 97/1974 Sb., o archivnictví, v platném znění, upravuje ukládání i skartování písemností
- co se rozumí písemností: každý písemný, obrazový, zvukový nebo jiný záznam
- archivovat se musí: chorobopisy, ambulantní karty a jejich obsah, RTG snímky, sono snímky, EKG, EMG, EEG záznamy z výpočetní techniky i záznamy provedené přístroji



Z hlediska skartace se písemnosti dělí

- **Písemnosti „A“** - jsou ty, které mají důležitost z hlediska ekonomického, právního, historického, sociálního a kulturního, ukládají se do Státního ústředního archivu
- **Písemnosti „V“** - jsou písemnosti, které se po uplynutí skartační doby odborně posouzeny a vybrané uloženy do Státního ústředního archivu, ostatní jsou skartovány
- **Písemnosti „S“** jsou po uplynutí skartační doby zničeny



Délka archivace

- Chorobopisy a jejich obsah 100 let
- Ambulantní karty a jejich obsah 100 let
- Provozní deníky a denní záznamy 5 let
- Recepty na léky 10 let
- Poukazy na ortopedické pomůcky 10 let
- Záznamy o spotřebě návykových látek 5 let
- Hlášení o přijetí a propouštění nemocného 5 let
- Denní hlášení o počtu pacientů 5 let
- Záznamy o sterilizaci 3 roky
- RTG a kopie nálezu
(od posledního vyšetření) 3 roky
- Operační a anesteziologická kniha se uchovávají
ve Státním ústředním archivu

DĚKUJI ZA POZORNOST



© Alan & Sandy Carey