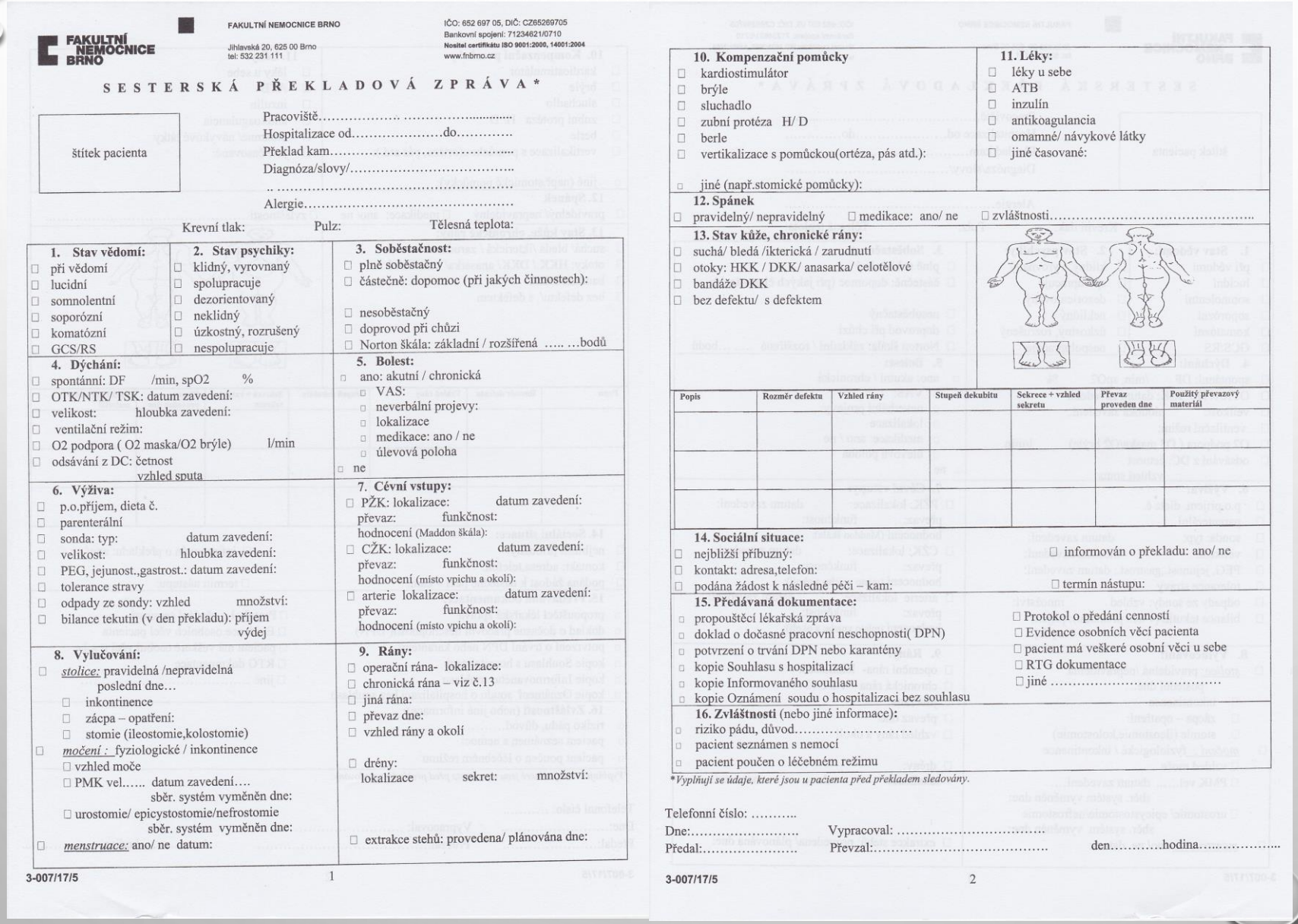
# DOKUMENTY PŘI PŘEKLADU / PROPUŠTĚNÍ

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGII – CVIČENÍ

PODZIM 2020

PAVEL KŮŘIL



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
IČO: 652 697 05, DIČ: CZ65269705
Bankovní spojení: 71234621/0710
Nositel certifikátu ISO 9001:2000, 14001:2004
www.fnbrno.cz

**SESTERSKÁ PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA***

štítek pacienta

Pracoviště……. ……..... 
Hospitalizace od……do……
Překlad kam……..... 
Diagnóza/slovy/……..
.. ……
Alergie……

Krevní tlak: Pulz: Tělesná teplota:

**1. Stav vědomí:**
- ☐ při vědomí
- ☐ lucidní
- ☐ somnolentní
- ☐ soporózní
- ☐ komatózní
- ☐ GCS/RS

**2. Stav psychiky:**
- ☐ klidný, vyrovnaný
- ☐ spolupracuje
- ☐ dezorientovaný
- ☐ neklidný
- ☐ úzkostný, rozrušený
- ☐ nespolupracuje

**3. Soběstačnost:**
- ☐ plně soběstačný
- ☐ částečně: dopomoc (při jakých činnostech):
- ☐ nesoběstačný
- ☐ doprovod při chůzi
- ☐ Norton škála: základní / rozšířená ….. …bodů

**4. Dýchání:**
- ☐ spontánní: DF /min, spO2 %
- ☐ OTK/NTK/ TSK: datum zavedení:
- ☐ velikost: hloubka zavedení:
- ☐ ventilační režim:
- ☐ O2 podpora ( O2 maska/O2 bryle) l/min
- ☐ odsávání z DC: četnost
  vzhled sputa

**5. Bolest:**
- ☐ ano: akutní / chronická
  - ☐ VAS:
  - ☐ neverbální projevy:
  - ☐ lokalizace
  - ☐ medikace: ano / ne
  - ☐ úlevová poloha
- ☐ ne

**6. Výživa:**
- ☐ p.o.příjem, dieta č.
- ☐ parenterální
- ☐ sonda: typ: datum zavedení:
- ☐ velikost: hloubka zavedení:
- ☐ PEG, jejunost.,gastrost.: datum zavedení:
- ☐ tolerance stravy
- ☐ odpady ze sondy: vzhled množství:
- ☐ bilance tekutin (v den překladu): příjem
  výdej

**7. Cévní vstupy:**
- ☐ PŽK: lokalizace: datum zavedení:
  převaz: funkčnost:
  hodnocení (Maddon škála):
- ☐ CŽK: lokalizace: datum zavedení:
  převaz: funkčnost:
  hodnocení (místo vpichu a okolí):
- ☐ arterie lokalizace: datum zavedení:
  převaz: funkčnost:
  hodnocení (místo vpichu a okolí):

**8. Vylučování:**
- ☐ *stolice:* pravidelná /nepravidelná
  poslední dne…
  - ☐ inkontinence
  - ☐ zácpa – opatření:
  - ☐ stomie (ileostomie,kolostomie)
- ☐ *močení :* fyziologické / inkontinence
  - ☐ vzhled moče
  - ☐ PMK vel….. datum zavedení….
    sběr. systém vyměněn dne:
  - ☐ urostomie/ epicystostomie/nefrostomie
    sběr. systém vyměněn dne:
- ☐ *menstruace:* ano/ ne datum:

**9. Rány:**
- ☐ operační rána- lokalizace:
- ☐ chronická rána – viz č.13
- ☐ jiná rána:
- ☐ převaz dne:
- ☐ vzhled rány a okolí
- ☐ drény:
  lokalizace sekret: množství:
- ☐ extrakce stehů: provedena/ plánována dne:

3-007/17/5 1

**10. Kompenzační pomůcky**
- ☐ kardiostimulátor
- ☐ brýle
- ☐ sluchadlo
- ☐ zubní protéza H/ D
- ☐ berle
- ☐ vertikalizace s pomůckou(ortéza, pás atd.):
- ☐ jiné (např.stomické pomůcky):

**11. Léky:**
- ☐ léky u sebe
- ☐ ATB
- ☐ inzulín
- ☐ antikoagulancia
- ☐ omamné/ návykové látky
- ☐ jiné časované:

**12. Spánek**
☐ pravidelný/ nepravidelný ☐ medikace: ano/ ne ☐ zvláštnosti……..

**13. Stav kůže, chronické rány:**
- ☐ suchá/ bledá /ikterická / zarudnutí
- ☐ otoky: HKK / DKK/ anasarka/ celotělové
- ☐ bandáže DKK
- ☐ bez defektu/ s defektem

| Popis | Rozměr defektu | Vzhled rány | Stupeň dekubitu | Sekrece + vzhled sekretu | Převaz proveden dne | Použitý převazový materiál |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

**14. Sociální situace:**
- ☐ nejbližší příbuzný: ☐ informován o překladu: ano/ ne
- ☐ kontakt: adresa,telefon:
- ☐ podána žádost k následné péči – kam: ☐ termín nástupu:

**15. Předávaná dokumentace:**
- ☐ propouštěcí lékařská zpráva
- ☐ doklad o dočasné pracovní neschopnosti( DPN)
- ☐ potvrzení o trvání DPN nebo karantény
- ☐ kopie Souhlasu s hospitalizací
- ☐ kopie Informovaného souhlasu
- ☐ kopie Oznámení soudu o hospitalizaci bez souhlasu
- ☐ Protokol o předání cenností
- ☐ Evidence osobních věcí pacienta
- ☐ pacient má veškeré osobní věci u sebe
- ☐ RTG dokumentace
- ☐ jiné ……

**16. Zvláštnosti** (nebo jiné informace):
- ☐ riziko pádu, důvod……
- ☐ pacient seznámen s nemocí
- ☐ pacient poučen o léčebném režimu

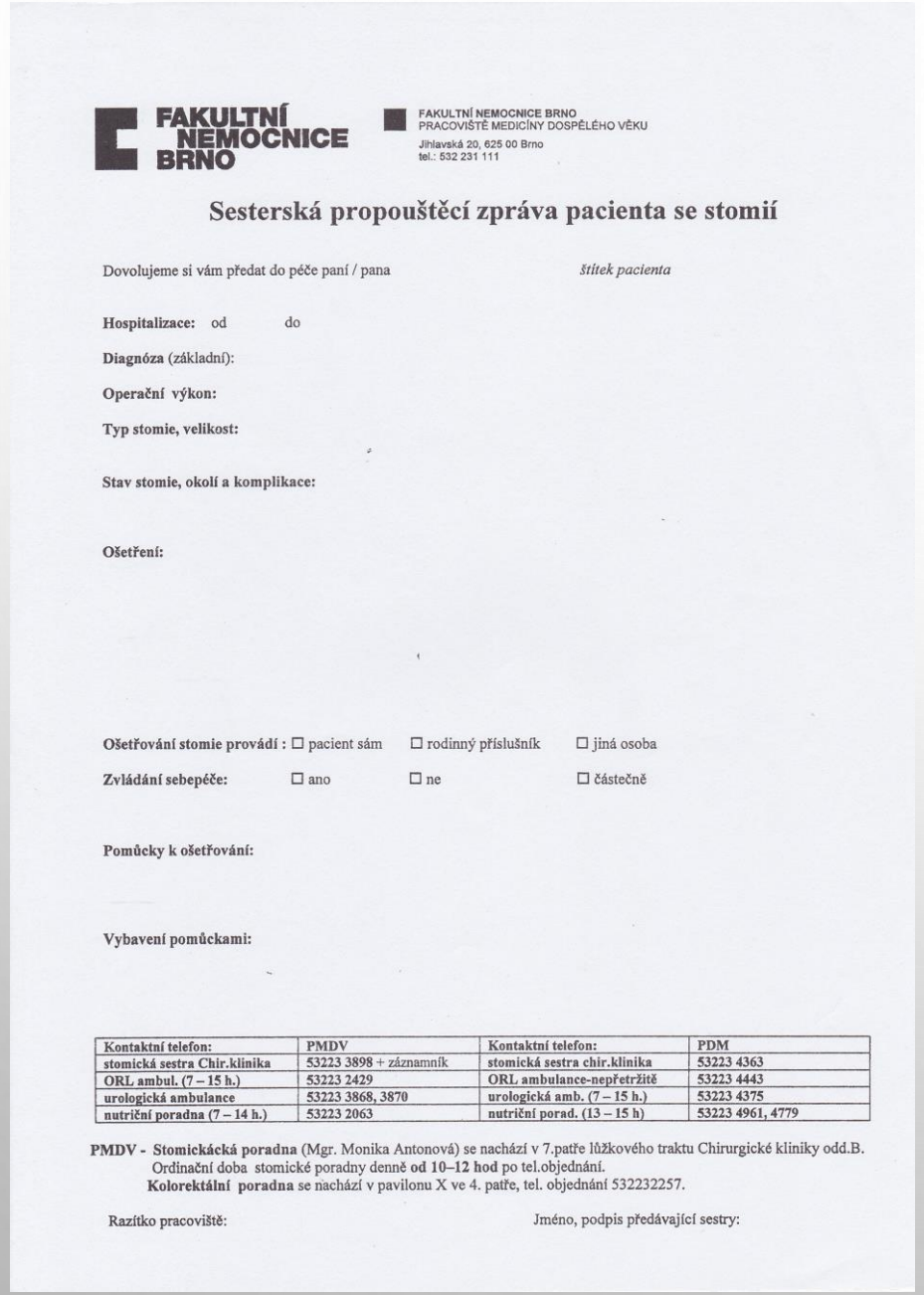
**Vyplňují se údaje, které jsou u pacienta před překladem sledovány.*

Telefonní číslo: ……..
Dne:……. Vypracoval: ……
Předal:……. Převzal:……. den……hodina…….

3-007/17/5 2

# SESTERSKÁ PŘEKLADOVÁ ZPRÁVA

- INFORMACE DŮLEŽITÉ PRO ZDRAVOTNÍ PERSONÁL, KTERÝ PACIENTA PŘIJÍMÁ
- VŽDY VYPLŇUJEME 2X (1X PONECHÁME NA ODDĚLENÍ, 1X POSÍLÁME S PACIENTEM)



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
PRACOVIŠTĚ MEDICÍNY DOSPĚLÉHO VĚKU
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel.: 532 231 111

**Sesterská propouštěcí zpráva pacienta se stomií**

Dovolujeme si vám předat do péče paní / pana *štítek pacienta*

**Hospitalizace:** od do

**Diagnóza** (základní):

**Operační výkon:**

**Typ stomie, velikost:**

**Stav stomie, okolí a komplikace:**

**Ošetření:**

**Ošetřování stomie provádí :** ☐ pacient sám ☐ rodinný příslušník ☐ jiná osoba

**Zvládání sebepéče:** ☐ ano ☐ ne ☐ částečně

**Pomůcky k ošetřování:**

**Vybavení pomůckami:**

| Kontaktní telefon: | PMDV | Kontaktní telefon: | PDM |
|---|---|---|---|
| stomická sestra Chir.klinika | 53223 3898 + záznamník | stomická sestra chir.klinika | 53223 4363 |
| ORL ambul. (7 – 15 h.) | 53223 2429 | ORL ambulance-nepřetržitě | 53223 4443 |
| urologická ambulance | 53223 3868, 3870 | urologická amb. (7 – 15 h.) | 53223 4375 |
| nutriční poradna (7 – 14 h.) | 53223 2063 | nutriční porad. (13 – 15 h) | 53223 4961, 4779 |

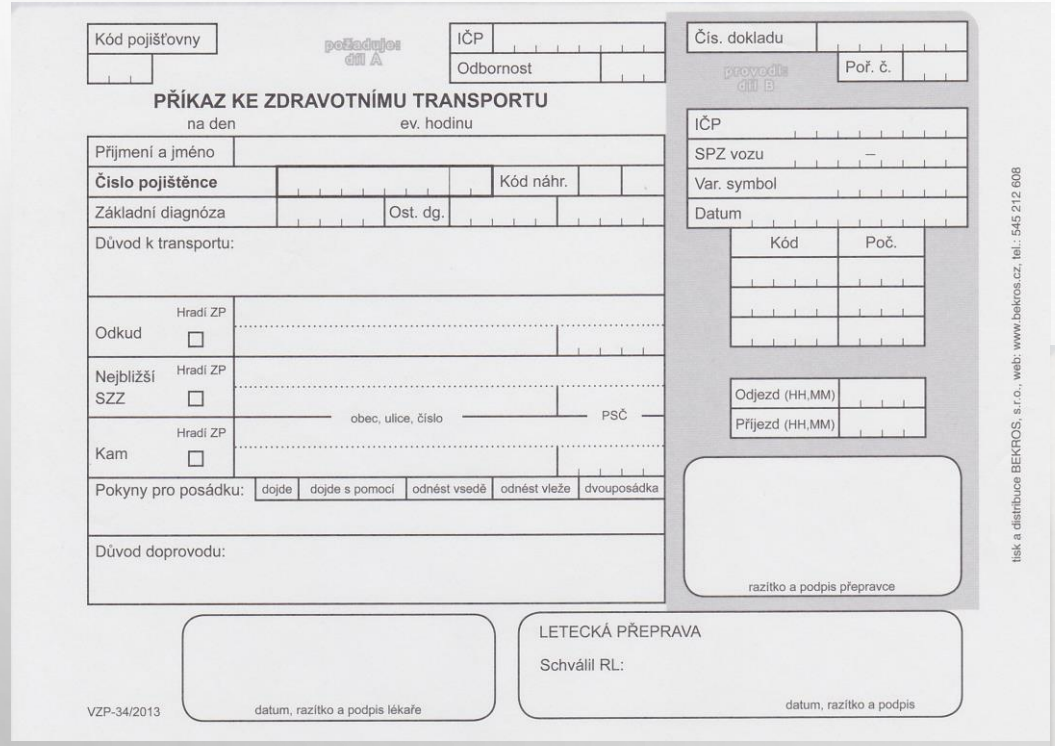
**PMDV - Stomickácká poradna** (Mgr. Monika Antonová) se nachází v 7.patře lůžkového traktu Chirurgické kliniky odd.B.
Ordinační doba stomické poradny denně **od 10–12 hod** po tel.objednání.
**Kolorektální poradna** se nachází v pavilonu X ve 4. patře, tel. objednání 532232257.

Razítko pracoviště: Jméno, podpis předávající sestry:

# SESTERSKÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA PACIENTA SE STOMIÍ

- SPECIFICKÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA
- DŮLEŽITÉ INFORMACE, BY SE NA STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKOU PŘEKLADOVOU ZPRÁVU NEVEŠLY

# PŘÍKAZ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU



Kód pojišťovny

požaduje: díl A

IČP

Odbornost

Čís. dokladu

provede: díl B

Poř. č.

**PŘÍKAZ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU**

na den ev. hodinu

Příjmení a jméno

**Číslo pojištěnce** Kód náhr.

Základní diagnóza Ost. dg.

Důvod k transportu:

IČP

SPZ vozu –

Var. symbol

Datum

| Kód | Poč. |
|---|---|
| | |
| | |
| | |

Odkud Hradí ZP ☐

Nejbližší SZZ Hradí ZP ☐

obec, ulice, číslo PSČ

Kam Hradí ZP ☐

Pokyny pro posádku: dojde | dojde s pomocí | odnést vsedě | odnést vleže | dvouposádka

Důvod doprovodu:

Odjezd (HH,MM)

Příjezd (HH,MM)

razítko a podpis přepravce

LETECKÁ PŘEPRAVA

Schválil RL:

datum, razítko a podpis

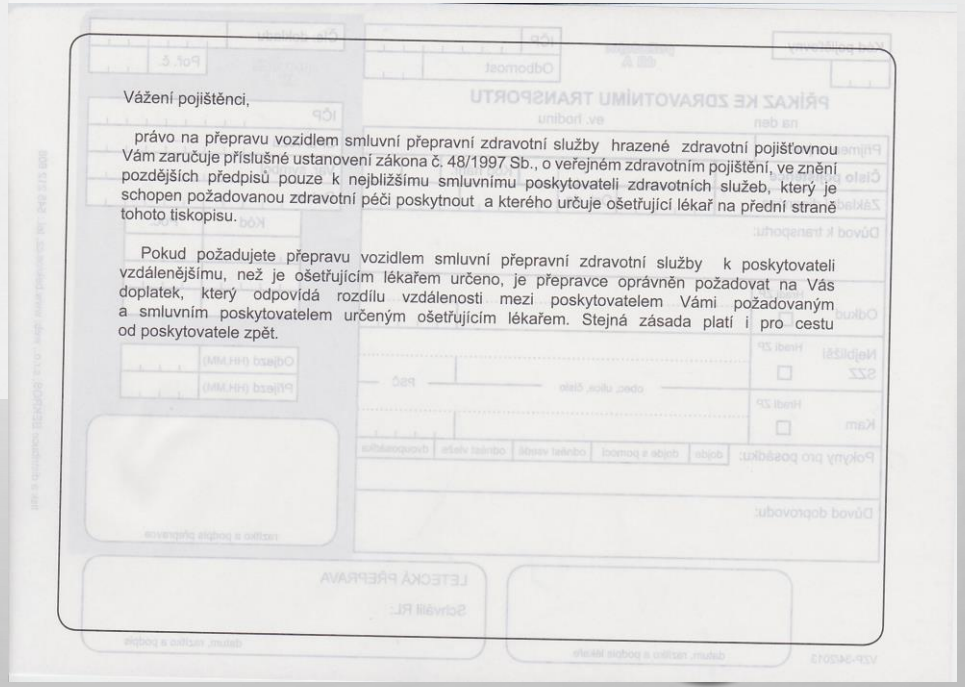
datum, razítko a podpis lékaře

VZP-34/2013

tisk a distribuce BEKROS, s.r.o., web: www.bekros.cz, tel.: 545 212 608

- Může sloužit i jako transport v areálu nemocnice (FN Brno)

- SLOUŽÍ PRO TRANSPORT PACIENTA PŘI PROPUŠTĚNÍ (SANITKA)
  - ZEPTAT SE PACIENTA, KDE BUDE PO PROPUŠTĚNÍ (MNOHDY JINÁ ADRESA, NEŽ JE TRVALÉ BYDLIŠTĚ)



Vážení pojištěnci,

právo na přepravu vozidlem smluvní přepravní zdravotní služby hrazené zdravotní pojišťovnou Vám zaručuje příslušné ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů pouze k nejbližšímu smluvnímu poskytovateli zdravotních služeb, který je schopen požadovanou zdravotní péči poskytnout a kterého určuje ošetřující lékař na přední straně tohoto tiskopisu.

Pokud požadujete přepravu vozidlem smluvní přepravní zdravotní služby k poskytovateli vzdálenějšímu, než je ošetřujícím lékařem určeno, je přepravce oprávněn požadovat na Vás doplatek, který odpovídá rozdílu vzdálenosti mezi poskytovatelem Vámi požadovaným a smluvním poskytovatelem určeným ošetřujícím lékařem. Stejná zásada platí i pro cestu od poskytovatele zpět.

# POTVRZENÍ O TRVÁNÍ DOČASNÉ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI / KARANTÉNY

Evidenční štítek

**Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény**

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo potvrzení o nařízení karantény:

.....

Příjmení a jméno: .....

Rodné číslo[1]: .....

Přesná adresa místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti: .....

.....

.....

Dočasná pracovní neschopnost (nařízená karanténa) ke dni ..... dosud trvá.[2]

Datum .....

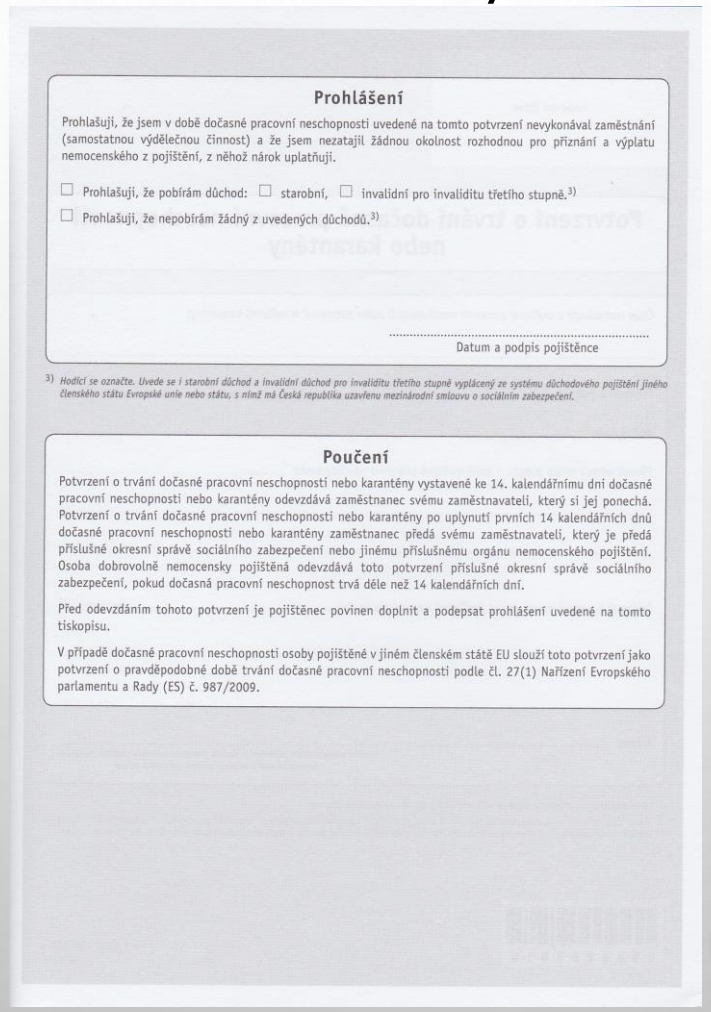
.....
Razítko poskytovatele zdravotních služeb, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře nebo příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví

[1] *Není-li rodné číslo přiděleno, uvede se evidenční číslo pojištění nebo datum narození.*

[2] *Trvání dočasné pracovní neschopnosti lze potvrdit ke dni vydání tohoto potvrzení nebo nejvýše tři kalendářní dny dopředu. V případě jiných než českých pojištěnců lze na tomto tiskopise potvrdit pravděpodobnou dobu trvání dočasné pracovní neschopnosti dopředu na dobu delší než tři kalendářní dny.*

0 5 4 8 2 8 2 0 1 0

ČSSZ – 89 609 6
II/2014



**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem v době dočasné pracovní neschopnosti uvedené na tomto potvrzení nevykonával zaměstnání (samostatnou výdělečnou činnost) a že jsem nezatajil žádnou okolnost rozhodnou pro přiznání a výplatu nemocenského z pojištění, z něhož nárok uplatňuji.

☐ Prohlašuji, že pobírám důchod: ☐ starobní, ☐ invalidní pro invaliditu třetího stupně.[3]

☐ Prohlašuji, že nepobírám žádný z uvedených důchodů.[3]

.....
Datum a podpis pojištěnce

[3] *Hodící se označte. Uvede se i starobní důchod a invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně vyplácený ze systému důchodového pojištění jiného členského státu Evropské unie nebo státu, s nímž má Česká republika uzavřenu mezinárodní smlouvu o sociálním zabezpečení.*

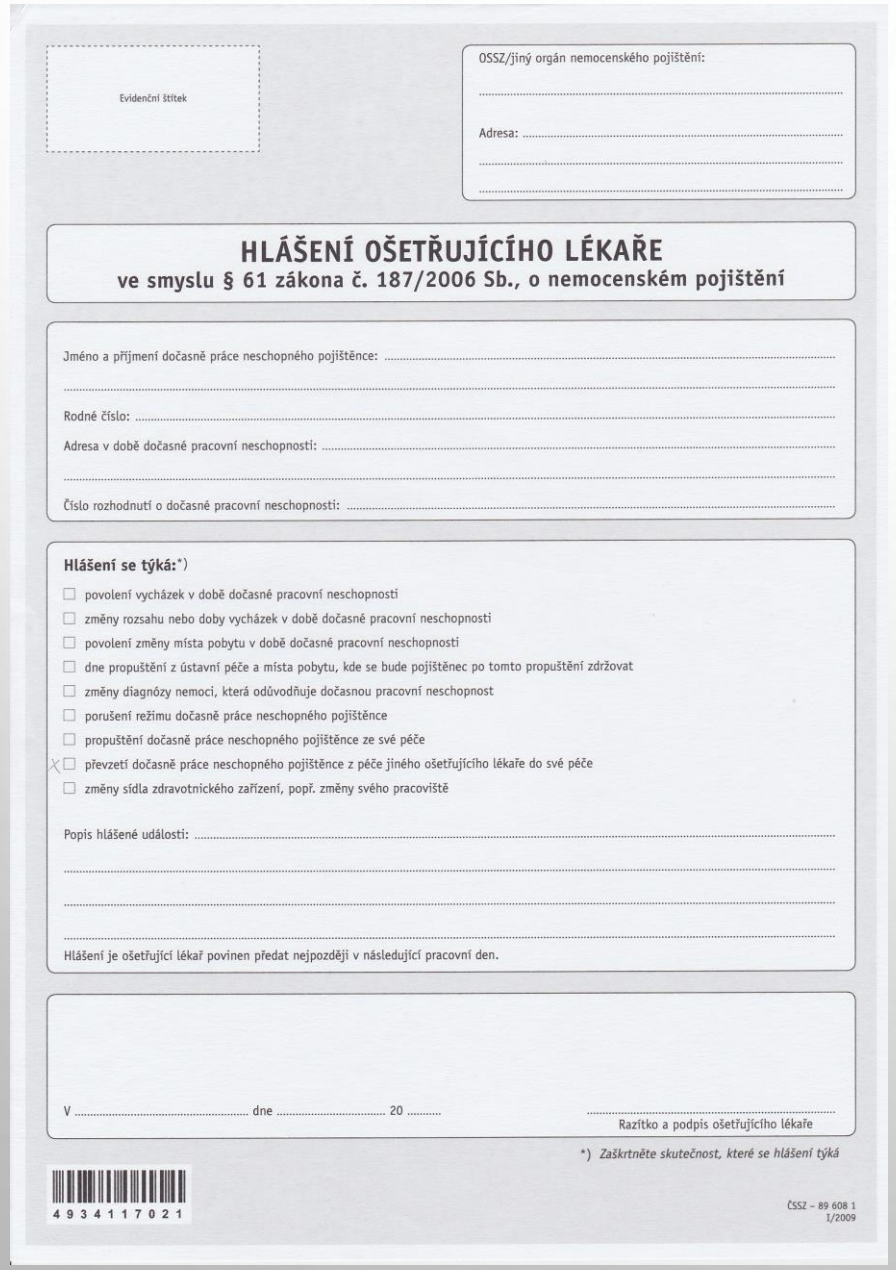
**Poučení**

Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény vystavené ke 14. kalendářnímu dni dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény odevzdává zaměstnanec svému zaměstnavateli, který si jej ponechá. Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény po uplynutí prvních 14 kalendářních dnů dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény zaměstnanec předá svému zaměstnavateli, který je předá příslušné okresní správě sociálního zabezpečení nebo jinému příslušnému orgánu nemocenského pojištění. Osoba dobrovolně nemocensky pojištěná odevzdává toto potvrzení příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, pokud dočasná pracovní neschopnost trvá déle než 14 kalendářních dní.

Před odevzdáním tohoto potvrzení je pojištěnec povinen doplnit a podepsat prohlášení uvedené na tomto tiskopisu.

V případě dočasné pracovní neschopnosti osoby pojištěné v jiném členském státě EU slouží toto potvrzení jako potvrzení o pravděpodobné době trvání dočasné pracovní neschopnosti podle čl. 27(1) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009.

- VYPLŇUJE SE NA KONCI MĚSÍCE / PO 14 DNECH („LÍSTEK NA PENÍZE„)
- VYPLŇUJE SE PŘI PROPUŠTĚNÍ PACIENTA



Evidenční štítek

OSSZ/jiný orgán nemocenského pojištění:

Adresa:

**HLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**
**ve smyslu § 61 zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění**

Jméno a příjmení dočasně práce neschopného pojištěnce:

Rodné číslo:

Adresa v době dočasné pracovní neschopnosti:

Číslo rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti:

**Hlášení se týká:***)

- ☐ povolení vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti
- ☐ změny rozsahu nebo doby vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti
- ☐ povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti
- ☐ dne propuštění z ústavní péče a místa pobytu, kde se bude pojištěnec po tomto propuštění zdržovat
- ☐ změny diagnózy nemoci, která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost
- ☐ porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce
- ☐ propuštění dočasně práce neschopného pojištěnce ze své péče
- ☒ převzetí dočasně práce neschopného pojištěnce z péče jiného ošetřujícího lékaře do své péče
- ☐ změny sídla zdravotnického zařízení, popř. změny svého pracoviště

Popis hlášené události:

Hlášení je ošetřující lékař povinen předat nejpozději v následující pracovní den.

V ..... dne ..... 20 .....

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

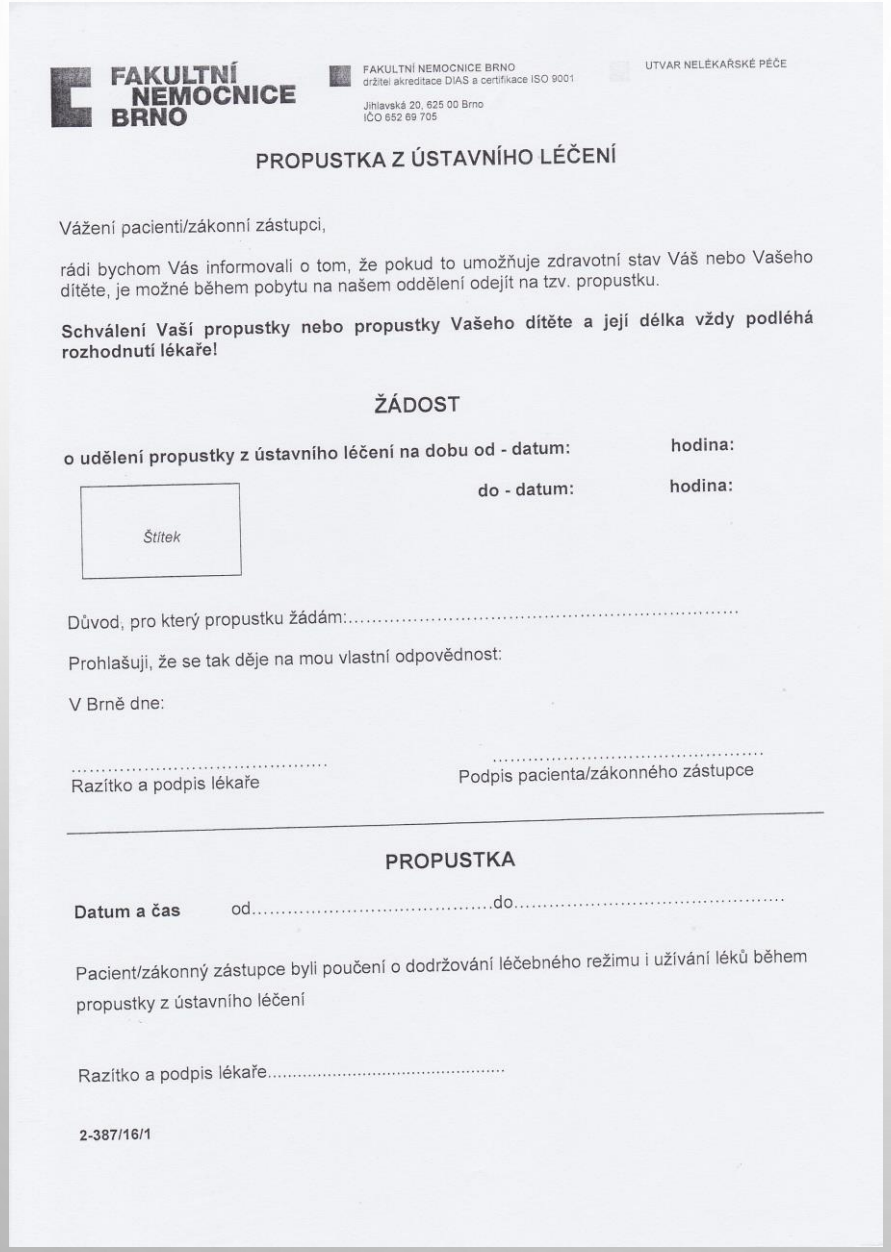
*) *Zaškrtněte skutečnost, které se hlášení týká*

4934117021

ČSSZ – 89 608 1
I/2009

# HLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

- PŘI PROPUŠTĚNÍ LÉKAŘ VYPLNÍ: PROPUŠTĚNÍ DOČASNÉ PRÁCE NESCHOPNÉHO POJIŠTĚNCE ZE SVÉ PÉČE
- PŘI PŘÍJMU (POKUD MÁ JIŽ VLASTNÍ VYSTAVENOU PRACOVNÍ NESCHOPNOST), LÉKAŘ VYPLNI: PŘEVZETÍ DOČASNĚ PRÁCE NESCHOPNÉHO POJIŠTĚNCE Z PÉČE JINÉHO OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE DO SVÉ PÉČE



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
držitel akreditace DIAS a certifikace ISO 9001
Jihlavská 20, 625 00 Brno
IČO 652 69 705

ÚTVAR NELÉKAŘSKÉ PÉČE

PROPUSTKA Z ÚSTAVNÍHO LÉČENÍ

Vážení pacienti/zákonní zástupci,

rádi bychom Vás informovali o tom, že pokud to umožňuje zdravotní stav Váš nebo Vašeho dítěte, je možné během pobytu na našem oddělení odejít na tzv. propustku.

**Schválení Vaší propustky nebo propustky Vašeho dítěte a její délka vždy podléhá rozhodnutí lékaře!**

ŽÁDOST

**o udělení propustky z ústavního léčení na dobu od - datum:** **hodina:**

**do - datum:** **hodina:**

*Štítek*

Důvod, pro který propustku žádám:.....

Prohlašuji, že se tak děje na mou vlastní odpovědnost:

V Brně dne:

..... .....

Razítko a podpis lékaře Podpis pacienta/zákonného zástupce

PROPUSTKA

**Datum a čas** od.....do.....

Pacient/zákonný zástupce byli poučení o dodržování léčebného režimu i užívání léků během propustky z ústavního léčení

Razítko a podpis lékaře.....

**2-387/16/1**

# PROPUSTKA Z ÚSTAVNÍHO LÉČENÍ

- VE VÝJIMEČNÝCH SITUACÍCH (PACIENT SI POTŘEBUJE VYŘEŠIT (NAPŘ. NA ÚŘADĚ) A JEHO ZDRAVOTNÍ STAV MU TO DOVOLUJE)
- HORNÍ ČÁST ZŮSTÁVÁ SOUČÁSTÍ CHOROBOPISU, SPODNÍ DÍL DOSTÁVÁ PACIENT
- MIN. 3 DNY HOSPITALIZACE, STEJNĚ TAK 3 DNY PŘED UKONČENÍM HOSPITALIZACE

# POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU

- VYPLŇUJE LÉKAŘ PŘI PROPUŠTĚNÍ
- PACIENT SI VYZVEDNE V LÉKÁRNĚ: BŘIŠNÍ PÁS, BERLE, ORTÉZU

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

**POUKAZ NA LÉČEBNOU A ORTOPEDICKOU POMŮCKU**

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce | f.

Bydliště (adresa)

I hradí VZP
C spoluúčast pacienta
P hradí pacient

Dg.

Pomůcka trvalá / dočasná[1])
[2]) nehodící se škrtněte !

Pomůcka dočasná na počet měsíců

Dne:

razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře

DRUH A OZNAČENI POMŮCKY
oprava - úprava pomůcky

Ev. č.

Pomůcka nová / repasovaná[1])
[2]) nehodící se škrtněte !

| | Sk | Kód | Počet | Cena |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Cena pomůcky

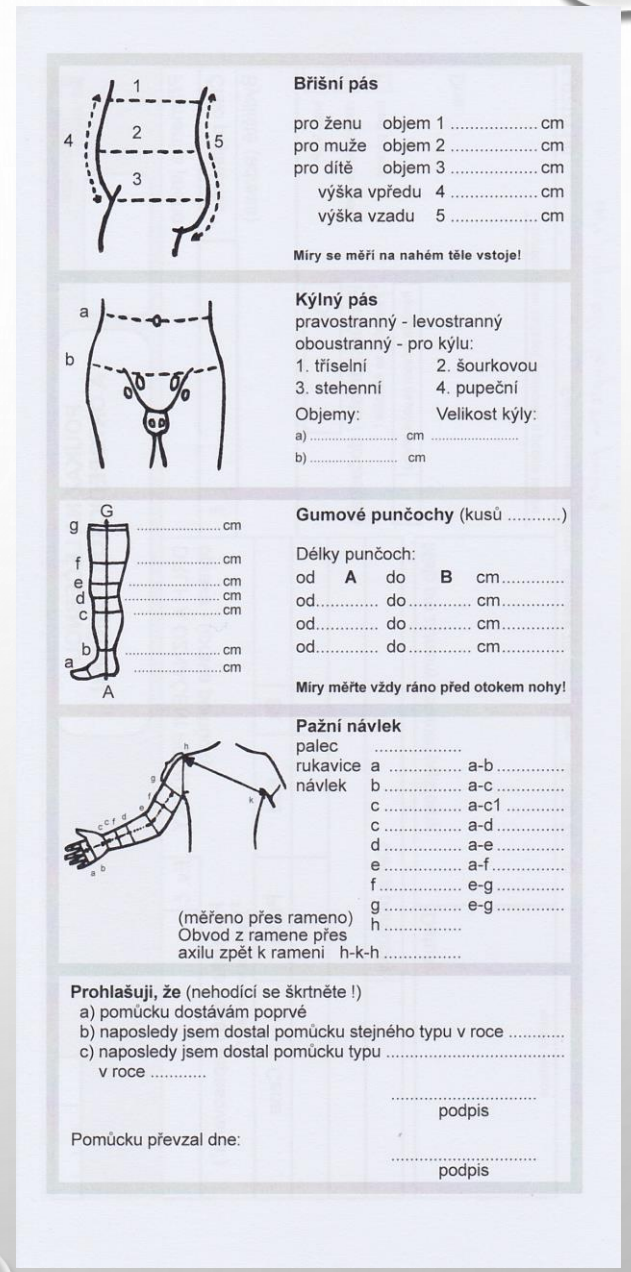
Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny

Datum:

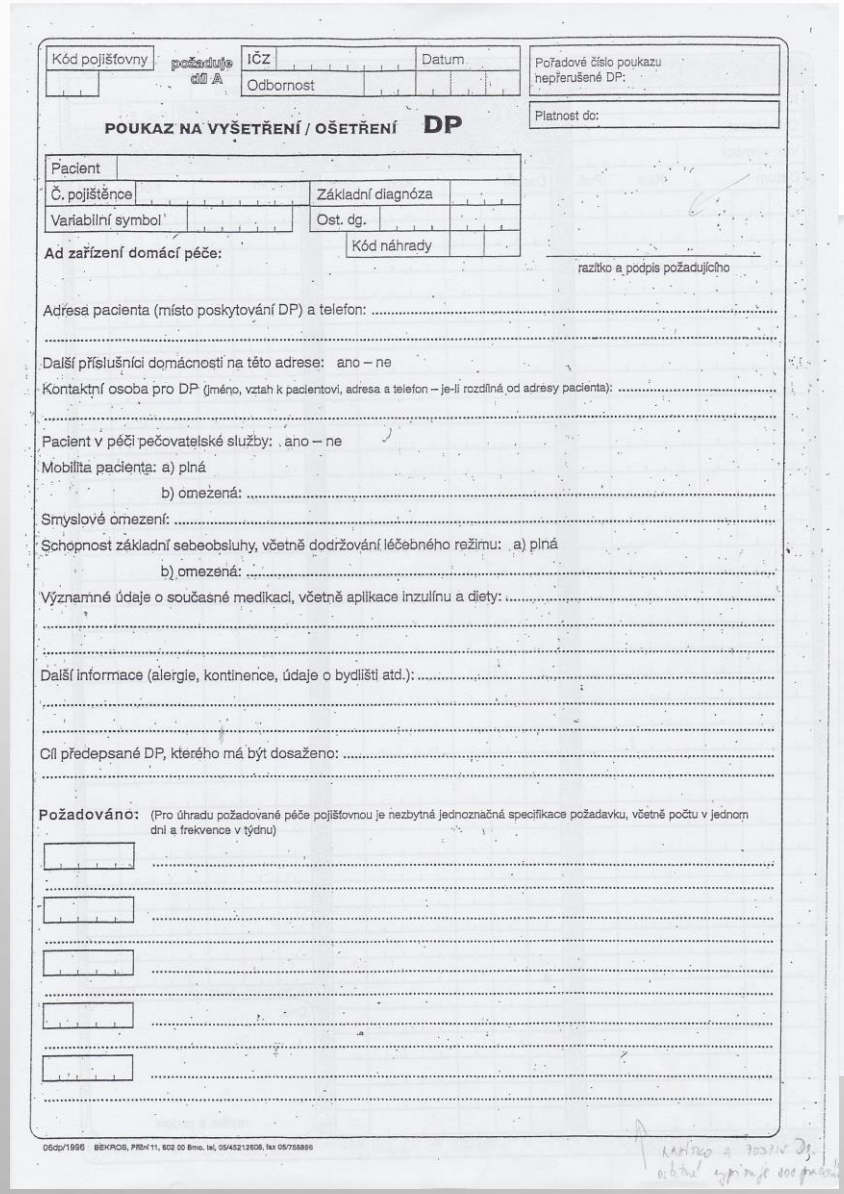
razítko výdejce

1-021/11/0 Fakultní nemocnice Brno, Jihlavská 20, 625 00 Brno Tel.: 532 231 111

berle, ortéza, kompresní punčocha



# POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP



Kód pojišťovny | požaduje dil A | IČZ | Odbornost | Datum | Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP: | Platnost do:

**POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP**

Pacient
Č. pojištěnce | Základní diagnóza
Variabilní symbol | Ost. dg.
Kód náhrady

Ad zařízení domácí péče:

razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon: .....

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta): .....

Pacient v péči pečovatelské služby: ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná

b) omezená: .....

Smyslové omezení: .....

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná

b) omezená: .....

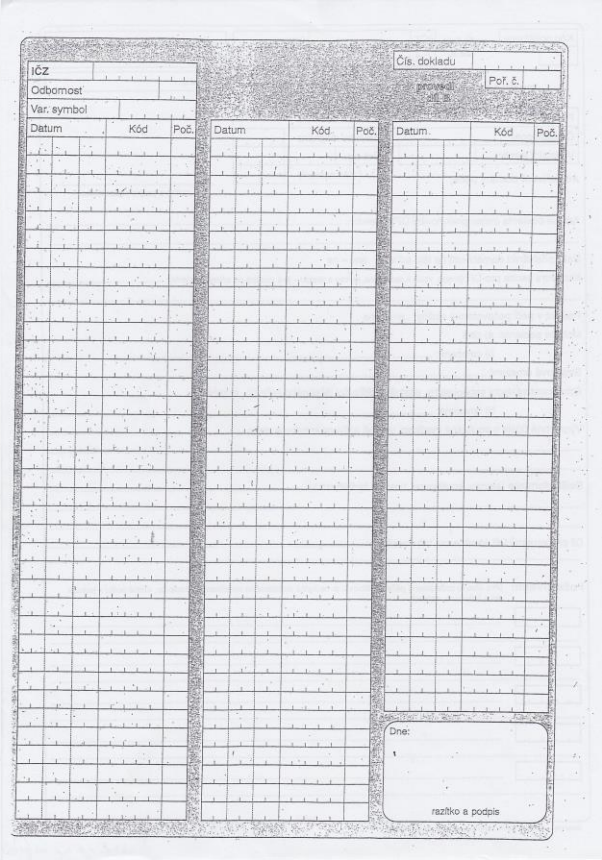
Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety: .....

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.): .....

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo: .....

**Požadováno:** (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

05dp/1996 BEKROS, Přízřenská 11, 602 00 Brno, tel, 05/45212606, fax 05/755899



IČZ | Odbornost | Var. symbol | Čís. dokladu | Poř. č.

| Datum | Kód | Poč. | Datum | Kód | Poč. | Datum | Kód | Poč. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Dne:

razítko a podpis

- PŘI PROPUŠTĚNÍ SE VYDÁVÁ PRO DOMÁCÍ PÉČI, KTEROU NA 14 DNÍ INDIKUJE PROPOUŠTĚJÍCÍ LÉKAŘ
- NAPŘ. NÁCVIK PÉČI O STOMII, PÉČE O RÁNU