



Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická a ošetrovatelská dokumentace dle platné legislativy
Pozim 2024

Zdravotnická dokumentace - definice

- Zdravotnická dokumentace je souborem informací vztahujících se k pacientovi, o němž je vedena.
- Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci dle zákona 372/2011 a jiných právních předpisů.

Vedení zdravotnické dokumentace

– Zdravotnická dokumentace (včetně jejích samostatných součástí) musí být vedena:

- průkazně
- pravdivě
- čitelně
- průběžně doplňována
- zápisy se provádějí bez zbytečného odkladu
- při poskytování akutní lůžkové péče se zápis o aktuálním zdravotním stavu pacienta provádí nejméně jednou denně

Vedení zdravotnické dokumentace

– Zdravotnická dokumentace může být vedena v:

- listinné podobě
- elektronické podobě
- v kombinaci obou podob - listinné a elektronické

Zdravotnická dokumentace – legislativa I



- Zákon č. 372/2011 Sb. – **O zdravotních službách** a podmínkách jejich poskytování §53 - §69 poskytovatel je povinen vést a uchovávat ZD a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů
- Vyhláška č. 98/2012 Sb. – **O zdravotnické dokumentaci**s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb, obsahuje zdravotnická dokumentace údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi

Zdravotnická dokumentace – legislativa II

- Vyhláška č. 102/2011 Sb., **O hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče** - Standard: stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace - vedení zdravotnické dokumentace, nakládání s touto 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.



Zdravotnická dokumentace – legislativa III

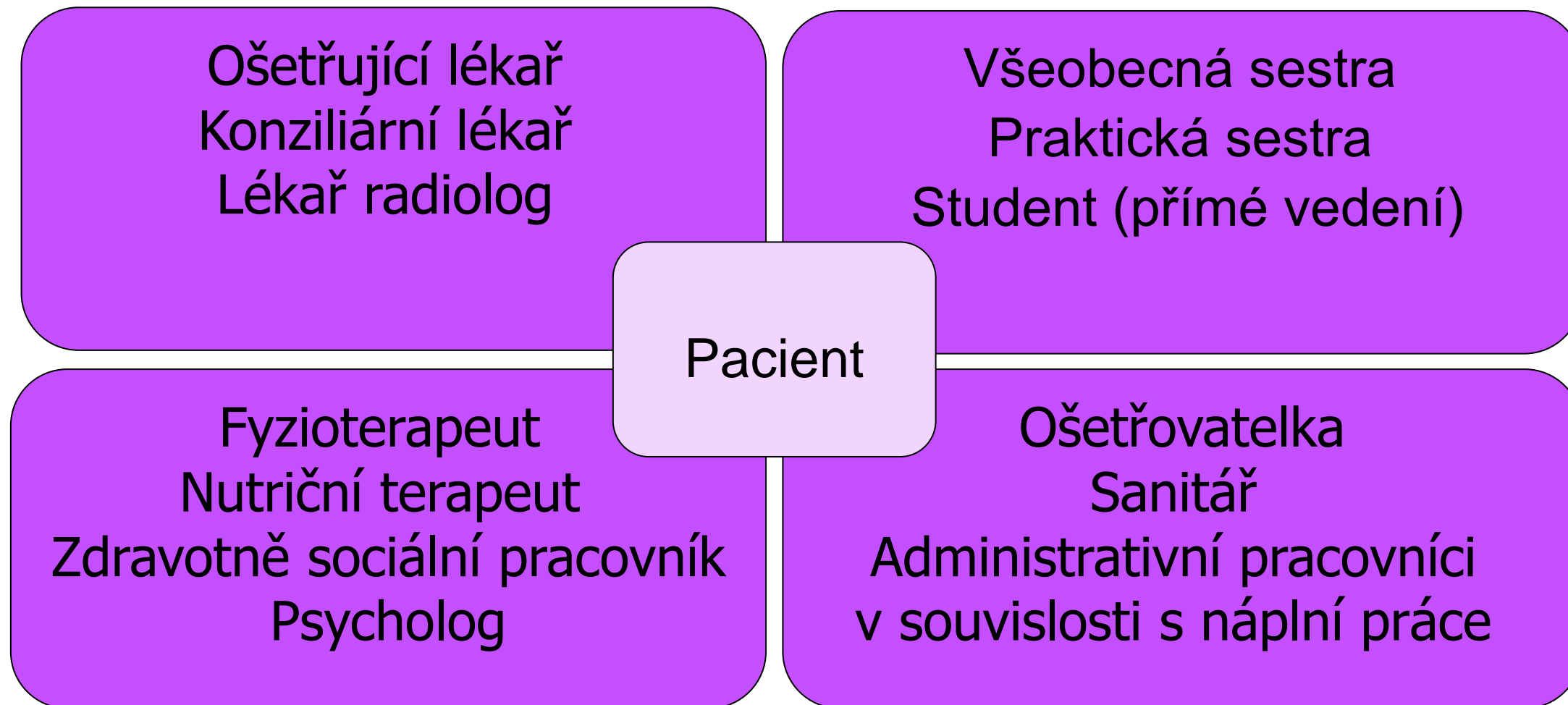


- Zákon č. 325/2021 Sb. **Zákon o elektronizaci zdravotnictví** - upravuje elektronické zdravotnictví za použití telekomunikačních a informačních technologií a stanoví podmínky pro bezpečné sdílení dat
- Vyhláška č. 279/2020 Sb. , kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (zakonyprolidi.cz)

Zdravotnická dokumentace 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.

Kdo se podílí na péči o pacienta a vedení záznamů



Zápis do zdravotnické dokumentace

– Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí být opatřen:

- uvedením **data provedení zápisu**,
- **podpisem zdravotnického pracovníka** nebo jiného odborného pracovníka, který zápis provedl, **a otiskem razítka s jmenovkou** nebo čitelným přepisem jeho jména, (v případě elektronické dokumentace identifikační údaje zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl).

Opravy zápisů ve zdravotnické dokumentaci

Opravy zápisů se provádí **novým zápisem**.

- Nový zápis musí obsahovat **časový údaj opravy, datum a podpis osoby provádějící opravu**
- **Původní zápis musí zůstat čitelný** - původní zápis škrtnout tak, aby zůstal původní zápis čitelný.
- **Nejčastější chybovost** - korektory, obyčejné tužky – **nepřípustné**

Zkratky

- vytvoření seznamu používání zkratk
- nepoužívat v preskripci léků, propouštěcí zprávě

Funkce zdravotnické dokumentace

- důkaz prováděných činností (vykazování zdravotním pojišťovnám)
- důkaz o vývoji zdravotního stavu pacienta v čase
- studijní materiál (vědecká činnost, vývoj, výzkum)
- jako vizitka zdravotnického zařízení
- bezpečnostní opatření – legislativní bezpečnost zdravotnického zařízení (i zaměstnanců) – dokladovatelnost, průkaznost
- možnost posouzení postupu lege artis
- možnost posouzení informovanosti pacienta

Pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace

- Propojení lékařské a ošetrovatelské
- Pracovat v principu řízené dokumentace
- Pravidla pro zavádění nových dokumentů
- Stanovit pravidla pro formální i obsahovou kvalitu zdravotnické dokumentace (rozsah a podoba jednotlivých formulářů)
- Stanovit pravidla pro zavádění externí dokumentace (např. pojišťovny)
- Stanovit pravidla pro zapůjčování zdravotnické dokumentace
- Stanovit pravidla pro ukládání, archivaci a skartaci
- Stanovit pravidla pro audity zdravotnické dokumentace a jejich nápravné opatření

Formální požadavky na zdravotnickou dokumentaci

– Zdravotnická dokumentace musí být vedena:

- Systematicky – časová posloupnost, časové údaje
- Včas – záznam v reálném čase, zachování kontinuity
- Komplexně – lékařská, ošetrovatelská, psychologická, RHB aj.
- Srozumitelně – shodná/definovaná formální stránka
- Pravdivě
- Čitelně
- „Co není psáno, není uděláno...“

Záznamy ošetrovatelské péče

- záznamy ošetrovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci jsou všechny písemné, grafické a jiné systematicky prováděné zápisy související s poskytováním ošetrovatelské péče a dalších činností konkrétního pacienta;
- jsou zaměřeny na potřeby jedince
- jsou nedílnou součástí zdravotnické dokumentace.
- poskytují přehledný průběh poskytování ošetrovatelské péče
- jsou vedeny společně s dokumentací lékařskou v souladu se specifickým zaměřením jednotlivých pracovišť
- musí být vedeny průkazně, pravdivě, čitelně a průběžně doplňovány

Obsah záznamu ošetrovatelské péče

- záznam **vstupního ošetrovatelského vyšetření** (ošetrovatelskou anamnézu),
- **klíčové problémy** pacienta,
- záznamy o **provedení ošetrovatelské péče** a jejím průběžném **hodnocení** sestrou,
- **ošetrovatelskou překládovou 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.

Další obsah záznamu ošetrovatelské péče

- poučení pacientů/klientů o úschově cenností,
- doklad o převzetí svršků pacienta,
- dokumentace týkající se doprovodu pacienta,
- záznam o pozůstalosti,
- souhlas o ošetrovatelském výkonu

Provádění záznamu ošetrovatelské péče

- sestra/porodní asistentka,
- ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci podílející se na zdravotní péči - fyzioterapeuti, nutriční terapeuti
- ostatní členové ošetrovatelského týmu pracující pod odborným vedením sestry/porodní asistentky - ošetrovatelky,
- osoby (**studenti**), kteří se na výkon povolání připravují pod přímým vedením sestry/porodní asistentky.

Kontrola záznamů ošetrovatelské péče

- Poskytovatel zdravotních služeb má stanoven pro **hodnocení záznamů ošetrovatelské péče** interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (např. audit zdravotnické dokumentace).
- Kontrolu provádí:
 - vedoucí zaměstnanec
 - zaměstnanci pověřeni kontrolou dokumentace

Zaznamenávání realizace ošetrovatelské péče I

Záznam vstupního ošetrovatelského vyšetření

- vyšetření zahrnuje údaje o pacientovi, rodině, ev. jeho blízkých, které jsou odebírány za použití kombinace metody:
 - rozhovoru,
 - pozorování,
 - fyzikálního vyšetření,
 - škálování za použití standardizovaného i nestandardizovaného dotazníku

Zaznamenávání realizace ošetrovatelské péče II

Záznam vstupního ošetrovatelského vyšetření - Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelství - škálování :

– soběstačnost:

- Bartelův test základních všedních činností – Activity Daily Living (ADL)
- test instrumentálních všedních činností – Instrumental Activity Daily Living (IADL)

– riziko vzniku dekubitů:

- škála Nortonové (Norton scale),
- rozšířená škála Nortonové,
- Waterlowova škála (Waterlow scale),

Zaznamenávání realizace ošetrovatelské péče III

Záznam vstupního ošetrovatelského vyšetření - Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelství - škálování :

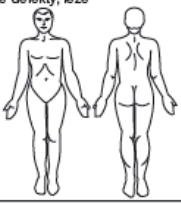

– bolest:

- 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:

- škála deprese pro geriatrické pacienty (Sheik, Yesavage, 1986),
- Folsteinův test kognitivních funkcí (Mini-Mental-State, MMT)
- Glasgow skóre – stupnice hloubky bezvědomí

Záznam vstupního ošetřovatelského vyšetření

Příjmová ošetřovatelská anamnéza		
Příjem	Psychický stav	Vědomí/orientace
datum přijetí: čas: <input type="checkbox"/> z domácího prostředí <input type="checkbox"/> z jiného zdravotnického zařízení rodina informována <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> spolupracuje <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> nespolupracuje <input type="checkbox"/> agresivní <input type="checkbox"/> sedace	<input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> orientován/a <input type="checkbox"/> dezorientován/a <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> sedace
Specifické potřeby	Alergie	Identifikační náramek
<input type="checkbox"/> Ano – jaké: <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne – důvod
Dýchání	Močení	Spánek
<input type="checkbox"/> spontánní <input type="checkbox"/> spontánní s O ₂ <input type="checkbox"/> UPV <input type="checkbox"/> dušnost/kašel	<input type="checkbox"/> močení bez problémů <input type="checkbox"/> inkontinence moče <input type="checkbox"/> močový katétr <input type="checkbox"/> retence moče	<input type="checkbox"/> s medikací <input type="checkbox"/> bez medikace <input type="checkbox"/> sedace
Výživa	Stolice	Sociální situace
<input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> sondou <input type="checkbox"/> perenterální dieta č. <input type="checkbox"/> inzulinová pera	<input type="checkbox"/> vyprazdňování stolice bez problémů <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence stolice <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> poslední stolice dne:	<input type="checkbox"/> žije sám/a <input type="checkbox"/> žije s rodinou <input type="checkbox"/> žije v ústavu (DD/LDN) <input type="checkbox"/> nutno řešit sociální situaci kontakt:
Invasivní vstupy	Kůže	Významný handicap
<input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> PVK datum zavedení lokalizace <input type="checkbox"/> CVK datum zavedení lokalizace <input type="checkbox"/> Arteriální kateř datum zavedení lokalizace <input type="checkbox"/> ETK, TSK datum zavedení <input type="checkbox"/> NGS datum zavedení <input type="checkbox"/> Močový kateř datum zavedení <input type="checkbox"/> Jiné	Změny na kůži <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> dekulibity <input type="checkbox"/> rány <input type="checkbox"/> jiné defekty, léze 	<input type="checkbox"/> sluch pomůcky <input type="checkbox"/> zrak <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> hybnost <input type="checkbox"/> bílyle, čočky <input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> hůlky <input type="checkbox"/> chodítka <input type="checkbox"/> jiné
Převzatá dokumentace		
<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> Lékařská předkladová zpráva <input type="checkbox"/> Sešleřská předkladová zpráva <input type="checkbox"/> Občanský průkaz <input type="checkbox"/> u sebe <input type="checkbox"/> Ceřstovni pas <input type="checkbox"/> u sebe <input type="checkbox"/> Karta pojistovny <input type="checkbox"/> u sebe <input type="checkbox"/> Pracovní neschopnost <input type="checkbox"/> Léky <input type="checkbox"/> Jiné		
Bolest		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická  0 žádná 1 mírná 2 střední 3 silná 4 velmi silná 5 neznesitelná BPS:		
anamnézu odebral/a:	datum:	čas:

Hodnoticí tabulky			
Barthelův test základních všedních činností		Zjištění rizika pádu	
přijem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci 10 s pomoci 5 neprovede 0	pohyb neomezený používá pomůček potřebuje pomoc k pohybu neschopen přiesunu 0 1 1 1	
oblékání samostatně	samostatně bez pomoci 10 s pomoci 5 neprovede 0	vyprazdňování nevyžaduje pomoc v anamnéze rykturie/inkontinence vyžaduje pomoc 0 1 1	
koupání	samostatně nebo s pomoci 5 neprovede 0	medikace neužívá rizikové léky užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptika, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny 0 1	
osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci 5 neprovede 0	smyslové poruchy žádné vizuální, sluchové, smyslový deficit 0 1	
kontinence moči	plně kontinentní 10 občas inkontinentní 5 trvale inkontinentní/PMK 0	mentální status orientován občasná/noční desorientace historie desorientace/demence 0 1 1	
kontinence stolice	plně kontinentní 10 občas inkontinentní 5 trvale inkontinentní/FlexiSeal 0	věk 18 – 65 0 65 a výše 1	
použití WC	samostatně bez pomoci 10 s pomoci 5 neprovede 0	pád v anamnéze 1	
přesun na lůžko – židli	samostatně bez pomoci 15 s malou pomocí 10 vydrží se dít 5 neprovede 0	Celkové skóre	
chůze po rovině	samostatně nad 50 m 15 s pomoci 50 m 10 na vozíku 5 neprovede 0	hodnocení rizika: 0 bez rizika 1 – 3 I riziko 4 – 6 střední riziko 7 I riziko pádu	
chůze po schodech	samostatně bez pomoci 10 s pomoci 5 neprovede 0		
CELKEM			
Hodnocení stupně závislosti:			
<input type="checkbox"/> 0 – 40 vysoce závislý <input type="checkbox"/> 45 – 60 závislost středního stupně <input type="checkbox"/> 65 – 95 lehká závislost <input type="checkbox"/> 96 – 100 nezávislý			
Waterlowa škála			
BMI	Pohyblivost	Věk	Zvláštní rizika
18,5 – 24,9 Normální váha	0 Plně mobilní	0 15 – 49	1 Změna stavu kůže (hematomy, předchozí dekubity, začervenání)
25,0 – 29,9 Nadváha	1 Omezená pohyblivost (soběstačný využívá kompenzační pomůcky)	1 50 – 64	2 Inkontinence/PMK
30 a více Obezita	2 Velmi omezená pohyblivost (dopomoc) Psychomotorický neklid	2 65 – 74	3 Kouření/dušnost
18,4 a méně Podváha	3 Imobilní	3 75 a více	4 DM
1 – 4 Bez rizika 5 – 13 Riziko vzniku dekubitu 14 – 17 Vysoké riziko vzniku dekubitu 18 – 22 Velmi vysoké riziko vzniku dekubitu			Součet

Verze: 12

Zaznamenávání realizace ošetrovatelské péče IV

Záznam vstupního ošetrovatelského vyšetření

- Na sběru informací o pacientovi v rámci záznamu vstupního ošetrovatelského vyšetření se mohou podílet i jiní zdravotničtí pracovníci, kteří pacientovi poskytli bezprostřední ošetrovatelskou péči - zdravotničtí záchranáři, zaměstnanci akutního příjmu, zaměstnanci příjmové ambulance.
- Záznam vstupního ošetrovatelského vyšetření se odebírá dle stavu pacienta, nejdéle však 8 – 12 hodin po přijetí.
- Záznam vstupního ošetrovatelského vyšetření slouží ke zhodnocení stavu zdraví, identifikace rizik, saturevanosti potřeb, soběstačnosti pacienta a určení ošetrovatelských problémů.

Zaznamenávání realizace ošetrovatelské péče V

Záznam průběhu ošetrovatelské péče

- návrh vhodných opatření pro prevenci rizik
- nácvik soběstačnosti s využitím dohodnutých standardních ošetrovatelských postupů za spolupráce pacientem

Zaznamenávání realizace ošetrovatelské péče VI

- **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.
- **Ošetrovatelská propouštěcí zpráva**
- je zpracována ve dvojím vyhotovení, jedno slouží k zajištění návaznosti péče, druhé je součástí zdravotnické dokumentace pacienta určené k archivaci.

Správné vedení ošetrovatelské dokumentace

- pomáhá chránit pacienty tím, že bude zajišťovat:
 - standard ošetrovatelské péče;
 - kontinuitu péče;
 - lepší komunikaci a předávání informací mezi členy multioborového zdravotnického týmu;
 - přesný popis plánu péče a poskytované péče;
 - možnost včas vyhledávat možné vznikající problémy, např. změnu stavu pacienta

Forma ošetrovateľskej dokumentácie


- **neexistuje jednotná predloha**
- musí vychádzať z potrieb poskytovateľa zdravotníckych služieb - odpovídá konkrétnym podmínkám pracoviska
- je tvorená komplexným súborm rôznych predtlačovaných záznamů a dohromady vytvárajú celkový informačný súbor o jednotlivom pacientovi
- všetci členovia zdravotníckeho tímu sa musí dohodnúť, ako a kam sa budú jednotlivé informácie zaznamenávať

Formuláře ošetrovatelské dokumentace

jednotlivé části mohou tvořit:

- záznam o laboratorních vyšetření,
- rehabilitaci,
- ošetrovatelská péče včetně anamnézy,
- klíčové problémy pacienta (ošetrovatelské diagnózy),
- plány péče, hodnocení, záznamy o ošetrovatelských 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.....

Formulář ošetrovatelské péče - příklad

Štítek	Plán, realizace a hodnocení ošetrovatelské péče	 CKTCH Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Pekařská 53, 656 91 Brno Telefon: 543 182 484 IČ:00209775
	list č.:	

Datum					
Bilance stravy					
Ráno					
Poledne					
Večer					
Přidavky, sipping					

Předoperační příprava Datum:	Ano	Ne			
Vyprázdnění střeva					
Lačný					
Oholení operačního pole					
Zubní protéza vyjmuta					
Premedikace podána					
Kompletní dokumentace					
Prevence – sakrum (Allewyn)			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Stav kůže</td> <td></td> </tr> </table>	Stav kůže	
Stav kůže					

Předání na sál datum, čas, podpis, razítko				
Převzetí na sál datum, čas, podpis, razítko				
Převzetí ze sálu datum, čas, podpis, razítko				

Formulář ošetrovatelské péče - příklad

Ošetrovatelské diagnózy	Realizace a hodnocení ošetrovatelské péče						
	Sestra	Datum čas	Denní směna		Sestra	Datum čas	Noční směna
1. Bolest - akutní (invazivní výkon, operace) - chronická							
2. Porušení kožní integrity - Operační rána - Invazivní výkon - Jiné							
3. Invazivní vstupy - PVK - CVK - PMK - V.A.C., HW.							
4. Deficit soběstačnosti - Hygiena - Mobilita - Vyprazdňování							
5. Riziko pádu, úrazu							
6. Zmatenost / psychosyndrom							
7. Jiné - Izolační opatření -							

verze 10

Formulář ošetrovatelské péče - příklad

DATUM/HOD	SLOVNÍ POPIS	PRŮBĚH EDUKACE		REAKCE PACIENTA	POUŽITÉ METODY	KOMUNIKAČNÍ BARIERA	KDO EDUKUJE
<input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> všeobecná sestra <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> nutriční terapeut <input type="checkbox"/>
		Podpis edukujícího	Podpis edukovaného				
<input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> všeobecná sestra <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> nutriční terapeut <input type="checkbox"/>
		Podpis edukujícího	Podpis edukovaného				
<input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> všeobecná sestra <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> nutriční terapeut <input type="checkbox"/>
		Podpis edukujícího	Podpis edukovaného				
<input type="checkbox"/> pacienta <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace během hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění		<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> všeobecná sestra <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> nutriční terapeut <input type="checkbox"/>
		Podpis edukujícího	Podpis edukovaného				

Formulář ošetřovatelské péče - příklad

Pacient		Datum a čas převzetí		Anesteziologická sestra	
		Ano	Ne	Poznámky	
Kontrola identifikačního náramku					
Pacient orientovaný					
Pacient zaintubovaný, tlumený					
Přítomnost zubní protézy při příjezdu na operační sál					
Přítomnost šperků při příjezdu na operační sál					
Potřebuje pacient ke komunikaci naslouchadlo, tlumočníka					
Cavilon / Preventivní krytí (sacrum, lopatky)					
Zavedené před příjezdem na sál PVK, CVK, PMK, ART, ETK, NGS					
Při operaci zavedeno	Ano	Ne	Poznámka		
PVK					
CVK					
PMK					
ART					
ETK					
NGS					
Transfuzní přípravky					
EBR		Haemocompletan		Albumin/Flexbumin	
Plazma		Prothromplex/Beriplex		Autotransfuze	
TAD		Noroseven			
Opiáty: Předání nafe děné Sufentanil Torrex na odd. +2ml hadička					
Predilekční místa	Bez zarudnutí		Zarudnutí	Poznámka	
sacrum					
lopatky					
jiné					
Dekubity	Ano	Ne	Hrudní pás	Ano	Ne
Lokalita					
Předala sestra - čas			Převzala sestra - čas		

verze 12

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

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;
 - b) osoby určené pacientem, zákonným zástupcem nebo opatrovníkem pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba;
 - c) osoby blízké zemřelému pacientovi
- Nahlížení nesmí narušit poskytování zdravotních služeb.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet:

- osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb
- osoby (zdravotničtí pracovníci) z důvodu splnění úkolů dle zákona o zdravotních službách nebo jiných právních předpisů (např. sociální zabezpečení, SÚKL, soudní znalci, ochrana veřejného zdraví)
- osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání provádějící hodnocení kvality a bezpečí
- osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky; to neplatí, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal.

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.

Archivace a skartace zdravotnické dokumentace

- 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 je 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.

Zdroje

- Metodický pokyn, kterým se stanoví vedení záznamů ošetrovatelské péče ve zdravotnické dokumentaci [online]. 2021 [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: [Ministerstvo zdravotnictví \(cnna.cz\)](https://www.cnna.cz/)
- Zákon č. 372/2011 Sb. – O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování [online]. 2021 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: [372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách \(zakonyprolidi.cz\)](https://zakonyprolidi.cz/372/2011-Sb.-Zakon-o-zdravotnich-sluzbach)
- Vyhláška č. 98/2012 Sb. – O zdravotnické dokumentaci [online]. 2021 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: [98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci \(zakonyprolidi.cz\)](https://zakonyprolidi.cz/98/2012-Sb.-Vyhlaska-o-zdravotnicke-dokumentaci)



Ústav zdravotnických věd
Lékařská fakulta Masarykova univerzita

MUNI
MED