

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

Soubor záznamů o zdravotním stavu pacienta, kterou odborně vede zdravotnický pracovník dle pravidel ustanovených zákonem.

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

LEGISLATIVNÍ NORMY

- zákon č. 372/2011, zákon o zdravotních službách, v platném znění, v části Hlava II pojednává o zdravotnické dokumentaci a v § 53 ukládá ZZ povinnost vést zdravotnickou dokumentaci (zákon nečiní rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací sester a lékařů)
 - *Významný je také § 65, řešící nahlížení do zdravotnické dokumentace*

§ 65, odst. 3

- Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka a zdravotničtí pracovníci uvedení v § 46 odst. 2 mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky; to neplatí, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal.

§ 46, odst. 2

- Poskytovatel je dále povinen zajistit, aby osoby připravující se na výkon zdravotnického povolání prováděly při klinické a praktické výuce, praktickém vyučování a odborné praxi, která se uskutečňuje na jeho pracovištích, jen činnosti, včetně zdravotních výkonů, které jsou součástí výuky nebo praxe, a to pod přímým vedením zdravotnického pracovníka, který má způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání a je v pracovním nebo obdobném vztahu k tomuto poskytovateli. Uskutečňují-li se klinická a praktická výuka nebo praktické vyučování a odborná praxe za přítomnosti zdravotnického pracovníka, který není v pracovním nebo obdobném vztahu k poskytovateli uvedenému ve větě první a který je
 - a) učitelem praktického vyučování a odborné praxe zdravotnických oborů vzdělávání (Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů), nebo
 - b) akademickým pracovníkem, který je učitelem zdravotnického oboru (Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů),
- je poskytovatel povinen zajistit, aby tento zdravotnický pracovník neposkytoval na jeho pracovišti zdravotní služby a postupoval v součinnosti se zdravotnickým pracovníkem uvedeným ve větě první.

- Vyhláška č. 102/2011 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče
 - *standard 2.2.: Stanovení interních pravidel vedení ZD*
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
 - *... s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb, obsahuje ZD údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi*
-

DALŠÍ ZÁKONY

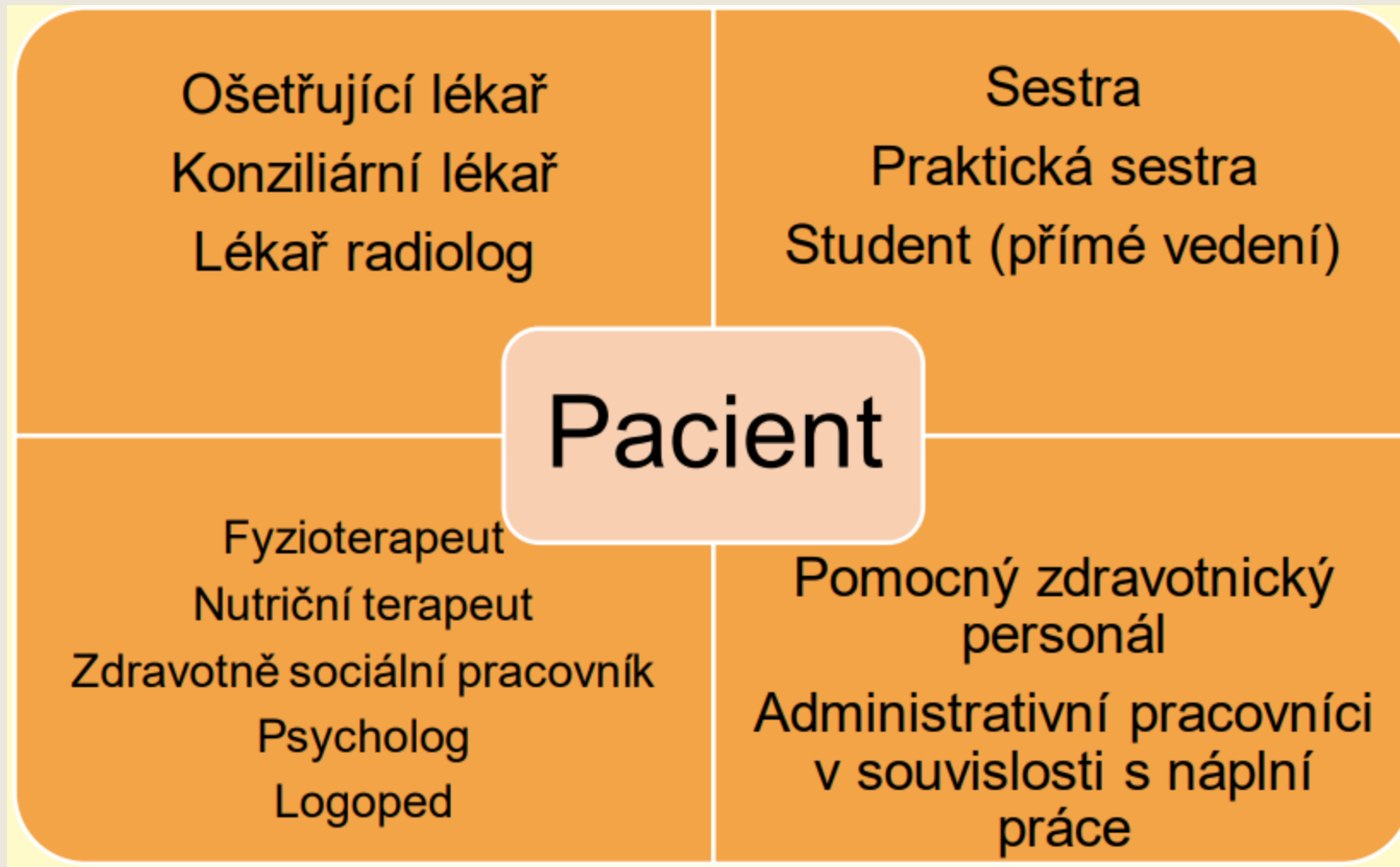
Věstník Ministerstva zdravotnictví 9/2004, obsahuje jako metodické opatření Koncepti ošetrovatelství, kde je definovaná ošetrovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace

- *U každého pacienta je vedena zdravotnická dokumentace, jejíž součástí je ošetrovatelská dokumentace, která zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity.*

LEGISLATIVNĚ STANOVENÝ OBSAH ZD

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

KDO SE NA PÉČI O PACIENTA PODÍLÍ



Obsah dokumentace

- Je specifický:
 - *formou*
 - *obsahem*
 - *strukturou*
 - *a významem*

Povinné údaje

- Název ZZ, sídlo, IČO, telefon
- Jméno pacienta, datum narození, trvalé bydliště, kontakt
- Číslo pojištěnce (RČ), kód pojišťovny
- Jméno, titul a podpis zdravotnického pracovníka, který zápis provedl
- Jméno, adresa, kontakt na osobu pro sdělování informací o zdr. stavu
- Datum zápisu
- Razítko, předává-li se záznam jinam
- V případě odmítnutí péče - datum, čas, důvod
- Anamnestické údaje
- Informace o zjištěném zdravotním stavu

Obsah samostatné části ZD

- Výpis ze ZD vedené lékařem primární péče
- Lékařské zprávy
- Propouštěcí zprávy
- Záznam o informovaném souhlasu
- Negativní revers
- Záznam o souhlasu s poskytováním informací
- Lékařské posudky
- Dokumentace ZZS
- Dokumentace LSPP
- Dokumentace ošetrovatelské péče

ZÁZNAM O ZDRAVÍ A NEMOCECH DÍTĚTE

A.

Příjmení a jméno _____

Změna příjmení _____

Místo narození _____

Národnost _____ Státní příslušnost _____

Telefon _____

Adresa _____

PSČ _____

Změny bydliště _____

PSČ _____

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Narození

Rodné číslo _____

Den Měsíc Rok _____

B.

Alergie: _____

Ohroženo: _____

Krevní skupina: _____

Kojeno do: _____

Od - do	Adresa předškolního zařízení	DISPENZARIZACE
		D Diagnóza Skupina Zařazen Vyřazen
		CH Zařazen Vyřazen
		H Skupina Zařazen Vyřazen
Od - do	Adresa školy	

C. INFEKČNÍ NEMOCI

Rok	Rok	Rok	Rok
Exant. subitum (6. n.)	Megaleryt. infect. (5. n.)	Salmonelózy	Zavšívění
Hepatitidy vir. A, B	Pertuse, parapertusse	Spála	
Herpes simplex	Plané neštovice	Svrab	
Infekční mononukleóza	Příušnice	Úplavice bacil.	
Klíšťová encefalitida	Roupy (enterobióza)	Rubeola	

D. OČKOVÁNÍ

Očkovací látka	č. v. š.	JIZVA	Očkovací látka	č. v. š.	JIZVA

LOGO	Název zdravotnického zařízení	číslo auditu:			
<h2>Kontrolní list interního auditu</h2>					
Cíl: Audit zdravotnické dokumentace					
Oddělení:	Auditor (jmenovka a podpis):				
Datum auditu:	Auditor (jmenovka a podpis):				
Číslo chorobopisu:					
Hospitalizace od – do:					
Kontrolní kritéria	shoda 2 body	částečná shoda 1 bod	neshoda 0 bodů	nehodnoceno N	
	2 body	1 bod	0 bodů	N	Poznámka
1. Pacient je vyšetřen ošetřujícím lékařem do 24 hodin od příjmu (dle VN).					
2. Rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření při příjmu odpovídá VN.					
3. Plan diagnostické a léčebné péče je vytvořen nejpozději do 24 hodin od přijetí.					
4. Informovaný souhlas s přijetím a navrhovanou léčbou je podepsán pacientem i lékařem.					
5. Informovaný souhlas s anestézií je podepsán pacientem i lékařem v rámci předanestetického vyšetření.					
6. Informovaný souhlas s invazivním diagnostickým nebo léčebným zákrokem je podepsán pacientem i lékařem.					
7. Lékař vyšetřil pacienta nejmeně 1x denně (na JIP nejméně 2x denně) a o tomto je proveden zápis v dokumentaci.					
8. Lékařské zápisy v dokumentaci (včetně ordinace léků) jsou čitelné.					
9. Ordinace léků obsahuje dávku, formu, způsob, datum a čas podání.					
10. Ordinace LP a NL při bolesti jsou předepisovány dle VN. (např. Dolsin 50 mg i. m. při bolestech co 6 hod.), maximální dávka za 24 hodin.					
11. Rozpis infuze je proveden dle VN. (např. Fyziologický roztok 500 ml i. v. kapat 60 minut).					
12. Změna již předepsané medicace je podepsána lékařem se zdůvodněním změny medicace.					
13. Záznam v dokumentaci obsahuje časový údaj, podpis a čitelnou identifikaci lékaře.					
14. Epikrizy jsou vyhotovovány pravidelně, v rozsahu a frekvenci stanovených VN.					
15. Epikriza obsahuje: stručné hodnocení vývoje stavu s návrhem dalšího diagnostického a terapeutického postupu.					
16. Pacient má v dokumentaci zápisy o závěrech z velkých vizit.					
17. Ze záznamu z vyšetření či konzilia je patrné, že s nimi byl ošetřující lékař seznámen. Doporučení a ordinace konziliářů jsou zahrnuty do léčebného či ošetrovatelského procesu pacienta nebo zdůvodněno, proč doporučení nebylo přijato.					
18. Operační protokol je napsán bezprostředně po ukončení operace a je podepsán.					
19. V dokumentaci je odkaz na akutní kartu – pokud je ve ZZ zavedena.					

Chorobopis

Číslo chor.:

A	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rodné číslo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> IČO/PČZ:	
Příjmení, jméno:		Oddělení (nákl. stř.): <input type="text"/>	Oddělení (nákl. stř.): <input type="text"/>
Rozený/á:		Poř. číslo pacienta: <input type="text"/>	Poř. číslo pacienta: <input type="text"/>
Trvalé bydliště:		Č. pojišť.: <input type="text"/>	Č. pojišť.: <input type="text"/>
Přechodné bydliště:		Pojišť./typ pojištění: <input type="text"/>	Pojišť./typ pojištění: <input type="text"/>
Č. potvrzení PN:		Vydal:	Číslo OP:
Zaměstnavatel:		Přijetí doporučil:	
Stav: 0 - nezištěno 1 - svobodný/á 2 - ženatý, vdaná 3 - rozvedený/á 4 - ovdovělý/á 5 - druh, družka		Zaměstnání: 0 - nepracující, dítě 1 - ved. a řídící prac. 2 - věd. a odb. duš. prac. 3 - techn., zdrav. a ped. 4 - nižší admin. prac. 5 - prov. prac. ve službách 6 - kvalif. zam. a les. děln. 7 - řem. a kvalif. dělníci 8 - obsluha strojů a zař. 9 - pomoc. a nekvalif. prac.	
Jméno, adresa, telefon nejbližších příbuzných: Jméno a adresa odesíl. (oš.) lékaře:			
B	Přijímající (oš.) lékař:	Důvod přijetí: 1 - ochr. léčba 2 - soc. důvod 3 - diagnost. 4 - léčebný 5 - jiný	Přijetí: 1 - neodkladné 2 - plánované 3 - jiné
Datum přijetí: <input type="text"/>	Hod., min.: <input type="text"/>	<input type="text"/>	Začátek příznaků: Datum: <input type="text"/> Hod., min.: <input type="text"/>
Doporučení k přijetí s dg:			
Diagnóza při přijetí:			
Základní onemocnění, pro které byl pacient hospitalizován na tomto oddělení:			
Hlavní nemoc (porucha zdraví), která nejvíce ohrožuje zdraví nebo život pacienta:			
Další choroby, event. důležité údaje:			
Prvotní příčina smrti:			
Hospitalizace na oddělení ukončena: v hod. dne			
Přeložen kam:			
Pacient předán do další péče (komu):			
Jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře:			

Příjmení a Jméno	Rodné číslo (datum narození)
Zaměstnavatel	Bydliště

Razítko ústavu (oddělení)

Datum	Průběh	Ošetření

VÝZNAM ZD

Zdroj 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
- doklad, že poskytovaná péče byla provedena lege artis
- zdroj hodnověrných informací pro účely:
 - *právního vyšetřování,*
 - *ošetrovatelského výzkumu,*
 - *kontroly kvality ošetrovatelské péče*
 - *vyúčtování zdravotní péče*

VÝZNAM OD

- standard ošetrovatelské 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

DALŠÍ VÝZNAM

- usnadnit NLZP ošetrovatelskou péčí na tolik, aby se zaměřila na hlavní problémy pacienta a byla schopna tyto problémy rychle a účelně řešit

Kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace je odrazem úrovně profesionální praxe.

Správné, vhodné a efektivní vedení dokumentace je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentace často skrývá i širší problémy praxe určitého jednotlivce nebo zdravotnického zařízení.

Vedení zápisů ve ZD

- Na každém listu jméno-příjmení a RČ, název ZZ
- Zápisy:
 - *Průkaznost*
 - *Pravdivost*
 - *Čitelnost*
 - *Průběžné doplňování*
- Vždy doplnit datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která jej provedla
- Opravy provádět novým zápisem s datem, podpisem, zachovat čitelnost původního zápisu
- Studenti do ZD nezapisují

Práva pacientů

- Na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve ZD vedené o jejich osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jejich zdravotnímu stavu.
- V přítomnost ZP nahlížet do dokumentů shromážděných ve ZD.
- Pořizovat si výpisy, opisy, kopie dokumentů ve ZD.
- Určit osobu, která může být informována o jejich zdravotním stavu, včetně určení, zda tato osoba smí pořizovat kopie ze ZD, toto právo může kdykoliv odvolat.
- Vyslovit zákaz podávat tyto informace jakékoliv osobě - při přijetí nebo kdykoliv potom.

Zemřelý pacient

- Právo na informace o zdravotním stavu zemřelého, příčině úmrtí a výsledku pitvy, právo na nahlížení v přítomnost ZP do ZD, pořizování opisů, výpisů a kopií, mají osoby blízké, pokud je pacient nevyloučil za života, nebo osoby , které pacient za života určil.
- Vyslovil-li za života pacient zákaz, mají toto právo osoby blízké je-li to v zájmu ochrany zdraví jejich nebo dalších osob.

Dodatky

- Má-li ZP pochybnost o totožnosti osoby, příp. jejím vztahu k pacientovi, má právo požadovat prokázání totožnosti.
- ZZ je povinno zajistit, aby při nahlížení do dokumentace nebyly zjištěny údaje třetích osob.
- Každé nahlížení, výpisy a pořizování kopií ze ZD musí být do ZD zaznamenáno:
 - *Jméno, příjmení a datum narození*
 - *Rozsah a účel a datum*
 - *Podpis přítomného ZP*

Skartační lhůty

- Primární péče - 10 let od změny lékaře nebo úmrtí pacienta
- Specializovaná ambulantní zdravotní péče - 5 let od posledního vyšetření, nebo 10 od úmrtí
- Dispenzární péče - 10 let od vyřazení, ukončení. 100 let od data narození dialyzovaného (nebo 10 let od úmrtí)
- Ústavní péče - 40 let od poslední hospitalizace, nebo 10 let od úmrtí.

Požadavky na ošetrovateľskú dokumentáciu

- Vyhovovať potrebám oddelení
- Jednoduchá, prístupná, kvalitná
- Sloužiť ako informačný zdroj
- Býť nezbytnou súčasťou ošetrovateľského procesu
- Umožniť dokumentáciu poskytovanú ošetrovateľskú péču
- Býť súčasťou ZD

Formy ošetrovatelské dokumentace

- Neexistuje jednotná předloha - standard
- Obvykle jde o **soubor předtištěných záznamů** vytvářejících informační soubor o pacientovi
- **Může** obsahovat: identifikační údaje, laboratorní vyšetření, terapie, rehabilitace, záznamy o ošetrovatelské péči včetně anamnézy, diagnóz, plánů péče a hodnocení, propouštěcí a příjmové formuláře, různou dokumentaci o prováděných testech-vyšetřeních.

Základní ošetřovatelská dokumentace 1

Vstupní ošetřovatelský záznam:

- Ošetřovatelská anamnéza
- Subjektivní hodnocení sestrou
- Objektivní hodnocení pomocí měřících technik

VNÍMÁNÍ - POZNÁVÁNÍ - POZORNOST

Název klinického pracoviště:

Iniciály klienta:

Pohlaví: muž žena

Lékařská/é diagnóza/y:

Den hospitalizace:

Oslovení klienta:

Věk:

Pooperační den:

Stav pozornosti klienta

Přiměřená schopnost zaměřenosti pozornosti: ano ne:
 Přiměřená schopnost soustředěnosti pozornosti: ano ne:
 Přiměřená délka soustředění na podnět: ano ne:
 Schopen věnovat se více podnětům najednou: ano ne:
 Přiměřený rozsah pozornosti: ano ne:
 Schopnost přenášet pozornost: přiměřená nízká
 Upřednostňování pozornosti: bezděčné záměrné vnější vnitřní
 dle situace neupřednostňuje žádný druh

Druhy podnětů, na které klient často zaměřuje pozornost ve zdraví:

Druhy podnětů, na které klient často zaměřuje pozornost v nemoci:

Poruchy pozornosti v nemoci

roztržitost nesoustředěnost nestálost v zaměření pozornosti
 neschopnost udržet pozornost neschopnost rozdělovat pozornost
 snížená rychlost přenášet pozornost ulpívanost
 potřeba delší doby na zaměření pozornosti k podnětu
 snížená kapacita pozornosti k podnětům větší námaha zaměřit pozornost
 větší zaměřenost a soustředěnost klienta na vnitřní podněty
 nedostatek pozornosti ke stimulům na postižené straně
 pomíjení postižené strany těla jiné:

Související změny

apatie nezáměr neochota úzkost strach stud sebelítost
 deprese
 nedostatečná ochrana postižené strany neochota spolupracovat
 negativismus bagatelizace popření poruchy nepřijetí změny
 nepochopení zdravotního stavu
 poruchy sebek péče nedostatečná výživa nedostatečná hydratace
 nedostatečná hygiena
 jiné změny:

Faktory ovlivňující kvalitu pozornosti tělesné

porušená percepce zraková: výpadky zorného pole hemianopsie
 jednostranná slepota jiné:
 porucha čítí na postižené straně těla: anestezie hypestezie
 jiné:
 omezená hybnost postižené strany snížené funkční schopnosti postižené strany
 změny vzhledu postižené strany
 neurologická onemocnění: paréza plégie CMP jiné:
 poranění trauma operační výkon bolest dyskomfort jiné:

psychické

poruchy motivace poruchy vůle poruchy myšlení
 změny charakterových vlastností jiné:

AKTIVITA - ODPOČINEK: IMOBILIZAČNÍ SYNDROM

Název klinického pracoviště:

Iniciály klienta:

Pohlaví: muž žena

Lékařská/é diagnóza/y:

Den hospitalizace:

Oslovení klienta:

Věk:

Pooperační den:

Imobilita

vynucená předepsaná
 Stupně nepohyblivosti/ klidu na lůžku: úplný částečný:
 s využitím prostředků
 pomoc druhé osoby
 obojí

Imobilizační syndrom rozvinut

v oblasti pohybového systému:

poruchy vertikalizace klienta úbytek svalové síly svalová ztuhlost
 zmenšený obvod končetin kontraktura ankylóza fixovaný postoj/poloha
 neschopnost plné extenze snížený rozsah kloubní pohyblivosti
 bolest v kloubech porucha koordinace pohybů
 prokázaná osteoporóza bolestivé mimokloubní kalcifikace jiné:

v oblasti kardiiovaskulárního a krevního systému:

tachykardie bolest na hrudi i při minimální zátěži
 hypotenze ortostatická hypotenze závratě bledost pocení
 snížení výkonnosti otoky, kde:
 zvýšená náplň žil studené nohy/ruce bledost
 tromboembolické komplikace jiné:

v oblasti respiračního systému:

zhoršené vykašlávání kašel: charakter sputa: infekce
 mělké dýchání vymizení hlubokých nádechů ztížené dýchání
 asymetrie pohybů hrudníku bolest při dýchání horečka
 snížení SaO₂ jiné:

v oblasti metabolického systému:

snížení příjmu potravy snížení hmotnosti otoky pomalé hojení ran
 změny laboratorních hodnot:
 projevy dehydratace: jiné:

v oblasti trávicího systému:

ztráta chuti k jídlu žízeň nevolnost meteorismus obstipace
 distenze břicha skybala bolestivá defekace
 stolice: tvrdá suchá malého objemu zvracení paradoxní průjem
 jiné:

v oblasti urogenitálního systému:

kolikovitá bolest hematurie dysurie horečka strangurie
 polakisurie nevolnost
 zhoršené vnímání pocitu plnosti močového měchýře bolesti v podbřišku
 hmatný rozepjatý močový měchýř
 retence paradoxní ischurie inkontinence
 nutnost permanentní katetrizace
 zvýšená diuréza snížená diuréza zvýšená hustota moči
 změny laboratorních hodnot: jiné:

v oblasti endokrinního systému:

změny laboratorních hodnot: jiné:

Základní ošetrovatelská dokumentace 2

Plán ošetrovatelské péče:

- Ošetrovatelské diagnózy
- Cíle ošetrovatelské péče
- Plánované sesterské intervence
- Hodnocení efektu poskytnuté péče
- Datum zpracování, poskytování a hodnocení péče
- Záznamy o neplánované situaci či péči
- Podpis sestry odpovídající za plán péče a pracovníků, kteří péči poskytnou

Základní ošetřovatelská dokumentace 3

Vývoj stavu pacienta/pozorování:

- Stručné informace o potřebách ošetřovatelské péče zajišťují její kontinuitu.
 - *Každodenní vyhodnocování a zavádění příp. změn dle potřeby pacienta.*

Základní ošetřovatelská dokumentace 4

Překladové a propouštěcí zprávy:

- Podávají informace dalším - navazujícím zdravotníkům v případě přemístění/přeložení na jiné pracoviště, nebo při propuštění.

Základní ošetrovatelská dokumentace 5

Denní záznamy, hlášení sester:

- Poskytují důležité informace o pacientech a chodu oddělení.

NO:

Spadl mu na hrudník a břicho 2tunový stroj, zaklíněn pravým nártem, vyproštěn.

Alergie:

ne

Anamnéza:

FA + OA: epilepsii **neguje**

Objektivní nález:

Subj. bolest hrudníku a břicha v podbřišku.**Obj.** při vědomí, komunikuje, podána opioid. anestetika, polytrauma, Exacyl 2x 500mg.Krvácí ze zátylku po pádu nazad na hranu schodu, **fraktura L předloktí** poraněn hrudník, břicho, otevř. **fraktura P nohy** rána na nártu po zaklínění.

A DC udrží volné, dut.ústní volná, z uší nekrvácí

B dýchh.mělké, zdá se zvednutá L polovina hrudníku, ale dýchání dobře slyšitelné, vpravo dých.oslabeno, sat.s O2 89%, bez krepitací

C **hypertenze, sinus**D při vědomí, zornic **izok.** hýbe PHK, levá **fixována**, doteky na DKK cití

E břicho tuhé, v.s. krvácení v dut.břišní, pánev pevná

EKG:

SR, 3 svod

Vitální hodnoty:

Čas	TK(mmHg)	TF(/min)	RR(/min)	SpO2(%)	EtCO2(mmHg)	TT(°C)	GCS	VAS	Glykemie(mmol/l)	SpCO (%)	SpOMet (%)	Laktát	Zornice(mm)
13:29	170 / 100	80	20	89 (O2)			15 (4-5-6)						L 4, P 4
13:40	180 / 105	80	20	91 (O2)			14 (3-5-6)						L 3, P 3

Terapie:

•Výkony

APLIKACE MEDICINÁLNÍHO KYSLÍKU; **Analgosedace intravenózní**; EKG VYŠETŘENÍ; I.V. INJ. U DOSPĚLÉHO NEBO DÍTĚTE NAD 10 LET; **KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFUZE**; PULZNÍ OXYMETRIE

•Léky

SUFENTANIL TORREX 2ml/10mikrogramů inj. 2 amp **intraven** pouze aplikace

•Přístroje

Monitor(Monitor64); Oxymeter(Oxymeter64)

•Pomůcky

scoop nosítka; vakuová matrace; fixační límec

► Polytrauma, podáno 20ug Sufenty a 1g Exacylu, 500ml RF iv, krč.límec, spont.ventilace uspokojivá, proto volíme rychlý transport. Za převzetí děkují.

Diagnóza:

T068 - Jiná určená poranění postihující více částí těla

Trauma hlavy, hrudníku, břicha, L předloktí, P nohy.

NACA:

V. - přímé ohrožení života

Poznámka k předání/doplňkové info:	FN Bohunice (trans, mimo novor. JIP)	Přebírající zdravotník:	Předávající zdravotník:
	UP (Urgentní příjem) via Emergency	MUDr. PEŠKYJAS Podpis a razítko	MUDr. Pešková Klára <i>Peš.</i>
			Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje. p.o. Kamenice 798/1d. 625 00 Brno

Záznam výjezdu ZZS

Hlášení sester

- Je formální stránkou a vizitkou oddělení.
- Upravuje předávání návykových látek, nástrojů a přístrojů.
- Poskytuje informace o pacientech a chodu oddělení.

DATUM		POČET NEMOCNÝCH		
Zvýšená ošetrovatelská péče				
Návštěva u nemocného		Mimořádné události		
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

Formuláře připojované ke ZD

- Převzetí svršků pacienta
- Informované souhlasy
- Úschova cenností
- Záznamy o provedených ošetřovatelských testech (měření míry soběstačnosti, bolesti, rizika dekubitů, psychického stavu, atp.)
- Záznam o příjmu a výdeji tekutin
- Záznam o dietě, záznam diabetika
- Záznam o perioperační péči
- Záznamy laboratorních výsledků
- Záznamy o poskytnutých informacích, o edukaci, atp.

Nejčastější chyby při vedení ZD

Ošetrovatelské diagnózy:

Nevystihují stav pacienta při přijetí

Nevypovídají o změnách zdravotního stavu

Automaticky se přepisují i po odeznění problémů

Nejsou seřazeny dle naléhavosti/priority

Chybí plán ošetrovatelské péče

Nesoulad ošetrovatelských a lékařských záznamů

Neadekvátní edukace

Nedostatky v hodnocení bolesti

Zbytečná duplicita záznamů

Nečitelnost záznamů

Informační technologie a počítačem vedené záznamy

- Mnoho ZP k záznamu svých plánů, hodnocení a poskytování péče používá informační technologie, což má některé výhody. Počítačové záznamy se snadněji čtou, jsou méně objemné, odstraňují potřebu duplicity a zlepšují komunikaci mezi členy zdravotnického týmu.
- Je nezbytné dodržovat základní principy, které platí pro ručně psanou dokumentaci:
 - *Všechny samostatné části zdravotnické dokumentace musí obsahovat elektronický podpis osoby, která zápis provedla.*
 - *V případě, že zápisy nemají elektronický podpis, musíte uchovávat tištěnou formu dokumentace s podpisy.*
 - *Bezpečnostní kopie datových souborů musí být prováděny nejméně jednou za pracovní den.*
 - *Uložení archívních kopií se vytváří nejméně jedenkrát za rok, je provedeno způsobem znemožňujícím do nich provádět dodatečné zásahy.*
- **Bezpečnost, přístup a důvěrnost**
 - *Princip důvěrnosti informací o pacientech, je stejně důležitý u počítačových záznamů jako u všech ostatních záznamů. Je povinností zabezpečit, aby kterýkoliv používaný systém byl plně bezpečný. Měly by být vytvořeny jasné místní standardy, které by specifikovaly, kteří pracovníci mají k počítačem vedeným záznamům přístup.*
 - ***Pacienti** nemají právo omezovat množství informací relevantních pro jejich péči nebo stav, které jsou zařazovány do jejich dokumentace. **Mohou však omezit přístup k určitým informacím o sobě** a ZP musí toto jejich právo respektovat. Tímto právem by se měly zabývat místní směrnice a standardy.*

Audit

- Audit je jednou ze součástí procesu managementu a jeho konečným cílem je zvyšování kvality poskytované péče. Cíle je dosaženo, pokud je v průběhu zdravotní péče dosaženo zlepšení, rizika pro pacienta jsou minimalizována a náklady pro zaměstnavatele sníženy.
- Audit může hrát důležitou roli při zajišťování kvality poskytované péče a to platí stejně i o procesu vedení ošetřovatelské dokumentace. Při auditu vedené dokumentace můžete posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde by mělo dojít ke zlepšení a poučení pracovníků.
- Nástroje auditu ke sledování úrovně zápisů by tedy měly být stanoveny na místní úrovni a měly by sloužit jako základ jak pro hodnocení, tak pro diskusi. Ať je použit jakýkoliv nástroj nebo systém auditu, měl by být primárně zaměřen na to, aby sloužil zájmům pacientů než pohodlí organizace. Nutnost zachovávat důvěrnost informací o pacientovi platí v auditu stejně tak jako v samotném procesu vedení dokumentace.

Audit OD - Vysočina

Ošetřovatelská dokumentace - průměr za KNL	STARÁ	NOVÁ
Celkové náklady na oš. dokumentaci/za měsíc	23 500,- Kč	↓ na 11 200,- Kč
Celková úspora v nákladech za KNL	----	147 600,- Kč
Počet hospitalizovaných za měsíc	2 265	2 398
Průměr Kč/ na 1 pacienta	10,30 Kč	4,60 Kč
Počet typů formulářů	9	↓2
Na kolik dnů je možný záznam	1	1 až 5
Možnost vícedenního záznamu	ne	ano
Kontinuita přehledu/vývoje ve dnech (časová osa)	ne - dát si několik záznamů vedle sebe	jeden přehledný záznam
Časová náročnost bez monitoringu (1 pacienta/den)	15 - 25 minut	2 - 3 minut
Celková náročnost na 15 pacientů/směna	3,75 hod.	1 - 1,5 hod.
Počet vypsání datumu a identifikace+ podpis pracovníka/na 1 pacienta/den	13	↓2
Počet vypsání datumu a identifikace+ podpis pracovníka/na 15 pacientů/směna	195	15
Nutnost početního zhodnocení screeningů	vždy 4 x (příjem, překlad, týdně, změna stavu)	1x (aktuální hodnocení dne)
Využití pro oddělení/počet	61	61
Hodnocení lékařů/nelékařů	přemíra administrativy, špatná orientace, ...	přehledná, na první pohled
Počet zapojených nemocnic/město	1 - Liberec	3 - Liberec, Turnov, Česká Lípa

Právní záležitosti a stížnosti

- **OD** je někdy vyžadována jako důkaz u soudu a nebo za účelem vyšetření stížnosti na místní úrovni. Jako důkaz mohou být požadovány všechny složky ošetřovatelské dokumentace. Veškeré zápisy v OD mohou být v určitém okamžiku podrobně zkoumány. Soudy mají k vedení ošetřovatelské dokumentace takový přístup, že „**pokud něco není zaznamenáno, nebylo to ani provedeno**“.
- Etická komise ČAS posuzuje stížnosti na neprofesionální chování NLZP.
- NLZP jsou z hlediska profesionálního i legislativního povinni vést OD.
- Frekvence zápisů je zpravidla určována profesionálním úsudkem a místními standardy a předpisy. Zápis v ošetřovatelské dokumentaci musí být učiněn vždy při změně zdravotního stavu pacienta, přičemž **pacient by měl být zhodnocen NLZP za každou pracovní směnu**.
- NLZP je profesionálně zodpovědný za to, aby všechny úkoly, byly splněny při zachování stanovené míry kvality. Jestliže je pověřen vedením ošetřovatelské dokumentace student, odpovídá NLZP za zajištění dohledu a kontrolu plnění odpovídajících úkonů. Každý zápis je povinnost čitelně parafovat a současně si uvědomovat profesionální odpovědnosti za důsledky těchto zápisů. Tím je zajištěna **identifikace záznamů, často je podložena seznamem pracovníků s podpisovými vzory**.

Souhrn

1. Vedení ošetrovatelské dokumentace je nedílnou součástí ošetrovatelské praxe.
2. Profesionální vedení ošetrovatelské dokumentace je známkou kvalifikovaného pracovníka.
3. Základní složky ošetrovatelské dokumentace jsou: ošetrovatelská anamnéza, záznam vývoje stavu pacienta/klienta, ošetrovatelský plán a překladová/propouštěcí zpráva.
4. Záznamy by neměly obsahovat, nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky.
5. Záznamy by měly být konkrétní, soustavné a přesné.
6. Záznamy by měly být psány přehledně a tak, aby text nemohl být vymazán.
7. Je třeba zajistit, aby každý zápis do ošetrovatelské dokumentace byl snadno identifikovatelný.
8. Veškeré zápisy, které uděláte do záznamů pacienta, mohou být v určitém okamžiku podrobně posuzovány.
9. Ošetrovatelské záznamy mají být pořizovány vždy při změně pacientova zdravotního stavu, za každou pracovní směnu a volná místa proškrtnutá.
10. Při auditu ošetrovatelské dokumentace můžete posoudit její úroveň a identifikovat oblasti, kde by mělo dojít ke zlepšení příp. k poučení pracovníků.
11. Použití dokumentace při výzkumu by mělo být schváleno místní etickou komisí.
12. Princip důvěrnosti zaznamenávaných informací o vašich pacientech platí také u počítačových záznamů, je stejně důležitý jako u všech ostatních záznamů.
13. Vaší povinností je chránit důvěrnost dokumentace pacienta.
14. Příspěvek každého člena ošetrovatelského týmu do ošetrovatelské dokumentace by měl být považován za stejně důležitý.
15. Dobré vedení dokumentace pomáhá dodržet stanovenou kvalitu péče pro pacienty.

Vedení oš. dokumentace



Předpis, který popisuje konkrétní zápisy do oš. dokumentace:
CO SE KAM ZAPISUJE

Mapy péče



Popisují obecné standardní činnosti sester při práci s pacientem.
KDY CO DĚLAT

Manuály péče



Popisují přesně konkrétní oš. zákroky a postupy v péči o pacienta.
JAK TO DĚLAT