



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2
<http://www.vfn.cz> <http://intranet.vfn.cz>

Pracovní postup

PP-VFN-040

Strana 1 z 26

Verze číslo: 11

Vedení zdravotnické dokumentace

Zpracovatel:

Mgr. Dita Svobodová, Ph.D., MHA
MUDr. Ivan Pavlík, MBA

Garant:

Úsek léčebné péče

Účinnost dokumentu od:

2. 10. 2017

První vydání dne:

16. 3. 2010

Schválil:

Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBA

Dne:

22. 9. 2017

Dokument zobrazený na intranetu VFN je řízen správcem dokumentace VFN.
Po vytištění slouží pouze pro informativní účely - nepodléhá pravidlům řízení dokumentace.



Obsah:

1.	Účel a oblast platnosti dokumentu	3
2.	Pojmy a zkratky	3
3.	Odpovědnosti a pravomoci.....	4
4.	Postup (popis činností).....	4
4.1	Vedení zdravotnické dokumentace	4
4.2	Forma zdravotnické dokumentace	4
4.3	Povinné údaje zdravotnické dokumentace	5
4.4	Zápis do zdravotnické dokumentace	6
4.4.1	Frekvence zápisu	6
4.4.2	Náležitosti zápisu	6
4.4.3	Používání zkratk	6
4.5	Součásti zdravotnické dokumentace	7
4.6	Ukládání dokumentace.....	9
4.7	Nežádoucí události	9
4.8	Opravy ve zdravotnické dokumentaci.....	9
4.9	Náležitosti lékařské dokumentace.....	9
4.9.1	Ambulantní karta.....	9
4.9.2	Chorobopis hospitalizovaného pacienta.....	10
4.9.2.1	Vstupní vyšetření.....	10
4.9.2.2	Dekurz	10
4.9.2.3	Dokumentace předoperační, perioperační a pooperační péče	11
4.9.2.4	Epikríza.....	12
4.9.2.5	Laboratorní výsledky	13
4.9.2.6	Telefonické konzultace lékaře s pacientem	14
4.9.2.7	Záznam o projednání indikace výkonu	14
4.9.2.8	Dokumentace k anesteziologické péči.....	14
4.9.2.9	Operační dokumentace (Kniha operovaných, Operační protokol, Porodní kniha).....	15
4.9.2.10	Zpráva o invazivním výkonu	15
4.9.2.11	Záznam o perioperačním bezpečnostním procesu	16
4.9.2.12	Záznam o konziliárním vyšetření	16
4.9.2.13	Záznam o podání krevní transfuze.....	16
4.9.2.14	Překladová/propouštěcí zpráva.....	16
4.9.2.15	List o prohlídce zemřelého	17
4.9.2.16	Průvodní list k pitvě.....	17
4.9.3	Ošetřovatelská dokumentace.....	17
4.10	Vyřazování dokumentace.....	17
4.11	Vystavení potvrzení	18
4.11.1	Dočasná pracovní neschopnost	18
4.11.2	Ošetřování člena rodiny	18
4.11.3	Potvrzení o doprovodu	18
5.	Závěrečná ustanovení	19
6.	Vznikající dokumenty a údaje	19
7.	Související dokumenty	19
8.	Přílohy	21

Označení změn proti minulé verzi.



1. Účel a oblast platnosti dokumentu

Tento dokument stanovuje závazný postup pro vedení zdravotnické dokumentace a vymezuje základní pravidla, povinnosti a odpovědnosti zaměstnanců Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Dokument je závazný pro všechny zaměstnance poskytující zdravotní péči a ostatní zdravotní služby pacientům VFN a pro zaměstnance provádějící administrativní úkony s ní související.

2. Pojmy a zkratky

Zdravotnická dokumentace Systematicky vedený soubor údajů, informací, výsledků vyšetření, včetně grafických, audiovizuálních, digitálních a obrazových záznamů, vztahujících se ke konkrétní osobě (pacientovi), jejímu zdravotnímu stavu a postupu zdravotnického zařízení při poskytování zdravotní péče. Za zdravotnickou dokumentaci se považuje veškerá dokumentace ve zdravotnickém zařízení, kde jsou uvedeny osobní a citlivé údaje pacienta.

Dekurz Denní záznam informací o pacientovi; zejména s přihlédnutím ke stavu pacienta obsahuje: subjektivní stav pacienta, objektivní nález, plánovaná vyšetření a medikace. Jeho nezbytnou součástí je jméno ošetřujícího nebo ordinujícího lékaře a jméno nelékařského zdravotnického pracovníka, který aplikoval léčivé přípravky nebo prováděl další ošetrovatelské činnosti.

Epikriza Souhrn **aktualizovaných** informací o průběhu vyšetření, léčby a plán dalšího léčebného postupu.

Chorobopis, porodopis Systematicky vedený soubor údajů, informací a obrazových materiálů vztahujících se ke konkrétní osobě (pacientovi, rodičce), k jejímu zdravotnímu stavu a k postupu zdravotnického zařízení při poskytování zdravotní péče během hospitalizace pacienta či rodičky ve zdravotnickém zařízení.

Identifikace pacienta Jméno, příjmení a rodné číslo (číslo pojištěnce a datum narození).

Identifikace zdravotnického pracovníka elektronicky Jméno, příjmení a titul zdravotnického pracovníka vygenerovaný z NIS do zdravotnické dokumentace, které se objeví po přihlášení. Součástí této identifikace je i podpis (elektronický či písemný) dle vedení zdravotnické dokumentace).

Identifikace zdravotnického pracovníka Jméno, příjmení a titul (*MUDr., RNDr., Mgr., Bc.*) zdravotnického pracovníka dodaný do zdravotnické dokumentace otiskem razítka nebo rukou (čitelně hůlkovým písmem) a podpisem.

Klinické pracoviště Vyčleněné části klinik, ústavů a samostatných oddělení, ve kterých je poskytována lůžková nebo ambulantní zdravotní péče pacientům.

Ošetrovatelská dokumentace Slouží ke zdokumentování činností spojených s ošetrovatelským procesem a je součástí zdravotnické dokumentace.

Ošetrovatelský proces Systematická racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je pozitivní změna zdravotního stavu pacienta. Ošetrovatelský proces je mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe.

PACS Obrazový archiv a komunikační systém (z angl. Picture Archiving and Communicating System).

Zdravotnické pracoviště Klinika, ústav nebo samostatné zdravotnické oddělení.



ČP	Číslo pojištěnce
NIS	Nemocniční informační systém
ZD	Zdravotnická dokumentace
ZP	Zdravotní pojišťovna
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení

3. Odpovědnosti a pravomoci

Za dodržování tohoto pracovního postupu jsou odpovědní všichni lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci a určené administrativní pracovníci.

Za kontrolu vedení zdravotnické dokumentace odpovídá příslušný vedoucí pracovník (přednosta, primář, vedoucí lékař, vedoucí lékař oddělení, vrchní, staniční a vedoucí sestra, vedoucí laborant, vedoucí nutriční terapeut, vedoucí fyzioterapeut, vedoucí psycholog, vedoucí sociální pracovník).

Každý zdravotnický pracovník je povinen chránit zdravotnickou dokumentaci před zneužitím, ztrátou či zcizením a před nahlížením neoprávněné osoby.

Externí dodavatelé NIS (zástupci firmy STAPRO) jsou ze smluv uzavřených mezi dodavatelem a VFN odpovědní za dodržování pravidel pro vedení zdravotnické dokumentace, úpravu formálních náležitostí zdravotnické dokumentace v NIS Medea a rovněž i dalších konkrétních požadavků, které souvisejí s vedením zdravotnické dokumentace.

Ošetřující lékař řídí veškerou péči o hospitalizovaného pacienta.

4. Postup (popis činností)

Ošetřující lékař řídí veškerou péči o hospitalizovaného pacienta, zároveň je odpovědný za vedení zdravotnické dokumentace. V případě, že je ošetřující lékař nedostupný, řeší urgentní stavy pacienta jiný lékař kliniky/oddělení (na kterém je pacient hospitalizovaný/přítomný), případně vedoucí oddělení a to v rozsahu svých kompetencí.

4.1 VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Zdravotnická dokumentace pacienta slouží jako pracovní nástroj při vyšetření a léčbě i jako doklad a důkaz v případě forenzního projednávání postupu vyšetření a léčby a současně je jediným důkazem pro uhrazení poskytnuté léčby. Nesprávně nebo nedostatečně vedená dokumentace může utvrdit podezření na chybný postup nebo přinejmenším znemožnit prokázání postupu adekvátního. Dobře vedená dokumentace může zdravotnického pracovníka ochránit před obviněním z pochybení či nesprávně vedené poskytnuté péče.

4.2 FORMA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

ZD může mít textovou, grafickou nebo audiovizuální formu. Zdravotnická dokumentace ve VFN může být na pracovišti vedena primárně v listinné nebo elektronické formě.

ZD pouze v elektronické formě může být vedena za podmínky, že zápisy v elektronické formě budou potvrzeny zaručeným elektronickým podpisem pořizovatele v každé jednotlivé části dokumentace.



Všichni zaměstnanci pracoviště zapisující do ZD na pracovišti, které vede elektronickou dokumentaci, musí mít vystavený podpisový certifikát.

Postup pro vydání elektronického podpisu je uveden v pracovním postupu Úseku informatiky [PP-UI-23 Podání žádosti o podpisový certifikát](#).

Zápis v elektronické formě bez zaručeného elektronického podpisu je nutno vytisknout, podepsat a zařadit do zdravotnické dokumentace pacienta. Zdravotnická dokumentace v papírové podobě by měla být spojena tak, aby se zamezilo ztrátám jednotlivých listů dokumentace.

Součástí zdravotnické dokumentace je rovněž obrazová informace o zdravotním stavu pacienta (snímky z RTG, CT, mamografie apod.). Tyto záznamy se většinou pořizují v elektronické formě a jsou uloženy v jednotlivých přístrojích (dočasně) a dále v úložišti dat (servery VFN). Distribuovány jsou v rámci tzv. PACS a obrazové studie z PACSu jsou dostupné jen na vnitřní síti VFN. Pravidla pro používání PACS systémů jsou uvedena v provozních řádech dotčených aplikací.

4.3 POVINNÉ ÚDAJE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Každý chorobopis nebo ambulantní karta obsahuje na úvodní straně tyto údaje:

- číslo chorobopisu (netýká se ambulantních karet),
- identifikaci poskytovatele zdravotních služeb – tj.
 - název Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,
 - adresa U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2,
 - IČ 00064165,
 - název zdravotnického pracoviště (kliniky, ústavu nebo samostatného oddělení) + adresa, je-li odlišná od adresy VFN.
- Identifikaci pacienta, tj.
 - jméno, popřípadě jména a příjmení,
 - rodné číslo případně číslo pojištěnce a datum narození u cizinců či vygenerované číslo u neznámých osob,
 - místo trvalého pobytu nebo hlášeného pobytu; případně adresu mimo území ČR,
 - kód ZP, u které je pacient pojištěn.
- Pohlaví pacienta.

Každý volný list zdravotnické dokumentace musí obsahovat:

- Identifikaci poskytovatele zdravotních služeb – tj.
 - název Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,
 - adresa U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2,
 - IČ 00064165,
 - název zdravotnického pracoviště (kliniky, ústavu nebo samostatného oddělení),
- Identifikaci pacienta, tj.
 - jméno, popřípadě jména a příjmení,
 - rodné číslo případně číslo pojištěnce a datum narození u cizinců či vygenerované číslo u neznámých osob.

V případě, že je pacient ve VFN hospitalizován jako neznámý (bez osobních dokladů) nebo v bezvědomí, zapisuje se do ZD jako „*Neznámý muž*“ nebo „*Neznámá žena*“ s vygenerovaným



fiktivním číslem pojištěnce. Jakmile je osoba identifikována, provede se změna v elektronickém systému i v listinné dokumentaci. V případě, že pacient není schopen dát souhlas do 24 hodin, skutečnost se oznamuje na Obvodní soud pro Prahu 2 – viz formulář [F-VFN-108 Oznámení o hospitalizaci pacienta bez souhlasu](#).

4.4 ZÁPIS DO ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden pravdivě, nesmazatelným a průkazným způsobem. Veškeré zápisy musí být dobře čitelné a srozumitelné.

4.4.1 Frekvence zápisu

Zdravotnický pracovník provádí zápis bez zbytečného odkladu a tento zápis musí být průběžně doplňován. Informace o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta (vizita) je písemně zaznamenána ošetřujícím lékařem nejméně jedenkrát za 24 hod. na standardních odděleních.

4.4.2 Náležitosti zápisu

Každý zápis do zdravotnické dokumentace musí být opatřen datem a časem provedení zápisu, identifikací osoby (viz bod 2. [Pojmy a zkratky](#)), která zápis provedla.

Každý zápis v dekurzu, který neprobíhá ve stejný okamžik, se identifikuje a podepisuje zvlášť.

Pokud pacientovi poskytuje ošetrovatelskou péči pouze jeden nelékařský zdravotnický pracovník (dále nelékař), lze ošetrovatelskou dokumentaci označit pouze jednou identifikací tohoto ošetřujícího nelékaře. Jestliže do ošetrovatelské dokumentace zapisuje jiný nelékařský zdravotnický pracovník, nežli výše uvedený, musí ho opatřit identifikací (viz bod 2. [Pojmy a zkratky](#)).

Ta část zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi nebo zákonnému zástupci, musí být opatřena razítkem pracoviště VFN, kde byla pacientovi poskytnuta péče a identifikací pracovníka, který ji vytvořil.

4.4.3 Používání zkratk

Používání zkratk ve zdravotnické dokumentaci musí být omezeno na minimum, zejména ve zprávách, které jsou určeny pacientovi nebo jiným zdravotnickým pracovištím a poskytovatelům zdravotních služeb (ambulantní zprávy, překladové zprávy, propouštěcí zprávy). Zprávy musí být srozumitelné zdravotnickým pracovníkům i jiných oborů; lze používat:

- mezinárodní označení soustavy jednotek SI;
- zkratky chemických prvků a sloučenin, hormonů a podobných látek;
- obecně známá označení diagnostických metod (RTG, CT, MR, EKG, EEG apod.);
- zkrácené anatomické názvosloví (a., n., m., dx., sin. apod.);
- zkratky obecně známých institucí (VZP, ZZS);
- mezinárodně zavedené zkratky specifikující zdravotnickou techniku (kardiostimulační režimy DDD, DDDR, AAI, AAIR, VVI, VVIR, BiV apod.);
- zkratky automaticky generované zdravotnickou technikou, přenášené přímo do zprávy;
- zkratky uvedené v **Seznamu zkratk používaných ve VFN**, který je veřejně dostupný na internetových stránkách www.vfn.cz/zkratky/ a na [intranetu VFN](#).



Zkratky názvů léčivých přípravků (jednotlivých léků) nejsou dovoleny.

Zkratky přímo vysvětlené v textu nebo v zápatí dokumentace je možné použít. Zkratky použité v grafu/obrázku/tabulce musí být vysvětleny v legendě pod grafem/obrázkem/tabulkou.

Části zpráv, obsahující pokyny pro nemocné (doporučení dalšího postupu, režimová a dietní opatření), musí být srozumitelné i pacientovi a jeho osobám blízkým. Proto zde nelze používat žádné zkratky s výjimkou zkratků obecně známých i nezdravotnické veřejnosti (jako RTG, EKG). Není dovoleno zkracovat běžná slova („lék“ místo lékař, „dok“ místo dokumentace, „tu“ místo tumor apod.).

Pro použití v těch částech dokumentace, která neopouští jednotlivá pracoviště VFN, může vedoucí pracovník (přednosta nebo primář) zveřejnit lokální seznam povolených zkratků, který nesmí obsahovat zkratky nejednoznačné, ani zkratky zařazené do **Seznamu zkratků používaných ve VFN**, ale s jiným významem. Zkratky zahrnuté do lokálního seznamu povolených zkratků jsou povinni znát všichni dotčení pracovníci.

4.5 SOUČÁSTI ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Za součást zdravotnické dokumentace se pokládají:

Záznamy o pacientovi

- Informace o tom, zda jde o pacienta zbaveného plně nebo částečně **způsobilosti k právním úkonům** tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotní péče, popř. její důsledky.
- U pacientů vykonávajících **epidemiologicky závažné činnosti** záznam o jejím druhu uvedený v pracovní anamnéze.
Epidemiologicky závažnou činností je např. provozování stravovacích služeb, výroba a uvádění potravin do oběhu, výroba kosmetických prostředků, provozování úpraven vod a vodovodů, provozování holičství, kadeřnictví, pedikúry, manikúry, kosmetických, masérských, regeneračních nebo rekondičních služeb, solárií atp. – viz § 19 zákona o ochraně veřejného zdraví.
- Záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených pro potřeby zvláštních právních předpisů, včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, kopií zpráv, informací a předaných údajů.

Záznamy o projevu vůle pacienta (u nezletilých pacientů zákonného zástupce) – podrobně řeší dokument [SM-VFN-45 Souhlas s hospitalizací a informované souhlasy pacientů](#) viz:

- Souhlas s hospitalizací.
V případě, že pacient není schopen dát souhlas s hospitalizací do 24 hodin, skutečnost se oznamuje na Obvodní soud pro Prahu 2 – viz formulář [F-VFN-108 Oznámení o hospitalizaci pacienta bez souhlasu](#).
- Souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb (souhlas musí být součástí ZD, pokud tak stanoví zvláštní právní předpis nebo byl-li souhlas s ohledem na charakter zdravotního výkonu vyžádán v písemné formě VFN).
- Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb.
- Záznam o vyjádření pacienta s poskytováním informací o zdravotním stavu, který obsahuje
 - jméno, adresu, tel. spojení osoby, které lze poskytnout informace o jeho zdravotním stavu a jakým způsobem mohou být sdělovány,



- zda mohou nahlížet do ZD o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu,
- zda si mohou pořizovat výpisy, kopie těchto dokumentů,
- zda mohou udělit zástupný souhlas.
- Záznam o vyslovení zákazu poskytnout informace.
- Záznam o domluveném hesle pro podávání informací v jiném než osobním kontaktu.
Tento záznam je pořizován jako součást [Souhlasu s hospitalizací \(F-VFN-100\)](#) nebo do formuláře [F-VFN-131 Souhlas v ambulantní péči](#) (v ambulancích se souhlas odebrává v případě poskytování opakovaných ambulantních služeb).

Záznamy o zdravotním stavu pacienta

- Písemné informace o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí další zdravotní péče, které si předávají zdravotnická zařízení v rámci zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta.
- Výsledky vyšetření, včetně grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných záznamů.

Záznamy ze zdravotnických přístrojů

V případě, že v souvislosti s výkonem dojde ke změnám nastavení zdravotnických přístrojů, jejich vypnutí (i dočasněmu), jejichž použití může mít dopad na zdravotní stav pacienta (např. vypnutí a zapnutí kardiostimulátoru) je třeba záznam o této činnosti zahrnout do ZD pacienta. Záznam zařadí do ZD pracovník, který tyto činnosti prováděl, uvede v něm informace o tom, jak a kdy bylo s přístrojem manipulováno (např. vypnut/zapnut) a opatří ho plnou identifikací.

Veškeré další součásti, které spolu tvoří zdravotnickou dokumentaci pacienta, se do zdravotnické dokumentace zakládají v originále, výjimečně v kopii doplněné o identifikaci zdravotnického pracovníka, který ji vytvořil, razítko pracoviště a označení, že jde o kopii.

Jedná se zejména o tyto dokumenty:

- Předoperační protokol ([F-VFN-142](#)),
- Anesteziologický záznam (je možná kopie, kdy je originál uložen na KARIM),
- Lékařská propouštěcí/překladová zpráva,
- Záznamy o nutriční péči (formuláře [Oddělení nutričních terapeutů](#)),
- Nutriční plán u pacienta s rizikem komplikace malnutrice,
- Operační protokol,
- Ošetrovatelská dokumentace (podrobně popisují [SOP ošetrovatelské péče](#)),
- Záznam o použitých zdravotnických přístrojích (je-li veden samostatně),
- Záznam ošetření rány/kůže pacienta ([F-VFN-209 Záznam ošetření rány/kůže pacienta](#)),
- Záznam ošetření stomie, Záznam ošetření stomika ([F-VFN-223 Záznam ošetření stomie](#), [F-VN-224 Záznam ošetření stomika - část I., část II.](#), [F-VFN-228 Edukace stomika](#)),
- Záznam prohlášení matky o utajení své osoby (totožnosti) v souvislosti s porodem,
- Zdravotně sociální záznam.

Záznam o průběhu fyzioterapie (formulář [F-VFN-208 Záznam o průběhu fyzioterapie](#)) byl zrušen.

[F-VFN-220 Ošetrovatelská dokumentace – operační sály](#) byl zrušen.

Poznámka: Součástí chorobopisu jsou také pro jednotlivé obory různé specifické protokoly a formuláře k testování stavu pacienta (jako např. UPDRS – Jednotná stupnice hodnocení



Parkinsonovy nemoci), které musí splňovat i formální náležitosti pro vedení zdravotnické dokumentace. Pokud nelze dokument upravit elektronicky, opatří se razítkem pracoviště.

4.6 UKLÁDÁNÍ DOKUMENTACE

Každý zdravotnický pracovník je povinen chránit zdravotnickou dokumentaci před zneužitím, ztrátou či zcizením a před nahlížením neoprávněné osoby. Chorobopisy a ambulantní karty musí být uloženy v prostorech, které jsou neustále pod dozorem nebo uzamčeny (podrobně viz [SM-VFN-35 Zabezpečení a přístup do prostor](#)).

Nahlížení pacientů do dokumentace musí být prováděno vždy v prostorech bez přítomnosti nepovolaných osob a za přítomnosti pověřené osoby. Bližší informace jsou uvedeny v pracovním postupu [PP-VFN-074 Nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování jejich výpisů nebo kopií](#).

Veškeré části zdravotnické dokumentace, které se týkají hospitalizace pacienta, musí být ukládány, pokud je to technicky možné, přímo v chorobopisu. Pokud tedy pacient absolvuje během hospitalizace vyšetření v ambulanci, záznamy z tohoto vyšetření se stávají součástí chorobopisu, včetně platnosti skartační lhůty. Toto pravidlo se týká i uložení informovaného souhlasu pacienta s výkonem provedeným na ambulanci. Ten je nutné také uložit v chorobopisu a v ambulantní kartě poznamenat číslo chorobopisu a informaci, že v něm byl uložen.

Je-li pacient odeslán na konziliární invazivní výkon prováděný v anestézii na jiné klinice/pracovišti je třeba dodržet předepsaný postup. Problematika odesílání pacientů na konziliární výkony a k nim vznikající dokumentace je řešena v dokumentu [PP-VFN-051 Organizace konziliárních služeb](#).

4.7 NEŽÁDOUCÍ UDÁLOSTI

V případě, že se vyskytne nežádoucí událost, která brání v dalším ošetřování pacienta, je zaměstnanec povinen zajistit nahlášení této události v systému elektronického hlášení nežádoucích událostí, podrobně viz směrnice [SM-VFN-28 Řešení nežádoucích událostí a námětů pro zlepšení](#). Hlášení se vytiskne a založí se jako součást zdravotnické dokumentace.

4.8 OPRAVY VE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI

Opravy záznamů ve zdravotnické dokumentaci se provádějí pouze způsobem, že se původní zápis škrtně tak, aby zůstal čitelný. Nový zápis musí obsahovat časový údaj opravy, identifikaci a podpis osoby, která opravu provedla. Pokud se provádí doplnění nebo oprava zápisu na žádost pacienta, tak se zápis ještě doplní o tuto informaci a nechá podepsat pacientem.

4.9 NÁLEŽITOSTI LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE

4.9.1 Ambulantní karta

Získávání a obsah vstupního vyšetření popisuje metodický pokyn – [MP-ULP-14 Ambulantní vyšetření pacientů](#).

Rozsah vyšetření odpovídá vykázanému kódu komplexního, cíleného nebo kontrolního vyšetření, případně minimálnímu kontaktu.¹

¹ Metodika VZP a vyhláška MZ ČR č.101/2002 Sb.



Opakovaná ambulantní vyšetření již nemusejí obsahovat vše (viz výše), což platí především u chronických ambulancí; nemocný si přijde např. pouze pro recept. V ambulantní kartě je nezbytné zaznamenat i vyhotovení receptu či poukazu na pomůcku pro nemocného.

Pozn.: záznam o vystaveném receptu se dá do zprávy v NIS Medea vložit poté, co byl recept vypsán (a karta či zpráva pacienta byla otevřena) zmáčknutím tlačítka Ctrl+V.

V případě, že je u ambulantního pacienta proveden invazivní výkon, musí být v dokumentaci zaznamenána krátká zpráva o jeho průběhu obsahující minimálně popis výkonu, nález a doporučení dalšího postupu či omezení pacienta s výkonem související. Dále také viz [PP-VFN-067 Perioperační bezpečností proces](#).

Nelékařský zdravotnický pracovník zaznamenává provedené výkony ošetrovatelské péče do formuláře [F-VFN-229 Záznam ošetrovatelské péče na stacionáři/ambulanci](#). [F-VFN-229](#) je určen pro stacionární a specializovanou ambulantní péči těchto pracovišť: Stomatologická klinika, II. interní klinika, IV. interní klinika, Klinika nefrologie, Oční klinika a Klinika dětského a dorostového lékařství (oblast uplatnění si stanoví každé pracoviště). I. interní klinika a Neurologická klinika používají formulář v modifikované úpravě ([F-VFN-229 1IK](#), [F-VFN-299 NEU](#)).

4.9.2 Chorobpis hospitalizovaného pacienta

4.9.2.1 Vstupní vyšetření

Získávání a obsah vstupního vyšetření popisuje metodický pokyn – [MP-ULP-13 Vstupní vyšetření při hospitalizaci](#).

4.9.2.2 Dekurz

Dekurz musí obsahovat denně následující záznamy:

- datum,
- pořadový den pobytu a v případě operace také pořadový den po operačním výkonu,
- údaje o fyziologických funkcích, pokud jsou měřeny,
- předpis stravy pro daný den,
- režim pacienta a případná omezení, zejména použití omezovacích prostředků,
- zápis o denní vizitě, obsahující:
 - údaje o subjektivních obtížích pacienta,
 - objektivní nález týkající se současného onemocnění a případných komplikací.

Informace o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta (vizitu) písemně zaznamenává ošetřující lékař nejméně jedenkrát za 24 hod., na jednotkách resuscitační a intenzivní péče nejméně dvakrát za 24 hod.

Odpolední/večerní vizita je prováděna lékařem v pohotovostní službě u vybraných pacientů (ordinace odpolední vizity ošetřujícím lékařem), u pacientů při akutní změně zdravotního stavu pacienta a vždy u pacientů po operačním/invazivním výkonu (včetně kontroly a provedení krátkého záznamu do zdravotnické dokumentace s poznámkou o výsledku indikovaných vyšetření).



Velká vizita se koná pravidelně nejméně jednou týdně. Dobu konání velké vizity stanoví vedoucí zdravotnického pracoviště podle podmínek na pracovišti. Velkou vizitu vede vedoucí zdravotnického pracoviště (přednosta/primář) a účastní se jí vedoucí lékaři příslušného pracoviště, lékaři a vrchní sestra, pokud vedoucí zdravotnického pracoviště neurčí jinak.

Součástí zápisů v dekurzu je vždy záznam závěru z velké vizity, nebo závěry jednání odborných týmů týkající se pacienta.

Ošetrovatelskou vizitu popisuje podrobněji [SOP-UOP-03 Ošetrovatelská vizita](#).

4.9.2.3 Dokumentace předoperační, perioperační a pooperační péče

Předoperační péče je operatérem, anesteziologem a ošetřujícím lékařem zaznamenávána do jednoho z níže uvedených dokumentů:

- Dekurzu/ambulantní karty** – u [malých výkonů](#);
- F-VFN-142 Předoperační protokol** – zakládá se před operačním/invazivním výkonem;
- Dokumentace JIP/RES** – u pacientů hospitalizovaných na JIP/RES.

Do uvedených dokumentů se zaznamenávají všechny typy premedikace a předoperační medikace včetně chronické, která je ordinovaná anesteziologem nebo ošetřujícím lékařem/operatérem.

Bližší informace ohledně medikace v předoperačním období jsou uvedeny v [PP-VFN-043 Léčivé přípravky ve VFN](#).

Dekurz

Do dekurzu/ambulantní karty operatér, anesteziolog a ošetřující lékař provádí záznam o plánované/akutní předoperační péči. V případě malých výkonů u neoperačních oborů lze dekurz doplnit i o formulář [F-VFN-142 Předoperační protokol](#), který primárně slouží k záznamům v případě výkonů na chirurgických oborech.

Předoperační péče u **plánovaných výkonů** zahrnuje záznam v dekurzu, založení a vyplnění Předoperačního protokolu ([F-VFN-142](#)) všemi dotčenými zdravotníky (ošetřující lékař případně operatér a anesteziolog). U **akutních výkonů** pak zahrnuje záznam v dekurzu a založení Předoperačního protokolu ([F-VFN-142](#)). Předoperační protokol v případě akutních výkonů slouží jako předávací protokol. Lékař vyplní pouze záhlaví Předoperačního protokolu ([F-VFN-142](#)) – tj. nalepí štítek s identifikací pacienta; zaškrtně, že se jedná o akutní výkon a dále vyplní zápatí protokolu tj. informace o předání a převzetí pacienta.

Před zahájením výkonu je pro zajištění bezpečí pacienta třeba provést Perioperační bezpečnostní proces ([F-VFN-133](#)). Při přivezení pacienta na sál připraví určený nelékařský zdravotnický pracovník formulář [F-VFN-133 Perioperační bezpečnostní proces](#), který opatří identifikačním štítkem pacienta a vyplní do formuláře čas příjezdu pacienta na sál.

Peroperační péče je anesteziologem nebo lékařem podávající analgosedaci zaznamenávána do jednoho z níže uvedených dokumentů:

- F-KARIM-059 až 063 Záznam o anestezii / analgosedaci** (žlutý formulář) nebo **dekurz/ambulantní karta** – u [malých výkonů](#);
- F-KARIM-058 Anesteziologický záznam** – u standardních výkonů kromě malých a kardiochirurgických;
- F-KARIM-079 Anesteziologický záznam pro výkony na srdci a aortě**.



Zápis o provedeném operačním výkonu operatér zaznamená do jedné dokumentace viz níže:

- a. **Zpráva o invazivním výkonu/ambulantní karta** – u [malých výkonů](#);
- b. **Operační protokol** – u standardních a kardiochirurgických výkonů;
- c. **Dekurz.**

Pooperační péče je operátorem, anesteziologem a ošetřujícím lékařem dohodnuta a zaznamenávána do jednoho z níže uvedených dokumentů:

- a. **Dekurz/ambulantní karta/Zpráva o invazivním výkonu** – u [malých výkonů](#);
- b. [F-VFN-153 Pooperační ordinace a záznam monitoringu](#) – u pacientů s předpokládaným nekomplikovaným průběhem. Slouží jako záznam anesteziologické medikace na PACU a jako doporučení medikace na standardním oddělení. Operatér nebo jím pověřený lékař musí v rámci návazné péče požadované ordinace zaznamenat do dekurzu pacienta a nelékařský zdravotnický pracovník na standardním oddělení se řídí pouze dekurzem nebo bude pacient vybaven [F-VFN-139 Pooperační ordinace](#) nebo **F-VFN-139 Pooperační ordinace** - ordinaci pooperační péče zapisuje anesteziolog v návaznosti na operační výkon. Lékař-chirurg je povinen platnost ordinací ve F-VFN-139 potvrdit. V tomto případě jsou ordinace platné a slouží také pro záznamy odpolední nebo večerní vizity (oddíl „Záznam chirurga“ v pravém dolním rohu formuláře). Nestačí-li k zápisu oddíl na první straně, je možné použít druhou stranu formuláře. Ordinace jsou platné nejpozději však do ranní vizity následujícího dne. Poté musí být veškeré záznamy provedeny do dekurzu. Lékař-chirurg může platnost těchto ordinací v kterémkoliv okamžiku ukončit. Pokud tak učiní, vyznačí tuto skutečnost do oddílu „Záznam chirurga/ošetřujícího lékaře“ v pravém dolním rohu formuláře, uvede čas a pokračuje záznamem do dekurzu (ve formě medikačního listu/gridu).
- c. **Dokumentace JIP/RES** – u pacientů přeložených z operačního sálu rovnou na JIP/RES.
- d. **Dokumentace GPK (F-VFN-139_GPK1, F-VFN-139_GPK2, F-VFN-139_GPK3).**

4.9.2.4 Epikríza

Epikríza slouží jednak jako **aktualizovaná** souhrnná informace pro konziliáře a lékaře pohotovostní služby, jednak jako syntéza pro stanovení dalšího postupu. Proto musí být srozumitelná, logická, **stručná a aktuální**. Navazuje na informace obsažené v chorobopisu s důrazem na nová zjištění, průběh nemoci a léčení za uplynulý týden hospitalizace (24 hodin v případě hospitalizace na JIP) a uvádí předpokládaný další průběh hospitalizace.

V epikríze se neuvádějí anamnestické nebo jiné údaje, které nejsou pro stávající péči o pacienta podstatné. Epikríza musí být vždy aktuální, nelze pouze zkopírovat text starší epikrízy.

Epikrízu vytváří **ošetřující lékař** nejméně jednou týdně, zpravidla před dny pracovního klidu, podle potřeby a závažnosti stavu pacienta i častěji, např. při změně ošetřujícího lékaře nebo při podstatně změněném stavu nemocného.



Epikríza se vyhotovuje **také** před překladem pacienta na jinou stanici v rámci kliniky či samostatného oddělení (**překladová epikríza**) a je základem pro shrnutí poskytnuté péče v závěrečné (propouštěcí nebo překladové) zprávě (**závěrečná epikríza**). Je podkladem pro klasifikaci pacienta s ohledem na diagnózu, léčbu, závažnost a prognózu nemoci.

Obsah epikrízy:

- stručná a výstižná charakteristika pacienta ke dni sepsání epikrízy vč. důvodu přijetí,
- **stručné shrnutí** dosavadního průběhu hospitalizace vč. léčby a podstatných výsledků vyšetření,
- **použití omezovacího prostředku, jeho indikaci a předpokládanou dobu trvání,**
- předpoklad dalšího **vývoje,**
- doporučení a plánovaná vyšetření,
- další potřebné údaje.

4.9.2.5 *Laboratorní výsledky*

Výsledky z laboratorních vyšetření uvolňuje do *Laboratorního informačního systému* kompetentní pracovník laboratoře. V NIS Medea jsou k dispozici jak v náhledu, tak v PDF formátu a jsou elektronicky podepsané. Výsledky v listinné podobě se až na výjimky nezasílají. Pokud zaslány jsou, založí se vždy do zdravotnické dokumentace pacienta. V tomto případě lékař výsledky musí opatřit plnou identifikací.

Hlášení výsledků po telefonu

V případě telefonického hlášení výsledků vyšetření zapíše zdravotnický pracovník, přijímající informace, nahlášené hodnoty do zdravotnické dokumentace pacienta, hlášení zpětně přečte a nechá si ho potvrdit. Zápis musí obsahovat i čas a být opatřen plnou identifikací zdravotnického pracovníka. Přijímá-li a zapisuje-li informace nelékařský zdravotnický pracovník, je povinen neprodleně informovat ošetřujícího lékaře.

Výsledky došlé do NIS u hospitalizovaného pacienta

Ošetřující lékař si výsledky v elektronické podobě prohlédne a zareaguje na ně zápisem do dekurzu např. výsledky z (čas) biochemie vyhovují; anemie – indikují transfuzi atd. Výsledky se netisknou, lékař je může zkopírovat do dekurzu pacienta, pokud to uzná za vhodné.

Na resuscitačním oddělení/JIP je lékař povinen komentovat výsledky minimálně dvakrát za směnu (jsou-li k dispozici). Výsledky indikované během noční služby je třeba komentovat zvlášť.

Výsledky došlé do NIS na ambulanci

Ošetřující lékař si výsledky prohlédne a zareaguje na ně zápisem do ambulantní karty.

Přepisování výsledků z originálních tiskopisů nebo NIS do zdravotnické dokumentace pacienta, samostatných sešitů nebo jednotlivých listů není dovoleno.

*Výjimku z tohoto ustanovení tvoří pouze akutní provozy (**KARIM/SPIN**, JIP, akutní dialyzační program), které hodnotí výsledky u akutních pacientů v čase a neodkladně na ně reagují léčbou. Na Gynekologicko-porodnické klinice lze přepisovat výsledky krevní skupiny a Rh matky a dítěte. Za správné přepsání laboratorních výsledků z bedside analyzátorů do zdravotnické dokumentace*



odpovídá a jejich správnost garantuje ošetřující lékař. Originální výsledky z bedside analyzátorů jsou po správném přepsání skartovány. Takto přepsané výsledky jsou pouze orientační.

Dekurz/Ordinační list

Pravidla pro vedení záznamů o předepisování a podávání léčivých přípravků upravuje pracovní postup [PP-VFN-043 Léčivé přípravky ve VFN](#).

4.9.2.6 Telefonické konzultace lékaře s pacientem

Telefonické konzultace lékaře s pacientem lze zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Vykázat telefonické kontakty mezi pacientem a lékařem lze pouze tehdy, pokud bezprostředně souvisí s prevencí, dispenzarizací, diagnostikou nebo terapií. Tento výkon lze zaznamenat a vykázat, pokud pacient aktivně kontaktuje lékaře, lékař aktivně kontaktuje pacienta, dojde k telefonickému kontaktu mezi lékařem a rodinnými příslušníky pacienta nebo jinými osobami pečujícími o pacienta.

Výkon telefonické konzultace lékaře s pacientem může zaznamenat a vykázat pouze ošetřující lékař. Pokud ošetřující lékař není registrujícím lékařem, může tento výkon vykázat tehdy, když bezprostředně souvisí s problémem, pro který převzal pacienta do péče.

4.9.2.7 Záznam o projednání indikace výkonu

Při indikaci výkonu na indikačním semináři nebo jiným srovnatelným způsobem se do dokumentace pacienta zakládá protokol/zápis z tohoto jednání nebo ošetřující lékař učiní záznam, obsahující závěr jednání a jména a pracoviště zúčastněných lékařů (příp. jiných zdravotnických pracovníků).

V případě, že indikace proběhla mimo VFN, musí dokumentace pacienta obsahovat informaci na kterém pracovišti, kdy a s jakým závěrem byl výkon indikován.

4.9.2.8 Dokumentace k anesteziologické péči

Rozsah anesteziologické dokumentace je podrobněji popsán v [PP-VFN-065 Anestézie ve VFN](#).

Anesteziologická dokumentace obsahuje:

- **Záznam anesteziologického vyšetření před výkonem.**
- **Anesteziologický záznam - součástí zdravotnické dokumentace pacienta je čitelně vyplněný originál anesteziologického záznamu ([F-KARIM-059 až 063 Záznam o anestezii/analgozsedaci](#), [F-KARIM-058 Anesteziologický záznam](#), [F-KARIM-079 Anesteziologický záznam pro výkony na srdci a aortě](#)).**
- **Kniha anesteziologických výkonů** – chronologický zápis pacientů, kteří podstoupili chirurgický i anesteziologický výkon. Identifikační údaje, diagnóza, název operačního výkonu, komplikující onemocnění, riziko, infuzní terapie, krevní převody, hmotnost pacienta, délka výkonu, premedikace, anestetika – použitá farmaka, zvolený způsob anestézie, plicní ventilace, zajištění dýchacích cest, jméno anesteziologa a anesteziologické sestry.



4.9.2.9 *Operační dokumentace (Kniha operovaných, Operační protokol, Porodní kniha)*

Tvoří ji záznam v „Knize operovaných“ příslušného operačního sálu a „Operační protokol“. Za vedení knihy operovaných odpovídá vedoucí lékař operačních sálů a za vyhotovení záznamů bezprostředně po skončení operace odpovídá operatér.

Operační protokol (zpráva o invazivním výkonu) se zpracovává ihned po jeho provedení, v případě, že z různých důvodů nemůže být operační protokol vyplněn ihned, např. z důvodu další urgentní operace, je nutné, aby operační protokol byl vyplněn hned, jak bude toto možné, bez zbytečného prodloužení.

Operační protokol se odesílá spolu s pacientem z operačního sálu na příslušné pooperační oddělení. Originál operačního protokolu je součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

Operační protokol obsahuje minimálně tyto údaje:

- identifikační údaje pacienta,
- diagnózu a název operačního výkonu,
- jméno operatéra,
- jména asistentů a perioperační sestry,
- jméno anesteziologa,
- datum, čas začátku a konce výkonu a popis operačního výkonu,
- zvláštnosti a případné komplikace výkonu,
- údaje o odběru materiálu k dalšímu vyšetření,
- odhadované krevní ztráty (u dospělých ztráty do 100 ml nevidujeme),
- údaj o provedené kontrole počtu operačních roušek a nástrojů.

Mimo operační protokol je operatér povinen vyhotovit záznam do ZD pacienta (dekurz) s doporučením pooperační péče. Tento záznam vzniká vždy, pokud není vyplněn [F-VFN-139 Pooperační ordinace](#), a musí obsahovat nejméně pacientův léčebný režim, dietu, medikaci a rozsah pooperačního monitoringu. Ve ZD musí být vždy i záznam o použití zdravotnických prostředků. Informace k pooperační péči jsou podrobněji rozvedeny v kapitole [4.9.2.3 Dokumentace předoperační, perioperační a pooperační péče](#).

Pokud z provozních důvodů není operační protokol bezprostředně po operaci vyhotoven, je operatér povinen vyhotovit alespoň záznam do ZD pacienta (dekurz) s doporučením pooperační péče.

Záznam v Knize operovaných obsahuje minimálně tyto údaje: pořadové číslo výkonu, datum a hodina výkonu, jméno pacienta, rok narození nebo číslo pojištěnce (pacienta), číslo chorobopisu (pokud je pacient hospitalizován), klinickou a operační diagnózu pacienta, jména členů operační skupiny, instrumentářky, jméno anesteziologa. Kniha operovaných musí být označena názvem příslušného oddělení/kliniky a musí mít očíslovány jednotlivé listy nebo musí být jednotlivé výkony označeny souvislou nepřerušovanou číselnou řadou.

4.9.2.10 *Zpráva o invazivním výkonu*

V případě, že je u pacienta proveden menší invazivní výkon/zárok, u něhož je přípustné nevyplňovat operační protokol v NIS, musí být v dokumentaci zaznamenána krátká zpráva o jeho průběhu,



obsahující minimálně název výkonu, jeho stručný popis, nález a doporučení dalšího postupu či omezení pacienta s výkonem související.

4.9.2.11 Záznam o perioperačním bezpečnostním procesu

Pokud je operační výkon či jiný invazivní zákrok prováděn za přítomnosti anesteziologa, postupuje se viz [PP-VFN-067 Perioperační bezpečnostní proces](#).

4.9.2.12 Záznam o konziliárním vyšetření

Je prioritně veden v systému NIS Medea pouze přes přístup „Konzilia pro lékaře“. Ručně zapsané konzilium do zdravotnické dokumentace může být provedeno pouze ve výjimečných případech, např. při výpadku systému NIS Medea.

Podrobná pravidla pro konziliární vyšetření stanovuje pracovní postup [PP-VFN-051 Organizace konziliárních služeb](#).

4.9.2.13 Záznam o podání krevní transfuze

Pravidla pro podávání transfuze a záznamy o podání jsou uvedeny v pracovním postupu [PP-VFN-048 Objednávání a aplikace transfuzních přípravků](#).

4.9.2.14 Překladová/propouštěcí zpráva

Překladová/propouštěcí zpráva se vyhotovuje při překladu/propuštění pacienta z kliniky nebo přímo z nemocničního ošetřování. Lékařská zpráva zachycuje stav pacienta a informace o něm v době propuštění (překladu).

Propouštěcí/překladová zpráva musí obsahovat všechny podstatné údaje o poskytnuté péči, podstatné informace o aktuálním zdravotním stavu pacienta a doporučení dalšího postupu; u překladové zprávy, včetně uvedeného data překladu a současně podklady pro vykázaní poskytnuté péče zdravotním pojišťovnám (zejména v systémech DRG).

Lékařskou překladovou/propouštěcí zprávu podepisuje lékař, který ji vyhotovuje a parafuje ji primář kliniky nebo vedoucí lékař (popřípadě jeho zástupce nebo vedoucí služby).

Povinností vedoucích lékařů všech klinik je zajistit uzavírání (tj. „odepsání“ a „podpis“) lékařských zpráv a převedení nálezu do tzv. *Archivu* v NIS MEDEA bez zbytečných odkladů, a umožnit tak nahlížení ostatním oprávněným uživatelům VFN.

Pokud není možné bezprostředně vyhotovit propouštěcí zprávu definitivní, je nutné (vždy) pacienta vybavit lékařskou předběžnou propouštěcí zprávou a propouštěcí zprávu vyhotovit nejpozději do 10 dnů. Předběžnou propouštěcí zprávu vyhotovuje ošetřující / službukonající lékař.

Minimální a vzorová struktura propouštěcí/překladové zprávy je uvedena [v příloze tohoto dokumentu](#).



V případě úmrtí se do zprávy místo aktuálního stavu v době úmrtí a doporučení dalšího postupu zahrnuje výsledek pitvy, pokud byla provedena. Zpráva se zasílá odesílajícímu a ošetřujícímu (praktickému) lékaři, pokud jsou známi. Předběžná zpráva se nevyhotovuje.

4.9.2.15 List o prohlídce zemřelého

„List o prohlídce zemřelého“ vyhotovuje lékař provádějící prohlídku zemřelého (ošetřující/službukonající lékař) jako elektronický formulář v NIS MEDEA (příp. elektronický formulář [F-VFN-125](#)).

4.9.2.16 Průvodní list k pitvě

Ošetřující nebo službukonající lékař je povinen rozhodnout o provedení pitvy a vyplnit elektronický formulář „Průvodní list k pitvě“ v NIS MEDEA, příp. elektronický formulář [F-VFN-149](#).

Postup při úmrtí pacienta podrobně upravuje pracovní postup [PP-VFN-041 Péče o zemřelého](#).

4.9.3 Ošetřovatelská dokumentace

Podrobný postup pro vedení ošetřovatelské dokumentace je uveden v dokumentech [SOP-UNZP-01 Ošetřovatelský proces ve zdravotnické dokumentaci hospitalizovaných pacientů](#), [SOP-UNZP-02 Ošetřovatelský proces ve zdravotnické dokumentaci hospitalizovaných dětských pacientů](#) a [SOP-UOP-03 Ošetřovatelská vizita](#).

4.10 VYŘAZOVÁNÍ DOKUMENTACE

Vyřazování zdravotnické dokumentace, která není nadále potřebná k poskytování zdravotní péče, zajišťuje centrálně pro celou VFN v souladu se [Spisovým a skartačním řádem](#) Centrální spisovna VFN. Ta provádí minimálně 1x ročně za celou VFN tzv. skartační řízení, kdy posoudí veškerou ZD, u které uplynula skartační lhůta, a rozhodne o její skartaci nebo dalším uchování.

Z tohoto důvodu je zakázáno jakýmkoliv způsobem likvidovat nebo odvážet zdravotnickou dokumentaci mimo oficiální skartační řízení prováděné Centrálním archivem VFN.

Základní skartační lhůty a znaky zdravotnické dokumentace jsou:

- Zdravotní péče poskytovaná registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví - **S 10** let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta.
- Ostatní ambulantní péče - **S 5** let po posledním vyšetření pacienta.
- Dispenzární péče
 - **V 10** let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta,
 - **V 100** let od data narození dialyzovaného pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta,
 - **V 100** let od data narození pacienta, který je podle jiného právního předpisu nosičem infekčního onemocnění nebo 10 let od úmrtí pacienta.



- Zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s ochranným léčením – **S 100** let od data narození pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta.
- Lůžková péče - **S 40** let od poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta.
- Jednodenní péče - **S 15** let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo 10 let od úmrtí pacienta.

Podrobně jsou skartační znaky a lhůty uvedeny ve [Skartačním plánu VFN](#).

4.11 VYSTAVENÍ POTVRZENÍ

4.11.1 Dočasná pracovní neschopnost

Rozhodnout o tom, zda je pacient dočasně neschopný práce, je povinen každý ošetřující lékař poskytující pacientovi ambulantní i lůžkovou péči s výjimkou pohotovostní služby. Rozhodnutí o pracovní neschopnosti se provádí vyplněním formuláře Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, který je k dispozici v Hlavním skladu Odboru MTZ.

Podrobná pravidla jsou uvedena v pracovním postupu [PP-VFN-029 Vystavování pracovní neschopnosti](#).

4.11.2 Ošetřování člena rodiny

V případě, že osoba, která pečuje o jiného člena domácnosti, ho nemůže ošetřovat z důvodu nemoci, úrazu nebo karantény některého člena rodiny ošetřovaného ve VFN, může zažádat OSSZ prostřednictvím formuláře "Žádost o ošetřovné osoby, která převzala ošetřování (péči)" o vyplacení dávek – tzv. ošetřovného.

Podrobná pravidla jsou uvedena v pracovním postupu [PP-VFN-029 Vystavování pracovní neschopnosti](#).

4.11.3 Potvrzení o doprovodu

Každý zaměstnanec má právo požádat zaměstnavatele o pracovní volno k doprovodu rodinného příslušníka do zdravotnického zařízení k vyšetření nebo ošetření při náhlém onemocnění nebo úrazu a k předem stanovenému vyšetření, ošetření nebo léčení na nezbytně nutnou dobu, nejvýše však na 1 den, byl-li doprovod nezbytný a uvedené úkony nebylo možno provést mimo pracovní dobu. Zaměstnanec následně předá toto potvrzení svému zaměstnavateli jako doklad o doprovodu rodinného příslušníka.

Pokud pacient/doprovázející osoba předloží k potvrzení Formulář o doprovodu od zaměstnavatele, lékař ho potvrdí a nevyžaduje platbu za administrativní výkon.

Pokud pacient/doprovázející osoba požádá o vystavení potvrzení, použije lékař formulář [F-VFN-113 Potvrzení o doprovodu rodinného příslušníka](#), do kterého vyznačí, zda byl doprovod nezbytný či nikoliv a čas po který byl pacient doprovázen a toto potvrzení stvrdí svým podpisem a razítkem. Vzhledem k tomu, že v tomto případě se jedná o vydání potvrzení na žádost pacienta (tj. administrativní výkon nehrazený ZP), je za vystavení tohoto potvrzení účtován poplatek uvedený



v [ceníku výkonů hrazených mimo ZP](#) viz směrnice [SM-VFN-11 Úhrada výkonů hrazených mimo zdravotní pojištění](#).

5. Závěrečná ustanovení

Platí zákaz používání všech neschválených, a neplatných formulářů souvisejících s perioperační a pooperační péčí (např. F-KARIM-016 Záznam o pobytu na dospávacím pokoji a F-KARIM-021 Záznam postanestetické péče, F-VFN-154 Pooperační ordinace a záznam monitoringu a předchozí verze č. 1 F-VFN-153 Záznam pooperačního monitoringu).

6. Vznikající dokumenty a údaje

název	uchovává	doba uchování

7. Související dokumenty

[RD-VFN-01 Léčebný řád](#)

[RD-VFN-04 Skartační řád](#)

[RD-VFN-04ZP Spisový a skartační plán zdravotnické dokumentace](#)

[SM-VFN-11 Úhrada výkonů hrazených mimo zdravotní pojištění](#)

[SM-VFN-28 Řešení nežádoucích událostí a námětů pro zlepšení](#)

[SM-VFN-45 Souhlas s hospitalizací a informované souhlasy pacientů](#)

[PP-VFN-015 Používání zdravotnických prostředků se zvýšeným rizikem pro uživatele](#)

[PP-VFN-029 Vystavování pracovní neschopnosti](#)

[PP-VFN-041 Péče o zemřelého](#)

[PP-VFN-043 Léčivé přípravky ve VFN](#)

[PP-VFN-048 Objednávání a aplikace transfuzních přípravků](#)

[PP-VFN-067 Perioperační bezpečnostní proces](#)

[PP-VFN-069 Péče o pacienta s bolestí](#)

[PP-VFN-051 Organizace konziliárních služeb](#)

[PP-VFN-057 Manipulace a transport vzorků biologického materiálu do laboratoří](#)

[PP-VFN-065 Anestézie ve VFN](#)

[PP-VFN-074 Nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování jejich výpisů nebo kopií](#)

[F-VFN-100 Souhlas s hospitalizací](#)

[F-VFN-107 Záznam o souhlasu s poskytováním informací](#)

[F-VFN-108 Oznámení o hospitalizaci pacienta bez souhlasu](#)

[F-VFN-113 Potvrzení o doprovodu](#)

[F-VFN-125 List o prohlídce zemřelého](#)

[F-VFN-133 Perioperační bezpečnostní proces](#)

[F-VFN-139 XXX Pooperační ordinace \(XXX – značka konkrétní kliniky, pro kterou je formulář určen\)](#)



- [F-VFN-142 Předoperační protokol](#)
- [F-VFN-149 Průvodní list k pitvě](#)
- [F-VFN-153 Pooperační ordinace a záznam monitoringu](#)
- [F-VFN-153 1CHK Pooperační ordinace a záznam monitoringu \(určeno pouze pro PACU 1. chirurgické kliniky\)](#)
- [F-VFN-209 Záznam ošetření rány/kůže pacienta](#)
- [F-VFN-223 Záznam ošetření stomie](#)
- [F-VFN-224 Záznam ošetření stomika \(část I., část II.\)](#)
- [F-VFN-228 Edukace stomika](#)
- [F-VFN-229 XXX Záznam ošetrovatelské péče na stacionáři/ambulanci \(XXX – značka konkrétní kliniky, pro kterou je formulář určen\)](#)

formuláře [Oddělení nutričních terapeutů](#)

[Zkratky používané ve VFN](#)

[Schéma perioperační péče](#)

- [F-KARIM-058 Anesteziologický záznam](#)
- [F-KARIM-059 Záznam o anestezii/analgozsedaci – Anesteziologické oddělení při GPK](#)
- [F-KARIM-060 Záznam o anestezii/analgozsedaci – Anesteziologické oddělení při 1CHK](#)
- [F-KARIM-061 Záznam o anestezii/analgozsedaci – Anesteziologické oddělení při 2CHK](#)
- [F-KARIM-062 Záznam o anestezii/analgozsedaci – Anesteziologické oddělení malých chirurgických oborů](#)
- [F-KARIM-063 Záznam o anestezii/analgozsedaci – Anesteziologické oddělení při URO](#)
- [F-KARIM-079 Anesteziologický záznam pro výkony na srdci a aortě](#)

[MP-ULP-13 Vstupní vyšetření při hospitalizaci](#)

[MP-ULP-14 Ambulantní vyšetření pacientů](#)

[PP-UI-23 Podání žádosti o podpisový certifikát](#)

[SOP-UNZP-01 Ošetrovatelský proces ve zdravotnické dokumentaci hospitalizovaných pacientů](#)

[SOP-UNZP-02 Ošetrovatelský proces ve zdravotnické dokumentaci hospitalizovaných dětských pacientů](#)

[SOP-UOP-03 Ošetrovatelská vizita](#)

Legislativa (vždy v platném znění):

- Zákon č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách,
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů,
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče,
- Zákon č.301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,



- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

8. Přílohy

1. [Minimální struktura lékařské propouštěcí / překladové zprávy](#)
2. [Vzorová struktura lékařské propouštěcí / překladové zprávy](#)
3. [Malé výkony](#)



Příloha č. 1
**Minimální struktura lékařské propouštěcí/
překladové zprávy**

PP-VFN-040

Strana 22 z 26

Verze číslo: 11

- **DATUM A ČAS ZAČÁTKU A UKONČENÍ HOSPITALIZACE**
- **DŮVOD PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI**
- **ANAMNÉZA**
 - Osobní anamnéza
 - Farmakologická anamnéza
 - Alergická anamnéza/alergie
 - Nynější onemocnění
- **PROVEDENÉ VÝKONY**
- **PROVEDENÁ VYŠETŘENÍ**
- **LÉČBA V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE**
- **PRŮBĚH HOSPITALIZACE – EPIKRÍZA**
 - Popis průběhu hospitalizace vč. předcházejících pobytů na klinikách a odd. VFN v rámci jednoho DRG případu.
 - Údaje o okolnostech, které mohou ovlivnit zařazení případu.
 - Předpokládaná další péče či prognóza.
- **DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR**
 - Diagnóza či popis stavu, pro který byl pacient hospitalizován (po zvážení průběhu a všech nálezů) vč. komplikací.
 - Další závažná onemocnění uspořádaná logicky (např. dle orgánových systémů) vč. nosokomiálních infekcí či jiných komplikací pobytu.
 - Alergie, zejména lékové.
 - Závažná prodělaná onemocnění, která současný zdravotní stav zásadně neovlivňují.
- **DOPORUČENÍ (Elektivně)**
 - Bolest (je-li přítomna)
 - Režim (je-li omezen nebo vymezen, např. zákaz řízení, pohybu,...)
 - Strava/dieta
 - Medikace
 - Vydané léčivé přípravky (příp. vydané recepty)
 - Další diagnostický postup (vč. přesné specifikace naplánovaných/objednaných vyšetření či nástupu k dalšímu pobytu/operaci, včetně doporučení k vyšetření u onemocnění a stavů zjištěných při hospitalizaci pacienta).
 - Údaj o pracovní neschopnosti, pokud byla vystavena či trvá.
 - Údaj o transportu sanitním vozem apod.
- **RAZÍTKO, DATUM A ČAS, IDENTIFIKACI A PODPIS LÉKAŘE**



Příloha č. 2
Vzorová struktura lékařské propouštěcí/
překladové zprávy

PP-VFN-040

Strana 23 z 26

Verze číslo: 11

- **DATUM A ČAS ZAČÁTKU A UKONČENÍ HOSPITALIZACE**
- **DŮVOD PŘIJETÍ K HOSPITALIZACI**
Důvod, pro který byl pacient poslán nebo sám vyhledal hospitalizaci.
- **ANAMNÉZA** (Pořadí může být změněno)
 - Rodinná anamnéza
 - Osobní anamnéza
 - Farmakologická anamnéza
přehled léčivých prostředků, které pacient bral v době před hospitalizací, vč. dávky/síly
 - Pracovní anamnéza/sociální anamnéza
 - Abusus a nadužívání léků
(etylalkohol, kouření, nezákonné drogy, analgetika, benzodiazepiny, ne kofein!)
 - Nynější onemocnění
příznaky a nálezy včetně vyšetření a léčby poskytnuté před přijetím na lůžko (RZS, SPIN apod.)
 - Základní tělesné funkce
údaje o změnách tělesné hmotnosti, spánku, dýchání, kardiovaskulární zdatnosti např. dle NYHA, trávení, močení, otocích či postižení kloubů atd.
 - AA – alergická anamnéza/alergie - *uvést i negativní údaj (Alergie není známa)*
- **STAV PŘI PŘIJETÍ**
 - Výška, hmotnost (BMI, fakultativně obvod pasu), TK, P, TT, DF
 - Celkový stav
Pokud vstupní vyšetření provádí ošetřující lékař lůžkového oddělení s odstupem, je nutno zmínit i nálezy při přijetí do VFN, pokud došlo k podstatným změnám.
- **PROVEDENÉ VÝKONY (OPERACE) – Chirurgické obory**
- **PROVEDENÁ VYŠETŘENÍ – Chirurgické obory**
Přehledně uspořádané výsledky provedených vyšetření od základních (krevní obraz, koagulace, moč, biochemie), přes zobrazovací metody po metody speciální. Opakovaná vyšetření (biochemie, krevní obrázky) uvádět výběrově, příp. v trendech, nekopírovat všechny výsledky z NIS Medea.
- **PROVEDENÁ VYŠETŘENÍ – Interní obory**
- **PROVEDENÉ VÝKONY – Interní obory**
- **TERAPIE ZA HOSPITALIZACE** - názvy použitých léčivých přípravků, u antibiotik délka podávání, počet transfuzních jednotek.
- **PRŮBĚH HOSPITALIZACE – EPIKRÍZA**
 - Výstižný popis průběhu hospitalizace vč. předcházejících pobytů na klinikách a odd. VFN v rámci jednoho DRG případu.
Z epikrízy musí být patrný hlavní důvod hospitalizace i v případech, kdy příčina stavu nebyla hned zřejmá, nebo byl pacient přijat z jiného důvodu, který se však nakonec ukázal jako méně důležitý či dokonce zástupný.
 - Údaje o okolnostech, které mohou ovlivnit zařazení případu (např. závažnou vadu zraku, těžkou nesoběstačnost, zmatenost apod.)
 - Předpokládaná další péče či prognóza.
- **DIAGNOSTICKÝ ZÁVĚR** (slovně, nikoli kódy MKN)
 - Diagnóza nebo popis stavu, pro který byl pacient hospitalizován (po zvážení průběhu a všech nálezů) vč. komplikací.



Příloha č. 2
**Vzorová struktura lékařské propouštěcí/
překladové zprávy**

PP-VFN-040

Strana 24 z 26

Verze číslo: 11

- Další závažná onemocnění uspořádaná logicky (např. dle orgánových systémů) vč. nozokomiálních infekcí či jiných komplikací pobytu.
- Alergie, zejména lékové
- Závažná prodělaná onemocnění, která současný zdravotní stav zásadně neovlivňují.
- Jiné diagnózy („stavy po“ apod.)
- **DOPORUČENÍ**
 - Bolest (je-li přítomna)
 - Režim (je-li omezen nebo vymezen, např. zákaz řízení, pohybu,...)
 - Strava/dieta
 - Medikace
 - Vydané léčivé přípravky (příp. vydané recepty)
 - Další diagnostický postup (vč. přesné specifikace naplánovaných/objednaných vyšetření či nástupu k dalšímu pobytu/operaci, včetně doporučení k vyšetření u onemocnění a stavů zjištěných při hospitalizaci pacienta).
 - Údaj o pracovní neschopnosti, pokud byla vystavena či trvá.
 - Údaj o termínu zaslání (doručení) definitivní zprávy, pokud nemohla být vyhotovena při propuštění pacienta.
 - Údaj o transportu sanitním vozem apod.
- **ZÁZNAM O POUČENÍ PACIENTA**
- **TERMÍNY DALŠÍCH KONTROLNÍCH VYŠETŘENÍ**
- **RAZÍTKO, DATUM A ČAS, IDENTIFIKACI A PODPIS LÉKAŘE**

- **I. chirurgická klinika, II. chirurgická klinika**
 - a) repozice luxací a zlomenin,
 - b) sutury tržných ran, extirpace, biopsie, drobné plastiky,
 - c) extrakce osteosyntézy a jiného materiálu,
 - d) analgosedace a celková anestezie na CT k radiofrekvenční ablaci, NanoKnife
 - e) angio CT k embolizacím,
 - f) ošetření AV shuntů,
 - g) dohled analgosedace u alergiků na CT/RTG,
 - h) aplikace Vacuum assisted closure (VAC) systému, výměny VAC systému,
 - i) revize operační rány či převazy v celkové anestezii či analgosedaci,
 - j) zajištění pacienta na chirurgické ambulanci invazemi a transport,
 - k) kardioverze,
 - l) revize operační rány pro povrchovou infekci v ráně,
 - m) perkutánní transluminální angioplastika (PTA)/stenting končetinových či pánevních tepen.
- **Urologická klinika**
 - a) lithotrypse extrakorporální rázovou vlnou,
 - b) založení ureterálního stentu / katétru,
 - c) nefrostomie,
 - d) ascendentní pyelografie,
 - e) dilatace uretry,
 - f) drenáže abscesů ledviny / okolí ledviny,
 - g) punkce / sklerotizace renální cysty,
 - h) cystoskopie.
- **Gynekologicko – porodnická klinika**
 - a) hysteroskopie,
 - b) odběr oocytů,
 - c) kyretáž,
 - d) umělé přerušování těhotenství,
 - e) výkony elektrofrequenční kličkou,
 - f) revize děložní dutiny,
 - g) extirpace gl. Bartholini,
 - h) odstranění kondylomat,
 - i) nekomplikované výkony v časně poporodní době v porodním boxu:
 - manuální lýza placenty,
 - časná poporodní revize,
 - sutura porodního poranění.
- **Klinika dětského a dorostového lékařství**
 - a) nukleární magnetická rezonance a CT v celkové anestezii,
 - b) endoskopické výkony (gastro a pneumologie),
 - c) výkony v CA (punkce kloubů).
- **Oční klinika**
 - a) drobné plasticko chirurgické výkony + operace víček,
 - b) výkony katarakta,



- c) operace glaukomu,
 - d) pars plana vitrectomia,
 - e) amotio retinae,
 - f) karetoplastika,
 - g) corpus alienum intraoculare corpus alienum oculi,
 - h) průplach či sondáž slzných cest u dětí.
- **ORL oddělení**
 - a) adenoidní vegetace,
 - b) tonzilektomie u dospělých,
 - c) drenáž paratonzilárních abscesů,
 - d) diagnostická a terapeutická punkce dutin,
 - e) oesophagoskopie,
 - f) myringoplastika.
 - **Stomatologická klinika**
 - a) extrakce zubů, sanace chrupu
 - b) operace cyst a orofaciálních abscesů,
 - c) záchovná stomatologie,
 - d) ošetření kariezních zubů u dětí.
 - **Klinika TRN**
 - a) diagnostická a terapeutická bronchoskopie,
 - b) zavedení a extrakce stentů dýchacích cest,
 - c) thorakoskopie.
 - **IV. interní klinika**
 - a) endoskopické výkony:
 - koloskopie,
 - gastrokopie,
 - rektoskopie,
 - sigmoideoskopie,
 - enteroskopie,
 - polypectomie;
 - b) zavedení, extrakce a výměna PEG,
 - c) transhepatální výkony:
 - dilatace žlučových cest,
 - cholangiografie;
 - d) ERCP,
 - e) papilotomie,
 - f) punkce ascitu.
 - **I. interní klinika**
 - a) trepanobiopsie.
 - **Onkologická klinika**
 - a) zavedení zářiče v celkové anestézii.
 - **Psychiatrická klinika**
 - a) elektrokonvulzivní terapie.