MUNI
MED

Zdravotnická dokumentace

Typy dokumentů v nemocnici

- ŘÍZENÁ DOKUMENTACE
  - Legislativní požadavky
  - Povinné dokumenty z technické normy (revize elektrických zařízení / přístrojů)
  - Povinné dokumenty ze systému managementu kvality
    ISO 9001, ISO 15189, akreditační standardy národní / mezinárodní pro nemocnice, ambulance, laboratoře, následnou péči
  - Provozní dokumenty

MUNI MED

Legislativa

- Zákon č. 372/2011 Sb. (novela - 147/2016 Sb.) o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ČÁST ŠESTÁ - ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE A NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM (§ 52 - § 78)

- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (Zákon 202/2017 kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony) 202/2017 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějšíc... (zakonyprolidi.cz)
  - ZD při poskytování specifických zdravotních služeb (▲asistovaná reprodukce, sterilizace apod.)

- Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci (zakonyprolidi.cz) (Vyhláška č. 137/2018 Sb. *Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů,* Vyhláška 279/2020 ze dne 17. června 2020, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů VYHLÁŠKA ze dne 17. června 2020, kterou se mění | epravo.cz

- Vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče Standard: stanoveny interní pravidla vedení zdravotnické dokumentace - vedení zdravotnické dokumentace, nakládání s dokumentací a nahlížení do ní v návaznosti na konkrétní podmínky poskytování lůžkové zdravotní péče a organizační strukturu zdravotnického zařízení

- METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) k zabezpečení vedení záznamů ošetřovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci dle ustanovení §§ 52 – 69 zákona č. 372/2011Sb., zákona o zdravotních službách https://www.cnna.cz/docs/akce/cas_metodicky-pokyn_snizeni-administrativni-zateze-nzp.pdf

MUNI MED

Legislativa

- Zákon č. 325/2021 Zákon o elektronizaci zdravotnictví
- Zákon č. 326/2021 Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o elektronizaci zdravotnictví

Oba zákony uvedeny ve sbírce zákonů https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/11/sb0143-2021.pdf

- Zákon č. 95/2004 Sb. + Zákon č. 96/2004 Sb. způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
- Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků
- Vyhláška č. 306/2012 Sb. hygienické požadavky
- Resortní bezpečnostní cíle MZČR
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Zákon č. 117/2000 Sb., o návykových látkách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích
- Vyhláška č. 11/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů - ve znění 268/2014 Sb.

MUNI MED

Zdravotnická dokumentace (ZD)

- **shromažďuje všechny údaje o zdravotním stavu pacienta a všechny skutečnosti o poskytovaných zdravotních službách** (identifikační údaje poskytovatele, identifikační a kontaktní údaje o pacientovi, data zápisu a poskytnutí péče a v případě hospitalizace i čas ukončení péče či informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb)
- **informace** o diagnóze, návrh léčebného postupu, záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb včetně žádanek, záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález, záznam o předepsaných či podaných lécích, zdravotnických pomůckách a transfúzích, příkaz ke zdravotnické přepravě, záznamy o ošetřovatelské, nutriční a rehabilitační péči, záznamy o očkování, písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb, záznamy o jejich odmítnutí, donucovací prostředky, lékařské posudky, informace o dočasné pracovní neschopnosti, záznam o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte.
- zaznamenává se kdy a kdo do dokumentace nahlížel,
- pacient či jeho blízcí mají za určitých okolností právo do dokumentace nahlížet.

MUNI MED

Zdravotnická dokumentace

- soubor informací vztahující se k pacientovi (o kterém je ZD vedena)
- základní záznam o poskytované zdravotní službě ve zdravotnickém zařízení
- každé ZZ je povinno vést náležitým způsobem ZD

- aby současná zdravotní péče splňovala náročné požadavky na kvalitu, bezpečnost a efektivitu, musí být zdravotnická dokumentace optimalizována, standardizována, řádně a včasně dokumentována

- Vedení v – listinné podobě, elektronické podobě, kombinace obou

MUNI
MED

ZD obsahuje:

- identifikační údaje pacienta - jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, adresu
- pohlaví pacienta
- identifikační údaje poskytovatele
- informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb
- rodinnou, osobní a pracovní anamnézu pacienta, popř. sociální anamnézu,
- údaje vztahující se k úmrtí pacienta
- další údaje související s poskytováním zdravotní péče.

MUNI MED

Základní ZD hospitalizovaného pacienta:

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

- Oše. dokumentace

MUNI
MED

Zdravotnická dokumentace

- Základní nástroj evidence poskytované péče
- Důkaz prováděných činností (vykazování pro zdravotní pojišťovnu)
- Důkaz o vývoji zdravotního stavu pacienta v čase
- Studijní materiál (závěrečné práce, vývoj, výzkum)
- Vizitka zdravotního zařízení
- Bezpečnostní opatření (provádění legislativní bezpečnosti zdravotního zařízení i jejich zaměstnanců)
- Možnost posouzení lege artis
- Možnost zhodnotit rozsah informovanosti pacienta

MUNI
MED

Vedení zdravotnické dokumentace

- Systematicky – časová posloupnost a kontinuální doplňování
- Včas – záznam v reálném čase, bez prodlevy
- Komplexně – lékařská, ošetřovatelská, psychologická, RHB aj.
- Srozumitelně – shodná/definovaná formální stránka
- Pravdivě
- Čitelně

„Co není zapsáno, není uděláno...“

MUNI MED

KONTINUITA PÉČE

- Přijetí pacienta k ústavní péči – zahájení hospitalizace
- Ukončení ústavní péče – překlad (v rámci odd., nemocnice nebo jiného ZZ), či propuštění
- Podstatná změna zdravotního stavu – záznam
- Podání léčivého přípravku
- Změna dg.-léčebného a ošetřovatelského postupu
- Indikace k neodkladnému výkonu
- Realizace neodkladného výkonu
- Nežádoucí událost (typ, záznam, kořenová analýza, nápravné opatření)
- Úmrtí

MUNI MED

Opravy a Zkratky

- Opravy
  - původní zápis škrtnout tak, aby zůstal původní zápis čitelný
  - nový zápis musí obsahovat časový údaj opravy, datum a podpis osoby provádějící opravu
  - nejčastější chybovost (korektory, škrtání, přelepování, obyčejné tužky)

- Zkratky
  - vytvoření seznamu používaných a povolených zkratek v daném ZZ
  - nepoužívat v preskripci léků, propouštěcí zprávě
  - nejčastější chybovost (slang, nespisovné a cizí výrazy)

MUNI
MED

Vlastnictví záznamů

- organizace (konkrétní ZZ) jsou právními vlastníky dokumentace
- ! Neznamená to, 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

MUNI
MED

Nahlížení do ZD (dle Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*

§ 65

(1) Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou **v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem** nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie

a) pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta; do záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta nahlížet nebo si pořizovat výpisy nebo kopie pouze v rozsahu záznamu popisu příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

b) osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba; v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky se postupuje podle písmene a),

c) osoby blízké zemřelému pacientovi v rozsahu stanoveném v § 33 odst. 4;

postupy podle písmene a), b) nebo c) **nesmí narušit poskytování zdravotních služeb**.

MUNI MED

(2) Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu,

a) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání, a dále z důvodu splnění úkolů podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů a při hodnocení správného postupu při poskytování zdravotních služeb,

b) osoby podílející se na výkonu působnosti příslušného správního orgánu v souvislosti s přezkoumáním lékařského posudku podle jiného právního předpisu,

c) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání

1. pověřené příslušným správním orgánem vypracováním odborného stanoviska k návrhu na přezkoumání lékařského posudku,

2. pověřené příslušným správním orgánem, který převzal podle tohoto zákona zdravotnickou dokumentaci, pořizováním výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta,

d) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které se podílejí na výkonu působnosti správních orgánů, oprávněné k výkonu kontroly v rozsahu jejich pověření podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů a pověřené osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání přizvané ke kontrole v rozsahu jejich pověření,

e) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřené zdravotními pojišťovnami k provádění činností v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění,

f) zdravotničtí pracovníci příslušní podle jiných právních předpisů k posuzování zdravotního stavu pro účely sociálního zabezpečení, zejména nemocenského nebo důchodového pojištění, státní sociální podpory, zaměstnanosti, sociálně-právní ochrany dětí, sociálních služeb a pomoci v hmotné nouzi,

g) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřené Státním ústavem pro kontrolu léčiv, oprávněné k výkonu kontroly podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů v rozsahu stanoveném těmito právními předpisy,

h) osoby podílející se na evidenci údajů nebo na kontrole sdělování údajů do Národního zdravotnického informačního systému podle tohoto zákona,

i) soudní znalci ve zdravotnických oborech a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které byly pověřeny vypracováním znaleckého posudku znaleckým ústavem nebo znaleckou kanceláří[30]), poskytovatelem nebo zdravotnickým pracovníkem, v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku pro potřebu trestního řízení nebo pro řízení před soudem podle jiných právních předpisů,

j) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem,

k) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které jsou zaměstnanci orgánů ochrany veřejného zdraví, při výkonu státního zdravotního dozoru,

l) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání provádějící hodnocení kvality a bezpečí podle tohoto zákona a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání provádějící externí klinické audity lékařského ozáření podle zákona o specifických zdravotních službách,

m) Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle jiného zákona[31]) tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob,

n) členové delegace Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání nebo členové delegace Podvýboru pro prevenci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání, a to v rozsahu nezbytném pro splnění úkolu vyplývajícího z mezinárodních smluv, kterými je Česká republika vázána a které upravují činnost výboru nebo podvýboru[32]),

o) inspektoři oprávnění k provádění inspekcí souvisejících s klinickým hodnocením humánních léčivých přípravků v souladu s přímo použitelným předpisem Evropské unie upravujícím podrobná pravidla pro provádění inspekčních postupů správné klinické praxe[55]),

p) jde-li o pacientský souhrn, zdravotničtí pracovníci poskytovatele jiného státu Evropské unie prostřednictvím příslušného národního kontaktního místa, a to za účelem poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, který se nachází v péči poskytovatele jiného státu Evropské unie a o němž je pacientský souhrn veden.

Osoby uvedené v písmenech b) až n) si mohou pořizovat výpisy nebo kopie zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytném pro splnění účelu nahlížení.

Nahlížení do ZD (dle Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*

MUNI MED

Nahlížení do ZD (dle Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

(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.

MUNI MED

Zákon o zpracování osobních údajů/GDPR

- Povinnosti pro poskytovatele zdravotních služeb přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, k jejich jinému neoprávněnému zpracování, jakož i k jinému zneužití osobních údajů.
- **Zákon č. 110/2019 Sb. Zákon o zpracování osobních údajů**
- Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (angl. General Data Protection Regulation - GDPR)
- hájit co nejvíce práva občanů EU proti neoprávněnému zacházení s jejich daty včetně osobních údajů.

MUNI
MED

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 (např. v nemocničním systému FN Brno je s pacientem sepsán a pacientem podepsán *Záznam o souhlasu s poskytováním informací o zdravotním stavu a o určení osoby oprávněné vyslovit zástupný souhlas*)

MUNI MED

Uchování zdravotnické dokumentace

- období pro uchování záznamů pacientů/klientů závisí na platné legislativě.
- je vhodné, aby mělo ZZ vypracované směrnice s uvedením požadavků na uchovávání veškerých záznamů, které je nutno dodržovat.

Poskytovatel:

- vede a uchovává ZD
- posuzuje, zda je ZD potřebná pro další poskytování zdravotních služeb, zda může být vyřazena a zničena.
- pravidly se řídí i správní orgán, který převzal zdravotnickou dokumentaci např. po zemřelém lékaři.

MUNI
MED

Archivace a skartace ZD

„Čl. 6 Vyhláška 137/2018

- **(1)** ZD určená k vyřazení musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.
- **(2)** Poskytovatel pořídí a uchovává písemný záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom, kdy, jak a kým byla zdravotnická dokumentace zničena; soupis obsahuje identifikační údaje pacienta. Písemný záznam se uchovává bez časového omezení.“.

- Zákon č. 499/2004 Sb. *Zákon o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů a V*yhláška č. 646/2004 Sb. *Vyhláška o podrobnostech výkonu spisové služby*
- 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

MUNI MED

Archivace a skartace ZD

- Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotních služeb nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí doby uchování vyřazena a navržena ke zničení.
- Doba uchování zdravotnické dokumentace – doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovat u poskytovatele pro účely poskytování zdravotních služeb. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zničena.
- Lůžková péče: a) 40 let od ukončení poslední hospitalizace nebo 10 let od úmrtí pacienta, b) 20 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě následné a dlouhodobé lůžkové péče.

MUNI MED

Z hlediska skartace se písemnosti dělí

- **Písemnosti „A“** – písemnosti, které mají důležitost z hlediska ekonomického, právního, historického, sociálního a kulturního, ukládají se do Státního ústředního archivu
- **Písemnosti „V“** – 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

- Skartační znak S, V, A

MUNI
MED

Výzkum, výuka a přístup

- **Záznamy pacienta/klienta mohou být použity:**
  - ✓pro výzkumné účely
  - ✓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.

MUNI
MED

Souhlas x Revers (dle Zákonu 372/2011)

Poskytování zdravotních služeb se souhlasem

§ 34

(1) Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb (dále jen „souhlas“) se pokládá za

a) svobodný, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku,

b) informovaný, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle § 32 odst. 1 podání informace vzdal.

(2) Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis[21)] nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě. Na vyžádání je pacientovi poskytnuta kopie písemné formy souhlasu.

(3) Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers).

(4) Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

(5) Písemný souhlas, písemné odvolání souhlasu, popřípadě záznam o odvolání tohoto souhlasu, pokud pacient souhlas odvolal bez písemného vyjádření, písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb, popřípadě záznam o tomto nesouhlasu, pokud pacient odmítá učinit písemné prohlášení, je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; podepíše je pacient a zdravotnický pracovník. Odmítá-li pacient záznam podle věty první podepsat, zdravotnický pracovník tuto skutečnost do záznamu doplní; záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

(6) Jestliže zdravotní stav pacienta nedovoluje vyjádření souhlasu, odvolání souhlasu nebo vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb požadovaným způsobem, zdravotnický pracovník zaznamená nepochybný projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace o něm vedené, uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící pacientovi ve vyjádření požadovaným způsobem; záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

(7) Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem podle § 33 odst. 1, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.

§ 35

(1) Při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob[49)] s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.

(2) Poskytnutí zdravotních služeb na základě souhlasu nezletilého pacienta nebrání tomu, aby ošetřující zdravotnický pracovník podal zákonnému zástupci informaci o poskytnutých zdravotních službách nebo zdravotním stavu nezletilého pacienta.

(3) Jde-li o zdravotní služby, které spočívají v poskytnutí

a) neodkladné péče, která není péčí podle § 38 odst. 4, nebo

b) akutní péče, a

souhlas zákonného zástupce nelze získat bez zbytečného odkladu, rozhodne o jejich poskytnutí ošetřující zdravotnický pracovník. To neplatí, lze-li zdravotní služby poskytnout podle odstavce 1 na základě souhlasu nezletilého pacienta.

(4) Jde-li o pacienta s omezenou svéprávností, odstavce 1 až 3 se použijí obdobně s tím, že věk pacienta se nezohledňuje.

(5) Jde-li o pacienta uvedeného v § 28 odst. 4, poskytovatel vyloučí, má-li podezření, že je tento pacient zneužíván nebo týrán, popřípadě, že je ohrožován jeho zdravý vývoj, přítomnost osob uvedených v § 28 odst. 3 písm. e) při poskytování zdravotních služeb, pokud jde o vyšetření za účelem vyloučení známek uvedených skutečností.

§ 36

MUNI MED

MUNI
MED

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

„Administrativní zátěž ve zdravotnictví je dlouhodobě předmětem kritiky jak ze strany lékařů, tak zejména zdravotních sester. Jejím důsledkem je i to, že jsou sestry přetížené a nemohou se zcela věnovat pacientům – často musí trávit více času administrativou. Vnímáme, že to přispívá i k odchodům zdravotníků z praxe a jsou hlasy, že pokud by byla administrativní zátěž menší, nebyla by tak velká personální potřeba. Bylo by tedy možné práci lépe zvládat se stávajícími sestrami a zdravotnického personálu by nebyl zásadní nedostatek. Proto jsme se rozhodli přistoupit k novele vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Základním cílem je zjednodušit vedení zdravotnické dokumentace a snížit administrativní zátěž pro zdravotníky," vysvětluje ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Zdravotní sestřičky by také měly vést méně záznamů, a to tak, aby to odpovídalo skutečným potřebám daného zařízení.

Na druhou stranu však ministerstvo poukazuje na to, že poskytovatelé jdou nezřídka ve vnitřních předpisech nad rámec zákona a vyhlášky, což může personál zatěžovat. „Chtěl bych proto vyzvat zařízení, aby si revidovala vnitřní předpisy a snížila tak administrativní zátěž. V tomto jim otvíráme cestu, protože rušíme povinné požadavky u ošetřovatelské dokumentace. Nově je vyžadováno pouze to, aby dokumentace byla vedena, ale umožňujeme adaptaci dle typu zařízení a poskytované zdravotní péče," dodává ministr Vojtěch.

Prezidentka České asociace sester Martina Šochmanová, nejde tedy rozhodně o zrušení ošetřovatelské dokumentace. „Každý, kdo provede zdravotnický úkon či službu, to musí zaznamenat,"

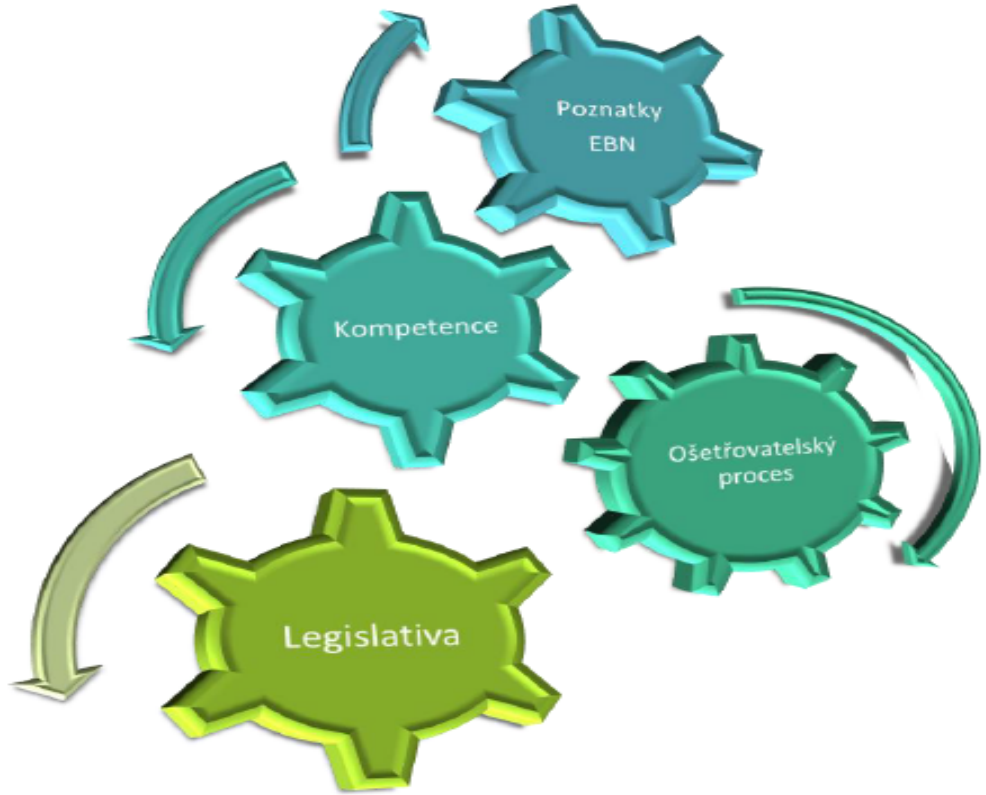
http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/07/mz-zjednodusilo-vedeni-zdravotnicke-dokumentace-administrativu-snizi-i-pri-revizi-pokynu-ve-vestniku/

4.7.2018

„Dokumentace ošetřovatelské péče je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace a i nadále v ní musí být obsaženy a zaznamenány veškeré úkony související s poskytováním ošetřovatelské péče, a to nejen z možných forenzních důvodů, ale i z hlediska kvality poskytované ošetřovatelské péče." Strnadová

„Dokumentace ošetřovatelské péče popisuje její průběh – bez duplicitních záznamů i bez nucení sester k víceméně umělé identifikaci ošetřovatelských diagnóz, zato s jasným popisem pacientových problémů, které jsou řešitelné ošetřovatelskou intervencí a následným popisem intervencí a jejich efektu." Marx

In ***Michaela Koubová,*** *Ošetřovatelská dokumentace ode zdi ke zdi? Odpadá dublování a formality, ne povinnost dokumentovat péči, 10.5.2018*



Vedení ošetřovatelské dokumentace

zdroj ČAS **Vedení ošetřovatelské dokumentace | Česká asociace sester (cnna.cz)**

„Česká asociace sester (ČAS) je přesvědčena, že sestry, porodní asistentky a sestry v komunitní péči mají pracovat metodou ošetřovatelského procesu. ***Na zdokumentování jeho jednotlivých kroků a veškerých ošetřovatelských činností*** *je* ***důležité vedení ošetřovatelské dokumentace****.“*

MUNI
MED

Legislativa

- V předchozí verzi Koncepce ošetřovatelství: Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR (1998) částka 6 Koncepce ošetřovatelství – metodické opatření *„kde je definovaná ošetřovatelská dokumentace jako součást zdravotnické dokumentace.“*

- ošetřovatelská dokumentace je definována jako součást zdravotnické dokumentace – proto se vedení oše. dokumentace také řídí legislativou pro zdr. dokumentaci (viz legislativa na začátku prezentace)

- Např. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci: *„**(2)** Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje: …* **g)** *záznamy o poskytnuté ošetřovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči,..“*

MUNI MED

Aktuálně

Zdroj: Vedení ošetřovatelské dokumentace | Česká asociace sester (cnna.cz)

- neexistuje šablona pro vedení ošetřovatelské dokumentace, pouze metodické doporučení (viz dále).

Nejlepší ošetřovatelská dokumentace je taková, která:

- **vzniká na základě konzultací a diskusí**, které probíhají na místní úrovni mezi všemi členy víceoborového zdravotnického týmu i s pacientem/klientem
- je hodnocena a upravována podle potřeb pacientů/klientů
- umožňuje, aby o pacienta/klienta pečovala sestra bez ohledu na stadium procesu péče nebo prostředí péče.

MUNI MED

Dobré vedení ošetřovatelské dokumentace

II. Úvod zdroj ČAS **Vedení ošetřovatelské dokumentace | Česká asociace sester (cnna.cz)**

pomáhá chránit pacienty 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.

Význam: usnadnit ošetřovatelskou péči, aby se **zaměřila na hlavní problémy pacienta** a **byla schopna tyto problémy rychle a účelně řešit**

MUNI MED

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví (cnna.cz)

- Podle metodického pokynu poskytovatelé zdravotních služeb zpracují zásady vedení záznamů ošetřovatelské péče včetně věcného rozsahu a obsahu odpovídajícímu spektru poskytovaných služeb.

- https://www.cnna.cz/docs/akce/cas_metodicky-pokyn_snizeni-administrativni-zateze-nzp.pdf

MUNI MED

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví (cnna.cz)

Článek 2
Vymezení pojmů

(1) Pro účely tohoto metodického pokynu se rozumí:

a) zdravotnická dokumentace je soubor informací vztahujících se k pacientovi/klientovi, kdy při zpracování osobních údajů lze nakládat s rodným číslem pacienta/klienta;
b) záznamy ošetřovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci jsou všechny písemné, grafické a jiné systematicky prováděné zápisy související s poskytováním ošetřovatelské péče a dalších činností konkrétního pacienta/klienta;
c) vedení zdravotnické dokumentace včetně záznamů ošetřovatelské péče je možné v listinné nebo elektronické podobě nebo v kombinaci obou;
d) nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování výpisů a kopií je možné v souladu s § 65 zákona o zdravotních službách.

MUNI MED

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví (cnna.cz)

Článek 3
Záznamy ošetřovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci

(1) Záznamy ošetřovatelské péče jsou zaměřeny na potřeby jedince a jsou nedílnou součástí zdravotnické dokumentace.

(2) Záznamy ošetřovatelské péče poskytují přehledný průběh poskytování ošetřovatelské péče a obsahuje zejména:

a) záznam vstupního ošetřovatelského vyšetření (ošetřovatelskou anamnézu),
b) klíčové problémy pacienta,
c) záznamy o provedení ošetřovatelské péče a jejím průběžném hodnocení sestrou,
d) ošetřovatelskou překladovou zprávu při překladu pacienta/klienta k jinému poskytovateli zdravotních nebo sociálních služeb, zachycující jeho stav v okamžiku překladu, lze ji využít i v rámci překladu mezi odděleními u poskytovatele zdravotních služeb.

(3) Záznamy ošetřovatelské péče jsou vedeny společně s dokumentací lékařskou v souladu se specifickým zaměřením jednotlivých pracovišť.

(4) Záznamy ošetřovatelské péče musí být vedeny průkazně, pravdivě, čitelně a průběžně doplňovány.

(5) Součástí záznamu ošetřovatelské péče při poskytování jednodenní nebo lůžkové péče může být poučení pacientů/klientů o úschově cenností, dokumentace týkající se doprovodu pacienta/klienta, poučení o doprovodu u porodu, doklad o převzetí svršků pacienta/klienta, záznam o pozůstalosti, souhlas o ošetřovatelském výkonu.

MUNI MED

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví (cnna.cz)

Článek 3
Záznamy ošetřovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci

(6) Záznamy ošetřovatelské péče provádí:

a) sestra/porodní asistentka,
b) ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci podílející se na zdravotní péči,
c) ostatní členové ošetřovatelského týmu pracující pod odborným vedením sestry/porodní asistentky,
d) osoby (studenti), kteří se na výkon povolání připravují pod přímým vedením sestry/porodní asistentky.

(7) Vedení záznamů ošetřovatelské péče se řídí § 54 a následujícími zákona o zdravotních službách.

(8) Kontrolu záznamů ošetřovatelské péče provádí:

a) vedoucí zaměstnanec
b) zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb pověřeni kontrolou dokumentace.

(9) Každý poskytovatel zdravotních služeb má stanoven pro hodnocení záznamů ošetřovatelské péče interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

MUNI MED

METODICKÝ POKYN, KTERÝM SE STANOVÍ VEDENÍ ZÁZNAMŮ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví (cnna.cz)

Článek 4
Zaznamenávání realizace ošetřovatelské péče

(1) Záznam vstupního ošetřovatelského/porodnického vyšetření zahrnuje údaje o pacientovi/klientovi, rodině, ev. jeho blízkých, které jsou odebírány za použití kombinace metody:

a) rozhovoru,
b) pozorování,
c) fyzikálního vyšetření,
d) škálování za použití standardizovaného i nestandardizovaného dotazníku.

(2) Na sběru informací o pacientovi/klientovi v rámci záznamu vstupního ošetřovatelského/porodnického vyšetření se mohou podílet i jiní zdravotničtí pracovníci, kteří pacientovi poskytli bezprostřední ošetřovatelskou péči:

a) zdravotničtí záchranáři či sestry zdravotnické záchranné služby,
b) zaměstnanci akutního příjmu,
c) zaměstnanci příjmové ambulance.

(3) Záznam vstupního ošetřovatelského/porodnického vyšetření se odebírá dle stavu pacienta/klienta, nejdéle však 8 – 12 hodin po přijetí.

(4) Záznam vstupního ošetřovatelského/porodnického vyšetření slouží ke zhodnocení stavu zdraví, identifikace rizik, saturovanosti potřeb, soběstačnosti pacienta/klienta a určení ošetřovatelských problémů.

(5) Za konkrétní záznam ošetřovatelského/porodnického vyšetření odpovídá vždy ten, kdo záznam provedl.

(6) Záznam průběhu ošetřovatelské péče spočívá v návrhu vhodných opatření zejména s cílem prevence rizik a nácviku soběstačnosti s využitím dohodnutých standardních ošetřovatelských postupů za spolupráce a dohody s pacientem/klientem o pořadí naléhavosti jejich provedení.

(7) Výstupní hodnocení (evaluace) efektu poskytnuté péče, na základě porovnávání průběžných (dílčích) a očekávaných výsledků, je stručné, jasné a objektivní změření účinku péče zhodnocením fyzického i psychického stavu pacienta/ klienta.

(8) Ošetřovatelská propouštěcí zpráva je zpracována vždy ve dvojím vyhotovení, jedno slouží k zajištění návaznosti péče, druhé je součástí zdravotnické dokumentace pacienta/klienta určené k archivaci.

MUNI MED

Zaznamenávání realizace ošetřovatelské péče

Záznam vstupního ošetřovatelského vyšetření – Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelství – škálování :

- soběstačnost: ADL, IADL
- riziko vzniku dekubitů: škála Nortonové (Norton scale), rozšířená škála Nortonové, Waterlowova škála (Waterlow scale)
- bolest: hodnocení bolesti podle Hospital Broussais, 1998, BPS Behavioral Pain Scale - Škála hodnocení bolesti u pacientů neschopných komunikace, vizuální analogové škály VAS, hodnocení bolestivých reakcí novorozence.
- psychický stav a stav vědomí: škála deprese pro geriatrické pacienty (Sheik, Yesavage, 1986), Folsteinův test kognitivních funkcí (Mini-Mental-State, MMT) Glasgow skóre – stupnice hloubky bezvědomí

MUNI MED

OŠETŘOVATELSKÁ DOKUMENTACE

- **specifická:** formou, obsahem, strukturou, významem

- standardní terminologie a klasifikační systémy ošetřovatelství vyjadřují a zviditelňují to, co sestry dělají v podobě ošetřovatelské dokumentace

MUNI
MED

K čemu slouží oše. dokumentace

Zdroj potřebných informací o:

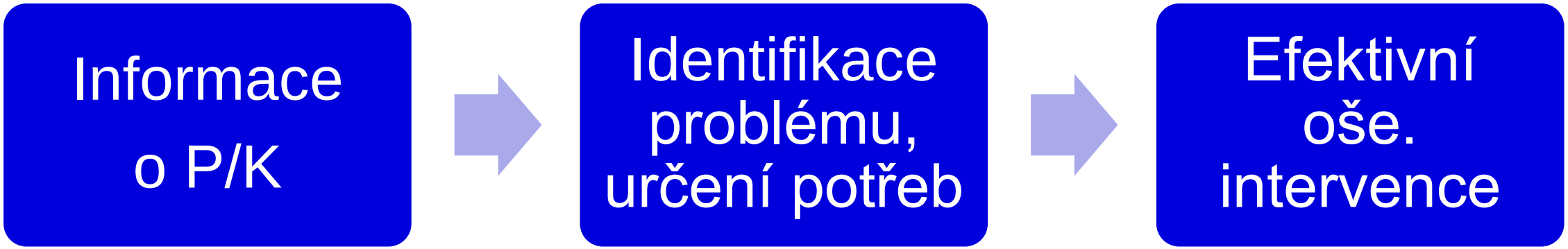
- potřebách nemocných
- cílech ošetřovatelské péče
- péči samotné a jejich výsledcích
  - **chronologický přehled o poskytnuté péči pacientovi**
  - **nástroj pro hodnocení ne/účinnosti různých ošetřovatelských intervencí**
  - **doklad, že poskytovaná péče byla provedena lege artis**

Zdroj hodnověrných informací pro účely:

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

MUNI MED

Význam oše. dokumentace



Kritéria pro oše. dokumentaci

- zohledňuje potřeby pracoviště
- slouží jako informační zdroj
- umožňuje dokumentovat poskytovanou ošetřovatelskou péči
- součást ošetřovatelského procesu (poskytování individuální péče)
- součást zdravotnické dokumentace

- formát by měl odpovídat ostatním dokumentům
- všichni členové zdr. týmu se musí dohodnout, jak a kam se budou jednotlivé informace zaznamenávat

Zásady pro vedení oše. dokumentace

- stručná (neměla by být příliš obsáhlá)
- jednoduchá, srozumitelná, úplná, výstižná
- snadno dostupná
- kvalitní
- čitelná
- bez zbytečných zkratek
- všechny záznamy by měly obsahovat datum, čas a podpis sestry, která zápis provedla
- Dostupná pro ZP poskytující péči o P/K

MUNI MED

Tvorba formulářů pro vedení ože. dokumentace

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

MUNI MED

Při tvorbě formuláře je

Žádoucí

- označení formuláře musí odpovídat obsahu
- shromažďovat pouze údaje potřebné k výkonu oše. péče
- nejjednodušší pro vyplňování
- zohlednit čas pro vyplnění

Nežádoucí, tzn. formuláře nesmí

- vést ke shromážďování údajů v rozporu s platnými předpisy
- obsahovat údaje, kt. by mohly vést k diskriminaci některých skupin P/K
- vést k duplicitě získaných údajů

formulář je součástí zdr. dokumentace → může sloužit jako podklad při kolizních jednáních

nedostatečně vyplněny formuláře jsou negativně hodnoceny

MUNI MED

Forma oše. dokumentace

- neexistuje jednotná předloha
- musí vycházet z potřeb poskytovatele zdravotních služeb - odpovídá konkrétním podmínkám pracoviště

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

MUNI
MED

Formuláře ošetřovatelské dokumentace

jednotlivé části mohou tvořit:

- záznam o laboratorních vyšetření,
- rehabilitaci,
- ošetřovatelská péče včetně anamnézy,
- klíčové problémy pacienta (ošetřovatelské diagnózy),
- plány péče, hodnocení, záznamy o ošetřovatelských testech (soběstačnost, bolest, rizika)
- informované souhlasy
- Úschova cenností
- Záznam o příjmu a výdeji tekutin
- Záznam o perioperační péči
- Záznam o poskytování informací a o edukaci……

MUNI MED

Souhrnná praktická doporučení

- samostatná u každého P/K
- jasné identifikační a kontaktní údaje poskytovatele zdravotnických služeb a příjemce péče
- konkrétní, logicky navazující a přesná
- zápis učinit co možná nejdříve poté, co k události došlo
- má poskytnout aktuální informace o péči a stavu P/K
- záznam má být pouze interpretací toho, co sestra viděla, slyšela, cítila nebo změřila nebo obsahuje pacientovy výroky a jeho reakci na péči / zákrok
- má identifikovat problémy, které se vyskytly a kroky, které byly podniknuty k jejich vyřešení;
- musí poskytovat jednoznačný důkaz o sdělených informacích, přijatých rozhodnutích, poskytnuté péči a sdělených informacích.

Souhrnná praktická doporučení

- všechny záznamy, změny a doplňky musí být opatřeny ***datem, časem a podpisem sestry***, která záznam provedla;

- záznamy musí být ***zapsány přehledně, chronologicky, pravdivě, věcně, čitelně*** a takovým *způsobem*, aby *text nemohl být vymazán*;

- ***při provádění změn musí původní zápis zůstat dobře čitelný;*** *(u opravě V změně na žádost P/K uvést datum, čas provedení zápisu a poznámka, že jde o opravu V doplnění na žádost pacienta, zápis se opatří podpisem pacienta a ZP.*

- dokumentace by neměla obsahovat nespisovné výrazy, bezvýznamné fráze, irelevantní spekulace a urážlivé subjektivní výroky;

MUNI MED

Nejčastější chyby v oše. dokumentaci

- nesprávná terminologie
- slangové výrazy (nechce béčko v injekci …)
- vulgarismy (poblil se …)
- psané jiným jazykem (pacient grgal …)
- subjektivní pocity zdravotníka (P/K asi zle spal, zdál se mi nepříjemný …)
- neschválené zkratky

MUNI
MED

Nejčastější chyby v oše. dokumentaci

Ošetřovatelské diagnózy:

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

MUNI MED

Kontrola ošetřovatelské dokumentace

- kompetence vrchní, staniční sestry a primáře
- kontrola nejen formální, ale i obsahová stránka vedení oše. dokumentace
- na základě přijatých výsledků kontroly přijímat potřebná opatření
- vyhotovení zápisu kontroly – nestačí pouze termíny kontrol

MUNI
MED

Základní oše. dokumentace

Denní záznamy, hlášení sester – poskytují důležité informace o:

- pacientech
- chodu pracoviště ve zdravotnickém zařízení

MUNI
MED

Hlášení sester

- **Je formální stránkou a vizitkou pracoviště**

poskytuje důležité informace:

- o nemocných
- o chodu oddělení

- vizitka oddělení

vhodnou formou upravuje:

- předávání návykových látek, nástrojů, přístrojů

MUNI
MED

Další formuláře

- liší se dle druhu zařízení a péče
- připojují se k základní dokumentaci
- **jedná se o:**
  - Informované souhlasy
  - Převzetí svršků pacienta
  - Úschova cenností
  - Záznamy o různých ošetřovatelských testech (hodnocení 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,……

MUNI MED

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

MUNI
MED

Poučení nemocného o možnosti úschovy cenností

- povinnost o poučení je uložena sestře
- lze řešit pomocí předtištěných formulářů, které nemocný podepíše při příjmu nebo je možné do zdr. dokumentace provést otisk razítka tohoto poučení
- součástí poučení je datum a podpisy nemocného a sestry

MUNI MED

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 vypsat počet jednotlivých bankovek
- za posledním zápisem udělat zámezku

MUNI
MED

Ochrana osobních dat uvedených v ošе. 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

MUNI MED

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

MUNI MED

Kniha 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

MUNI
MED

Evidence návykových látek

Obsahuje informace o správném:

- Objednávání
- Evidenci
- Stávajícím stavu látek na pracovišti

Do knihy sestra zapisuje:

- komu, co a kolik návykové látky bylo podáno

Kontrolu provádí:

- vedoucí pracovník

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

MUNI MED

Užívání razítek

- povinnost chránit před zneužitím
- potřeba razítek se řídí požadavkem (dle vlastního návrhu) daného ZZ a pracoviště nepodléhají evidenci
- používání musí schválit primář oddělení a vrchní sestra po dohodě s hlavní sestrou

MUNI
MED

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)
- 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

MUNI MED

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** *)

Jedná se o úraz: **pracovní - nepracovní - nevím** *)

Byla zraněnému odebrána krev k prokázání přítomnosti alkoholu či jiné omamné látky: **ano - ne** *)

Bylo zraněnému vystaveno Potvrzení pracovní neschopnosti: **ano - ne** *)

Kdy a kam byl zraněný odeslán na další vyšetření nebo do ústavní péče

Zraněný byl hospitalizován v našem ZZ počínaje dnem:

*) nehodící se škrtněte!

Vystavil:

Dne:

podpis a razítko zdrav. zařízení

Vyplněný tiskopis zašlete příslušnému územnímu pracovišti VZP pro účely náhrady nákladů poskytnuté zdravotní péče.
Povinnost podávat toto hlášení ukládá ustanovení § 55 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

VZP-22/2006

MUNI
MED