



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Propouštěcí zpráva **Funkční specifikace**



Projekt Národní centrum elektronického zdravotnictví
(registrační číslo CZ.31.1.01/MV/22_05/0000005)

Verze: 01

Platnost od: 13.03.2023



NÁRODNÍ CENTRUM
ELEKTRONICKÉHO
ZDRAVOTNICTVÍ

Obsah

<u>Obsah</u>	1
<u>1. Úvod</u>	4
1.1 Účel dokumentu.....	4
1.2 Rozsah dokumentu.....	5
<u>2. Popis problému</u>	6
2.1 Hlavní nedostatky propouštěcích zpráv v české praxi.....	7
2.2 Diskuze	8
<u>3. Metodika</u>	12
3.1 Analyzovaná zahraniční literatura	12
3.2 Česká literatura	12
3.3 Přístup k řešení	13
3.4 Složení řešitelského týmu	13
3.5 Analýza existujících standardů a řešení.....	13
3.6 Základní principy standardu.....	14
3.7 Volba terminologie.....	15
<u>4. Přehled use case</u>	17
4.1 Aktéři.....	18
<u>5. Funkční specifikace</u>	19
5.1 Popis use case	19
5.2 Právní a regulační požadavky.....	22
5.3 Sémantické aspekty	22
5.4 Informační aspekty	55
5.4 Požadavky na aplikace.....	92
5.6 Technické požadavky	93
<u>6. Literatura</u>	94
<u>1. Úvod</u>	3
1.1 Účel dokumentu.....	3
1.2 Rozsah dokumentu.....	4
<u>2. Popis problému</u>	5
2.1 Hlavní nedostatky propouštěcích zpráv v české praxi.....	6
2.2 Diskuze	7
<u>3. Metodika</u>	11
3.1 Analyzovaná zahraniční literatura	11

3.2 Česká literatura	11
3.3 Přístup k řešení	12
3.4 Složení řešitelského týmu	12
3.5 Analýza existujících standardů a řešení	12
3.6 Základní principy standardu	13
3.7 Volba terminologie	
4. Přehled use case	16
4.1 Aktéři	17
5. Funkční specifikace	18
5.1 Popis use case	18
5.2 Právní a regulační požadavky	21
5.3 Sémantické aspekty	
5.4 Informační aspekty	54
5.4 Požadavky na aplikace	
5.6 Technické požadavky	
6. Literatura	

Seznam zkratek a pojmů

Zkratka	Význam
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical classification system
CDA	Clinical Document Architecture, Standard sdružení HL7
DG SANTE	Commission's Directorate-General for Health and Food Safety
DLP	Databáze léčivých přípravků (SÚKL)
EEHRxF	Evropský formát pro výměnu elektronických zdravotních záznamů
eHN	European e-Health Network – Evropská síť elektronického zdravotnictví
EU	Evropská unie
EU PS	European Patient Summary
FHIR	Fast Health Interoperability Resources, standard sdružení HL7
IPS	International Patient Summary
IT	Informační technologie
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCP	National Contact Point for e-Health – národní kontaktní bod
NIS	Nemocniční informační systém
OL	Odborný specializovaný lékař
PL	Praktický lékař
PLDD	Praktický lékař pro děti a dorost
PS	Pacientský souhrn
PZ	Propouštěcí zpráva
SNOMED CT	Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms

1. Úvod

1.1 Účel dokumentu

Účelem tohoto dokumentu je popsat právní, organizační a technické požadavky na strukturu a obsah propouštěcí zprávy z nemocnice (PZ), definovat hlavní a vedlejší cíle jejího použití. Tyto cíle jsou podpořeny informačním modelem a datovou sadou, kompatibilní se vznikajícím standardem evropském formátu pro výměnu elektronických zdravotních záznamů (EEHRxF).

Dokument podrobně popisuje relevantní případy použití propouštěcích zpráv z lůžkového zdravotnického zařízení, aktéry jejich vyhotovení a uvádí základní funkční i nefunkční požadavky na implementaci zprávy.

Samotnému řešení předchází analýza známých existujících řešení v EU, analýza funkčních požadavků, včetně popisu kontroverzí z nich plynoucích. Zde je na místě konstatovat, že vznik standardu propouštěcí zprávy je spojen s řadou rozporuplných postojů i požadavků, a to zejména z řad lékařů, kteří zprávy tvoří. To je patrně důvodem, proč v České republice žádný obecně přijímaný standard PZ dosud nevznikl. Existují sice lokální „standarty“ PZ v rámci některých nemocnic, poznatky z praxe však ukazují, že i tyto lokální „standarty“ nejsou velmi často dodržovány, což souvisí mj. s tím, že tyto „standarty“ nejsou technicky ani procesně kontrolovány či „vynucovány“. Je běžnou praxí, že si jednotlivá oddělení domlouvají s dodavatelem nemocničního informačního systému (NIS) individuální strukturu propouštěcí zprávy. Řada NIS sice nabízí určitou standardní základní strukturu PZ, tu si ovšem může lékař píšící zprávu libovolně editovat, a to včetně změn nebo odstranění názvů jednotlivých oddílů apod. V praxi to znamená, že se může konkrétní jednotlivá PZ od původního standardu libovolně vzdálit.

Z výše uvedeného vyplývá, že standard, popsáný v tomto dokumentu, přichází do prostředí, které je extrémně nestandardizované a v němž existují aktéři s rozdílnými (nežádka protichůdnými) názory na to, jak by měla standardní PZ vypadat. Z toho důvodu ponechává standard poměrně širokou volnost pro implementační řešení a soustřeďuje se na tři základní otázky:

1. Jaké je nepodkročitelné minimum informací, tedy které oddíly a jaké v nich obsažené informace musejí být v PZ za všech okolností uvedeny (tyto části jsou v PZ označeny jako „Povinné“).
2. Jaké další potenciálně klinicky významné informace by měly být v PZ obsaženy (tyto části PZ jsou označeny jako „Požadované“ a „Volitelné“).
3. Jaká je optimální struktura PZ a jaký datový formát je nejvhodnější pro jednotlivé oddíly strukturované PZ.

Součástí dokumentu jsou také doporučení, jak používat standardizovanou strukturu PZ (v její povinné, požadované i volitelné části). Samotná struktura a datový formát sice zajistí lepší podmínky pro další práci s PZ (např. vyhledání specifických údajů), ale nezajistí kvalitní, plně srozumitelnou a dobře „čitelnou“ PZ.

Vytvoření rozsáhlé, „všeobjímající“ struktury PZ, umožňující vložit jakékoli množství a typ informací, není cílem zavedení standardu. Cílem je umožnit uživatelům vložit vysoce strukturovaně různé informace, potřebné k zajištění kontinuity péče, ale bez povinnosti vložit všechny informace vztažené k hospitalizaci či k pacientovi. Kvalitní zpráva, která má zajistit bezchybnou kontinuitu péče, je obvykle koncizní s vyloučením údajů, které mají malou nebo žádnou klinickou relevanci v období předávání pacienta z hospitalizační do ambulantní péče. Nemocniční propouštěcí zpráva slouží jako primární, a zatím často také jediný zdroj informací o průběhu a výsledcích hospitalizační péče, jako taková je klíčová pro zajištění kontinuity péče. Kvalita propouštěcí zprávy je obecně považována za zásadní pro podporu bezpečnosti pacientů během přechodu mezi různými poskytovateli, zejména v časném období po hospitalizaci. Kromě toho obsahuje také důležité informace určené pro samotného pacienta (či osoby o pacienta pečující): informace o jeho zdravotním stavu a následné doporučené péči (např. termín kontrolního vyšetření, režimová doporučení apod.).

Nejen obsah svojí kvalitou a kvantitou, ale i struktura velmi významně ovlivňuje kvalitu PZ. Volba vhodné struktury napomáhá správnému výběru informací podstatných pro naplnění hlavního účelu PZ, předání přehledných a srozumitelných informací.

Tento dokument obsahuje základní požadavky na obsah a způsob tvorby propouštěcích zpráv v nemocniční péči. Dokument dále obsahuje standardní datovou sadu, která by měla být dodržována při tvorbě propouštěcích zpráv a bude sloužit jako podklad pro implementační specifikaci datového standardu.

1.2 Rozsah dokumentu

Tento dokument pokrývá základní aspekty lékařských propouštěcích zpráv (včetně zpráv předběžných) při propuštění ze všech typů zařízení lůžkové péče; všeobecných nemocnic, psychiatrických nemocnic; specializovaných lůžkových zařízení nebo zdravotnických zařízení vydávajících dokument, který lze považovat za propouštěcí zprávu.

Standard zahrnuje pouze základní části propouštěcích zpráv společné pro všechny obory. Standard neobsahuje specializované části potřebné pro některé velmi specifické situace, např. porod. Specifikace

oborově specifických částí by měla být postupně doplněna, bude-li to shledáno jako nutné¹, v navazujících projektech.

Standard je aplikovatelný na případy akutní hospitalizační péče, stejně jako na jiné druhy nemocniční péče, včetně péče ošetrovatelské a péče jednodenní. Dokument však není specifikací ošetrovatelské propouštěcí zprávy.

2. Popis problému

Z dostupných zahraničních studií (Bergkvist, 2009), (Caleres G, 2020), (E M Macaulay, 1996) považujeme za prokázané, že:

- přechod z nemocniční péče do ambulantní péče může představovat značné riziko pro pacienta,
- stav pacienta nemusí být stabilizovaný,
- pacient přechází do jiného prostředí a režimu poskytování zdravotní péče,
- při propuštění často dochází k posledním změnám medikace a není jisté, jak na tyto změny bude pacient reagovat,
- pacienta přebírá do péče lékař, který často nemá detailní znalosti specifické klinické problematiky a vychází v další péči značnou měrou z informací a doporučení, které jsou obsaženy v PZ.

Kromě opožděného předání propouštěcí zprávy představují z tohoto pohledu hlavní rizika údaje:

- chybně uvedené v PZ (nepravdivé, nepřesné či neaktuální),
- špatně srozumitelné (zkratky, jazykově nesprávné, nesrozumitelné věty a souvětí),
- velmi rozsáhlé, v nichž se střídají důležité a „balastní“ (nevýznamné, nepoužitelné) informace; praktický lékař má omezený čas na čtení zprávy a dlouhou PZ čte selektivně; tedy je riziko, že přeskóčí či přehlédne důležité informace,
- s nepraktickým řazením oddílů, které komplikuje efektivní získání podstatných informací (souvisí s předchozím),
- s duplicitami (vzniklými kopírováním), které mohou být špatně pochopeny, či dokonce se zdánlivými duplicitami (informace se v detailech liší).

¹ Na základě zahraničních zkušeností lze usuzovat, že se potřeba modifikovat základní standard týká porodnictví, psychiatrie a možná geriatrie.

2.1 Hlavní nedostatky propouštěcích zpráv v české praxi

Zde jsou stručně popsány hlavní nedostatky pozorované v reálné praxi i zjištěné analýzami desítek propouštěcích zpráv z různých nemocnic provedených v posledních letech. Pořadí uvedených nedostatků nevypovídá nutně jejich závažnosti; většina těchto kritických poznámek je rozvedena dále v oddílu Diskuse.

- PZ není souhrnem za celý hospitalizační případ, ale jen za jedno oddělení (kliniku), ze kterého je pacient propouštěn.
- PZ obsahuje neaktualizované i neaktuální údaje (např. diagnostické úvahy a doporučení z konzilií překopírovaných v plném rozsahu, které v době propuštění již nemají žádnou klinickou relevanci).
- PZ obsahuje údaje, které pro kontinuitu péče nemají žádný význam.
- PZ je neúměrně dlouhá a nepřehledná, obsahuje duplicity (multiplicity) vzniklé kopírováním textů (dle zahraničních doporučení má mít PZ rozsah jedné, maximálně 2 stran).
- Není správně uveden důvod přijetí, tedy zdravotní problém, pro který byl pacient hospitalizován. Důvod je něco jiného, než cíl (např: „přijata k hysterektomii“ – je uveden cíl hospitalizace, nikoliv důvod).
- Pořadí oddílů nepodporuje efektivní čtení PZ; existuje více než jeden narativní oddíl (text popisující aktuální příběh pacienta je např. zčásti v historii nemoci, zčásti v Průběhu/Souhrnu, někdy ještě v oddělené epikríze).
- Zcela chybí informace o významných výkonech (operacích/intervencích) provedených během hospitalizace.
- V popisu významných výkonů (operací/intervencí) jsou zkratky, nejasné názvy výkonů (např. je uveden jen komerční název implantátu, aniž by byl uveden typ provedeného výkonu).
- V popisu významných výkonů (operací/intervencí) jsou názvy kódů ze Seznamu výkonů (např. „torakoskopie a laparoskopie“), nikoli přesný výkon, který byl proveden.
- Epikríza/průběh/klinické shrnutí je chronologickým popisem hospitalizace, nikoli přehledem řešených problémů (podle jejich klinického významu).
- Diagnostický souhrn obsahuje nejružnější informace, které svojí povahou nejsou diagnózami.
- Diagnostický souhrn nerozlišuje aktivní stavy vyžadující další diagnostiku a/nebo léčbu od stavů, které jsou neaktivní (stabilizované, dlouhodobé) a nevyžadují další péči.
- Epikríza/průběh/klinické shrnutí i diagnostický souhrn obsahují medicínské zkratky².

² Problematika zkratk přesahuje záběr této zprávy – jedná se zejména o používání zkratk srozumitelných v rámci jednotlivých oborů, ale s možným jiným významem v jiných oborech; zkratky pro

- V diagnostickém souhrnu jsou použity názvy kódů MKN-10 (např. „jiná hypotyreóza“), která neodpovídají klinickým zjištěním (hypotyreóza může být etiologicky nejasná, ale ne „jiná“)
- Diagnostické souhrny používají nesprávným a matoucím způsobem termín „stav po ...“ i pro stavy, které byly důvodem přijetí či dokonce nastaly během hospitalizačního případu, ke kterému se váže PZ.
- Medikace je uvedena v nevhodném formátu, resp. bez snahy o (jakýkoliv) standardizovaný formát.
- Medikace před přijetím a medikace při propuštění (doporučená) jsou uvedeny na různých místech PZ a v různém formátu.
- Změny v medikaci či ukončení medikace nejsou v PZ explicitně uvedeny, u změn medikace není uveden důvod změny.

2.2 Diskuze

V této části dokumentu jsou popsány ty aspekty PZ, ve kterých byly v diskusi české odborné veřejnosti zaznamenány významně odlišné názory.

Úplnost versus stručnost

Jak starší, tak novější zahraniční doporučení říkají, že PZ má být stručná a zdůrazňují, že často „méně je více“³. Zejména v situaci, kdy praktický lékař anamnézu pacienta zná a problém, který vedl k hospitalizaci je vyřešen, může být PZ velmi stručná. V českém prostředí je poměrně rozšířený názor, že PZ má obsahovat hodně podrobností i nad rámec toho, co je nutné pro zajištění kontinuity péče. Tento postoj je obhajován řadou argumentů:

1. je to z forenzních důvodů
2. údaje z PZ jsou využívány ve specializovaných ambulancích (nemocnice nebo mimo ni) a zde jsou potřebné i detaily, které (možná) praktického lékaře nezajímají;
3. vždy se PZ takto psala, jde tedy o vyzkoušenou, zavedenou praxi;
4. PZ píše mladý lékař (který často ani pacienta podrobně nezná) a často neví, co je důležité a co ne, tedy raději zahrne do PZ téměř vše;
5. nikdy se neví, které údaje se možná jednou v budoucnu budou hodit; neplatí tedy, že „méně je více“, ale že „více je více“.

in extenso běžně používané názvy nemocí či jiných pojmů; zavádění vlastních zkratk tam, kde již existují zkratky běžně srozumitelné. Obecně však platí, že nemají být používány zkratky kromě těch, které pronikly do běžného jazyka (RTG, EKG, TBC apod.).

³ Comme le dit le proverbe «Mieux vaut moins mais mieux», il faut réduire la quantité d'information transmise dans la lettre de sortie et s'assurer de sa qualité ainsi que de sa pertinence pour le médecin installé. Swiss Medical forum Numéro 2020/11-12

Při bližším zkoumání žádný z výše uvedených argumentů neobstojí.

- Důkazem o tom, že péče byla poskytnuta je primární dokumentace (dekurz apod.), nikoliv PZ; z forenzního hlediska by byla PZ posuzována jen jako nástroj k zajištění kontinuity péče, nikoliv jako doklad o rozsahu poskytnuté péče.
- Potřebu mít nebo poskytnout k dispozici detailně všechny výsledky je možné zajistit jinak než extenzivním rozsahem PZ, např. rozsáhlejším sdílením zdravotnické dokumentace sdílením výsledků a vytvořením (a udržováním) patientského souhrnu.
- Potřebu mít nebo poskytnout k dispozici detailně všechny výsledky je možné zajistit jinak než extenzivním rozsahem PZ. Argument, že se PZ vždy takto psala, neobstojí z více důvodů. Jednak není úplně pravdivý (v době, kdy se PZ psaly na psacím stroji byly PZ kratší a výstižnější). Zejména ale platí, že organizace zdravotní péče se mění, je více fragmentovaná (často se střídáním ambulantních a hospitalizačních epizod) a přibývají velmi krátké (např. dvoudenní) hospitalizace. Tomu je třeba přizpůsobit i standard PZ.
- Nezkoušenost mladých lékařů s psaním PZ není dostatečnou omluvou pro neadekvátní obsah PZ a praxi některých nemocnic, že PZ píší téměř výhradně lékaři, kteří jsou na oddělení „na kolečku“ je třeba označit za nežádoucí.

Ať je diskuse nad správným formátem a rozsahem PZ jakákoliv, nakonec se ukazuje, že praktickým důvodem obsáhlosti PZ je okolnost, že nejjednodušší způsob, jak ji sestavit, je použít automatické sestavení pomocí NIS, což vede (obvykle) k nejširšímu možnému zahrnutí různých detailů, včetně duplicit apod. Tato „snadnost“ vytvoření PZ je ale draze zaplácena ztrátou přehlednosti, srozumitelnosti a nenaplněním základního smyslu PZ – přímočarým způsobem zajistit odborně správnou kontinuitu péče.

Na tomto místě je třeba uvést, že součástí elektronické dokumentace bude, byť s určitým odstupem, patientský souhrn (PS). Patientský souhrn, který je v současnosti legislativou umožněn a předpokládán. Po postupném zavedení do praxe bude jednou ze základních částí individuální zdravotnické dokumentace (vedle sdílených výsledků diagnostických metod, ambulantních zpráv, lékového záznamu atd.).

PZ tedy bude možné vrátit k tomu, co napovídá její název: k řízenému, cílenému předání informací, vztahujících se k této hospitalizaci, nezbytných pro zajištění kontinuity péče. Část informací z PZ přitom bude včleněna do PS pro potřebu jakékoli další péče vč. přeshraniční.

Volný text versus řízená terminologie

Vyjádření informace volným textem je přirozený a historicky velmi rozšířený způsob záznamu do zdravotnické dokumentace. Volný text umožňuje tvůrci záznamu velkou volnost vyjádření a velkou

variabilitu způsobu zápisu informace do zdravotnické dokumentace. Tyto vlastnosti jsou výhodou i nevýhodou současného systému.

Volnost vyjádření je žádoucí zejména tam, kde je nezbytná k přesnému záznamu sdělení. Naopak nežádoucí je tam, kde je zdrojem možného zkreslení či snižuje možnost orientace a pochopení (příjemcem sdělení) a kde brání vyjádření informací v univerzálně předatelném, tedy interoperabilním formátu. Je nelehkou úlohou každého standardizačního pokusu nalézt správnou míru volnosti a standardizace obsahu tak, aby byla, pokud možno, zachována jak dostatečná flexibilita obsahu, formy sdělení, tak omezena nežádoucí variabilita.

V praxi je této rovnováhy dosahováno:

- rozdělením dokumentu do základních oddílů či sekcí;
- specifikací nepodkročitelné struktury a obsahu každé sekce;
- kombinací zápisu informací ve volné a strukturované formě;
- používáním řízené klinické terminologie a kódových systémů u vybraných klíčových informací;
- aplikací umělé inteligence pro převod strukturovaného zápisu do kódové formy (podobné systémy již existují nejen v anglosaských zemích, ale vznikají i v českém národním prostředí).

Struktura propouštěcí zprávy

Jsme si vědomi, že ve většině lůžkových zdravotnických zařízeních (ale ne ve všech) se v současnosti vytváří „chronologická“ propouštěcí zpráva. Nazvali jsme takto tento typ PZ podle řazení částí, které do značné míry respektuje postupný sběr a záznam informací o pacientovi od přijetí až do jeho propuštění. Poměrně často začíná PZ rodinnou anamnézou a je zakončena diagnostickým závěrem včetně doporučení dalšího postupu. Při tomto uspořádání se průběžně střídají důležité informace s nedůležitými (nemajícími žádný význam pro kontinuitu péče). PZ se přejímáním všech výsledků a plných popisů diagnostických výkonů a konziliárních záznamů stává mnohastránkovým, málo přehledným dokumentem představujícím řadu rizik (viz v popisu problému uvedený v kapitole 2).

Pokud je PZ dlouhá (a některé PZ z českých nemocnic jsou extrémně dlouhé), pak adresát takové zprávy (praktický lékař nebo specialista) buď stráví čtením PZ mnoho času, nebo se snaží se vyhledat podstatné informace a přeskóčit ty nepodstatné. Ve druhém případě je nezanedbatelné riziko, že vynechá informaci pro kontinuitu péče důležité.

Adekvátním řešením je uspořádat PZ tak, že nejdůležitější sekce jsou na začátku dokumentu, přičemž chronologie přestává být hlavním řadícím vektorem. Současně platí, že jsou tyto sekce v rámci PZ povinné⁴.

⁴ Povinné informace („minimální obsah“) uvádí vyhláška 444/2024 Sb. o zdravotnické dokumentaci

Zbývající sekce PZ jsou nepovinné a je na zvážení lékaře, který PZ vytváří, zda je využije a v jakém rozsahu, resp. do jakých podrobností je naplní. Např. pokud jde o opakovanou hospitalizaci vztaženou ke stejnému problému a PZ je zasílána stále stejným adresátům, je zcela zbytečné zahrnovat do ní stále stejné informace vztažené k minulosti, jako jsou informace rodinné a celá osobní anamnézy.

Způsob řazení sekcí propouštěcí zprávy je uveden v kapitole 5.3.3

3. Metodika

3.1 Analyzovaná zahraniční literatura

Četné zahraniční studie (Bergkvist, 2009) (C., 2011) (Caleres G, 2020) (Kripalani Sunil, 2007) (Lenert, 2014) (Meredith A B Makeham 1, 2008) ((HAS), 2022) dokládají, že nedokonalá PZ ohrožuje bezchybnou kontinuitu péče a přispívá ke vzniku nežádoucích událostí.

Studie analyzují především následující témata:

- očekávání praktických lékařů stran obsahu, rozsahu a formy PZ;
- přiměřený rozsah informací v jednotlivých sekcích;
- povinnost a nepovinnost jednotlivých sekcí;
- doporučené řazení sekcí.

Další studie si všímají nedostatků PZ, případně i jejich dopadů na kvalitu nemocniční péče:

- hlavní nedostatky PZ v praxi;
- chyby medikace v PZ;
- vliv kvality PZ na míru neplánovaných rehospitalizací;
- „copy and paste“ postupy jako zdroj chyb v PZ.

Třetí analyzovanou oblastí použité zahraniční literatury jsou standardy ZP (Rakousko, Skotsko, Irsko, Francie, Austrálie).

Vytvořit ucelený přehled zahraničních článků, doporučení a současné praxe v jednotlivých zemích přesahuje časové možnosti tohoto projektu a zamýšlený rámec tohoto dokumentu, zasloužil by si samostatnou studii.

3.2 Česká literatura

V české odborné literatuře obdobné práce nenajdeme. Pokud je nám známo, nikdo v České republice se systematicky zkoumáním kvality PZ ani dopadů chyb v PZ nevěnoval, přinejmenším ne s cílem publikovat závěry.

3.3 Přístup k řešení

S ohledem na neexistenci českých pramenů naše postupy a standardy vycházejí:

- z předpokladu, že v českých PZ se vyskytují, resp. mohou vyskytovat podobné závady, jako v zahraničních PZ;
- z předpokladu, že doporučení považovaná za užitečná v zahraničí, jsou přínosná i pro české zdravotnické prostředí;
- z ústně sdělených názorů zkušených a respektovaných klinických pracovníků;
- z vlastního studia a analýz desítek českých propouštěcích zpráv.

V samotném obsahu propouštěcí zprávy jsme vycházeli jak z existujících výstupů Evropského projektu X-eHealth, výsledků dosavadní činnosti pracovní skupiny UZIS pro standardizaci zdravotnické dokumentace a s využitím zahraničních zdrojů jsme postupně budovali konsenzus členů autorského týmu.

3.4 Složení řešitelského týmu

Autorský tým se skládal z pěti členů, kteří reprezentují zkušenosti v následujících oblastech:

- dětské lékařství a vzácná onemocnění – více 30 let praxe, 20 let ve vedoucí a pedagogické funkci;
- interní lékařství – více než 40 let klinické praxe, z toho 15 let ve vedoucí funkci; pregraduální výuka klinické a medicínské propedeutiky vč. publikací; tvorba legislativy na resortní úrovni;
- sémantický expert – více než 20 let zkušeností z oblasti klinických terminologií, klasifikací a analýzy zdravotních dat včetně standardizace zdravotnické dokumentace;
- expert na sekundární využití zdravotních dat s více než 20 let praxe, z toho 6 let ve vedoucí funkci v oblasti klinické terminologie a klasifikace v Národním centru klinických terminologií;
- expert na interoperabilitu – s více než 35 let praxe v oblasti zdravotnické informatiky, standardizace, elektronizace zdravotnictví, v národních a mezinárodních projektech.

3.5 Analýza existujících standardů a řešení

Propouštěcí zpráva je založena na Evropském informačním modelu, který odráží požadavky poskytovatelů zdravotních služeb v členských státech EU. Tento informační model se používá k vyjádření pojmů běžně používaných v propouštěcích zprávách a k zaznamenání vztahů, omezení i pravidel specifikujících sémantiku dat a formuje společný přístup k tvorbě propouštěcích zpráv v EU.

Při přípravě standardu jsme také zohlednili vybrané standardy evropských zemí (Německo⁵, Rakousko⁶⁷, Itálie⁸, Velká Británie⁹), USA¹⁰ a Austrálie¹¹¹² a rovněž výsledky projektu národní standardizace propouštěcí zprávy, realizované pracovní skupinou pod vedením ÚZIS, standard jsme harmonizovali s použitou strukturou a terminologií navrženou tímto projektem (ÚZIS, 2021).

3.6 Základní principy standardu

Standard propouštěcí zprávy je založen na následujících principech:

- Hlavním cílem PZ je zajištění kontinuity péče po propuštění z lůžkového zdravotnického zařízení. Další případné cíle musí být podřízeny hlavnímu cíli.
- Standard PZ musí vyhovovat ve stávajícím prostředí, kde je PZ jediným prostředkem komunikace mezi poskytovatelem propouštějícím pacienta a dalšími poskytovateli zajišťujícími kontinuitu péče o pacienta, stejně tak jako v prostředí, kde vedle PZ existují další způsoby přenosu či sdílení informací (zejména patientský souhrn, sdílené výsledky vyšetření apod.).
- Standard PZ je vysoce strukturovaný, což umožňuje snadněji nalézat informace určitého typu.
- Vysoká míra strukturovanosti PZ není výzvou k tomu, aby zpráva byla rozsáhlá. Její optimální rozsah by měl být určen hlavním cílem PZ, tedy zajištěním optimální kontinuity péče.
- Interoperabilita PZ se vztahuje mj. také k evropskému standardu PZ a k českému standardu patientského souhrnu.
- Kódové systémy jsou doplňkové ke strukturované textové informaci a vycházejí vstříc požadavku na sekundární využití PZ (např. pro statistické účely) a přeshraniční interoperabilitu. Pokud jsou navrženy zahraniční, resp. mezinárodní, kódové systémy (např. SNOMED CT, HL7), bude nutné před jejich případnou implementací zajistit překlad do českého jazyka a jejich otestování pro české prostředí.

Struktura PZ obsahuje povinné, požadované a volitelné části. Povinné části musí být uvedeny vždy, požadované části musí být uvedeny, pokud jsou známy, volitelné části závisí na úvaze autora propouštěcí zprávy.

První část shrnuje povinné a požadované součásti:

⁵ <https://hl7de.art-decor.org/abde-html-20200824T113504/index.html>

⁶ <https://www.elga.gv.at/technischer-hintergrund/technische-elga-leitfaeden/>

⁷ https://wiki.hl7.at/index.php?title=ILF:Entlassungsbrief_%C3%84rztlich_Guide

⁸ <https://www.fascicolosanitario.gov.it/en/documentary-standards>

⁹ <https://developer.nhs.uk/apis/itk3todedischarge-2-7-0/index.html>

¹⁰ <https://hl7.org/fhir/us/ccda/StructureDefinition-Discharge-Summary.html>

¹¹ <https://developer.digitalhealth.gov.au/specifications/clinical-documents/ep-2656-2018>

¹² <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/e-health-safety/electronic-discharge-summary-eds-systems>

- identifikaci pacienta a zdravotnického zařízení (poskytovatele);
- důvod přijetí;
- dříve vyslovená přání;
- urgentní informace;
- diagnostický souhrn;
- poskytnutou léčbu: medikaci, významné výkony, implantáty;
- klinické shrnutí (odpovídající „clinical synopsis“ v anglosaských zemích) zahrnující:
 - anamnézu nynějšího onemocnění vč. zdravotní péče v přednemocniční fázi;
 - průběh hospitalizace na všech pracovištích v rámci zdravotnického zařízení (poskytovatele);
 - rozvahu (diferenciální diagnózu, prognózu, úvahu o dalším postupu);
- doporučení dalšího postupu;
 - zdravotní a sociální opatření po propuštění;
 - režimová + stravovací doporučení;
 - medikace;
 - další postup vč. naplánovaných vyšetření, termín kontroly nebo termín další hospitalizace atd.

Druhá část pak fakultativně zahrnuje kompletní anamnézu, podrobné výsledky vyšetření a podrobné popisy výkonů, podrobná konziliární doporučení a další části.

V čem je standard inovativní

Základní odlišností standardu od převažujících zvyklostí vytváření PZ je řazení jejích částí, nikoli jejich zásadně jiný obsah. Největší změnou je sloučení popisu pacientových obtíží nebo stavů, které vedly k přijetí (tradičně známých jako „nynější onemocnění“), do jednoho celku s klinickým shrnutím hospitalizace (dosud většinou označovaným jako „průběh“ nebo „epikríza“). Tato sekce, kterou nazýváme „klinické shrnutí“, je jediným narativním („příběh vyprávějícím“) oddílem zprávy.

Druhou změnou je zařazení dosud tradičních součástí PZ mezi části fakultativní, nepovinné. To bude umožněno dostupností všech informací z těchto položek v jiné elektronické dokumentaci (pacientský souhrn, záznamy diagnostických i léčebných výkonů); výsledkem by měla být PZ stručná (kratší, než je v současné praxi obvyklé), přehledná a lépe srozumitelná

3.7 Volba terminologie

Pro standard propouštěcí zprávy byly použity jak stávající zavedené kódové systémy, tak mezinárodní kódové systémy identifikované v rámci projektu X-eHealth, a to v oblastech, které nejsou adekvátně

pokryty stávajícími národními kódovými systémy. V řadě případů byl v těchto situacích zvolen kódový systém (klinická terminologie) SNOMED CT.

Použití všech navržených terminologií je samozřejmě podmíněno jejich překladem (v rozsahu navržených sad hodnot) do českého jazyka.

4. Přehled use case

Propouštěcí zpráva slouží především k zajištění kontinuity péče po propuštění pacienta z lůžkového zařízení. Primárním příjemcem propouštěcí zprávy je registrující praktický lékař v příslušném oboru. Propouštěcí zpráva však slouží jako zdroj informací i pro řadu dalších příjemců včetně pacienta samotného a může být zdrojem informací využitelným pro další účely.

Pro odesílání elektronické PZ musí být stanovena jasná pravidla zajišťující, že se PZ dostane:

1. Registrujícímu lékaři (PL, PLDD či GYN);
2. Indikujícímu lékaři;
3. pracovišti, kam je pacient překládán, pokud jde o překlad;
4. pacientovi, pokud o to požádá;
5. ostatním PZS, které jako příjemce pacient uvede

Z pohledu předání, získání a následného využití lze identifikovat následující obecné scénáře ("use case", účely) použití propouštěcí zprávy:

1. propouštěcí zpráva¹³ pro zajištění kontinuity péče – tedy zpráva pro jiného poskytovatele, primárně registrujícího praktického lékaře, ambulantního specialistu či poskytovatele rehabilitační, domácí, ošetrovatelské či jiné péče, a to včetně péče v jiném lůžkovém zařízení;
2. propouštěcí zpráva jako zdroj informací pro pacienta či osoby o pacienta pečující;
3. vyhledání a získání propouštěcí zprávy oprávněnou osobou (pacientem, oprávněným lékařem);
4. propouštěcí zpráva pro sekundární zpracování dat, sběr dat pro statistické účely a zdravotnický výzkum;
5. propouštěcí zpráva jako podklad pro úhradu zdravotní péče (v systému DRG).

Tento dokument se zaměřuje na první dva uvedené scénáře a jim odpovídající okruhy příjemců, tedy poskytovatele zdravotní péče a pacienty, plně však respektuje i požadavky na sekundární využití informací v propouštěcí zprávě (bod 4 a 5 výše). Problematika vyhledání a získání, resp. přístupu k PZ, je předmětem samostatného dokumentu.

¹³ Termín propouštěcí zpráva se vztahuje také na překlad pacienta „z lůžka na lůžko“, a to k jinému poskytovateli.

4.1 Aktéři

Pro první dva scénáře použití PZ lze identifikovat následující aktéry:

- **Autor PZ:** Autorem propouštěcí zprávy je lékař pověřený jejím vypracováním. Měl by být dobře seznámen s aktuálním stavem pacienta i s celým průběhem hospitalizace. Z různých důvodů však nebývá ošetřujícím lékařem po celou dobu hospitalizace. Často se jedná o málo zkušené lékaře bez specializované způsobilosti nebo i lékaře jiných oborů v předatestační přípravě.
- **Validátor PZ:** Propouštěcí zprávu ve většině případů – zejména pokud je připravena méně zkušeným lékařem – validuje primář, vedoucí lékař oddělení nebo jiný lékař se specializovanou způsobilostí.
- **Odesílatel PZ:** Poté, co byla propouštěcí zpráva vytvořena autorem PZ a validována, musí být předána příjemci PZ. Poskytovatelé zdravotních služeb mají zákonnou povinnost předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství (PL) nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD), je-li mu tento poskytovatel znám, a na vyžádání též poskytovateli zdravotnické záchranné služby nebo pacientovi¹⁴. Nad rámec této povinnosti může být PZ zaslána také dalším poskytovatelům zdravotních či sociálních služeb, pokud je nezbytná pro zajištění kontinuity péče o pacienta. Odesílatel PZ je osoba nebo informační systém, který zodpovídá za přímé předání PZ zamýšlenému příjemci nebo nepřímé předání prostřednictvím datového úložiště umožňujícího pozdější získání PZ libovolnému oprávněnému příjemci.
- **Příjemce PZ:** Registrující poskytovatel (PL či PLDD), lékař, který pacienta doporučil k hospitalizaci, či jiný lékař, kterému byla PZ zaslána či je oprávněn k jejímu vyzvednutí z datového úložiště. Příjemcem PZ může být také pacient či jeho zákonný zástupce.
- **Subjekt PZ (pacient):** Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby.

¹⁴ Zákon 372/2011 o zdravotních službách, §45

5. Funkční specifikace

5.1 Popis use case

TABULKA 1: POPIS USE CASE

Název	UC5.3.1 Propouštěcí zpráva pro zajištění kontinuity péče
Účel	Shrnutí epizody ústavní zdravotní péče zdravotnickému pracovníkovi, včetně předání relevantních lékařských informací k zajištění kontinuity péče, která je „poslána“ (tj. předána) lékaři pacienta a/nebo jinému požadovanému příjemci po propuštění z nemocnice.
Význam	Bezpečná a spolehlivá zdravotní péče závisí na dostupnosti a používání informací, které jsou přesné, platné, spolehlivé, včasné, relevantní, čitelné a úplné. Je zásadní zajistit, aby informace mohly být sdíleny efektivně a způsobem, který chrání soukromí pacientů a důvěrnost informací. Aby byla zajištěna kontinuita péče při přechodu mezi různými poskytovateli a typy péče v rámci země i v zahraničí, je nutná účinná komunikace mezi zdravotnickými pracovníky. Je prokázáno, že včasný přístup ke kvalitním informacím dokumentujícím průběh a výsledky hospitalizační péče vede ke zlepšení kvality péče po propuštění. Propouštěcí zpráva z nemocnice poskytuje základ pro komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky v různých zdravotnických zařízeních. Kvalitní PZ proto musí být nejen přesným a relevantním záznamem o pobytu na lůžku, ale musí být také včas zveřejněna, resp. předána příjemci PZ. Kromě toho může být PZ uložena jako součást elektronického zdravotního záznamu pacienta (EHR), aby byla zajištěna kontinuita péče i v případě následných hospitalizací ve stejném nebo jiném zařízení zdravotní péče či převzetí pacienta do péče jiným poskytovatelem.
Doména	Klinická doména
Rozsah	Národní/regionální/lokální
Kontext	Propouštěcí zpráva je souhrnný záznam o důvodech, průběhu, výsledku poskytnuté zdravotní péče, doplněné doporučeními týkajícími se případně další péče. Je vypracována na konci hospitalizace nebo co nejdříve po propuštění (předběžná propouštěcí zpráva) a předána registrujícímu poskytovateli, případně dalším poskytovatelům, kteří přebírají odpovědnost za další péči o pacienta. PZ může obsahovat také informace pro pacienta či jeho zákonného zástupce. V takovém případě musí být tyto informace zapsány způsobem, kterým pacient porozumí. Zpráva musí být (na vyžádání) předána také pacientovi či jeho zákonným zástupcům.
Informace	Propouštěcí zpráva
Aktéři	<ul style="list-style-type: none"> • Autor PZ • Validátor PZ • Odesílatel PZ • Příjemce PZ • Nemocniční IS • IS ostatních poskytovatelů
Předpoklady	Existuje sdílený (národní) standard obsahu a formy PZ. Poskytovatelé používají interoperabilní kódové systémy a v oblastech, kde použití kódových systémů dosud není rozšířeno, používají zápis volným textem při respektování požadavků na úplnost, přesnost a čitelnost obsahu. Existují systémy pro bezpečné a spolehlivé předávání, sdílení, vyhledávání a získávání zdravotnické dokumentace.
Funkční popis procesu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autor PZ vytvoří PZ a uloží ji do klinického informačního systému (NIS apod.). 2. Pověřený lékař zkontroluje (validuje) PZ, informace o validaci jsou připojeny k PZ. 3. Odesílatel PZ předá PZ určeným příjemcům.

Aktéři

Popis aktérů use case je uveden souhrnně v kapitole 4.1.

Procesy

Tvorba PZ

Proces tvorby propouštěcí zprávy popsany v tabulce v úvodu této kapitoly je obdobný u propouštěcích zpráv předběžných i finálních. Oba případy se liší pouze v rozsahu zprávy, který je u předběžné propouštěcí zprávy redukován z důvodu aktuální neznalosti některých nálezů, nutných pro předpokládané závěry a doporučení, viz kapitola 5.1.2.4.

Autor propouštěcí zprávy vychází z dostupných informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci a měl by být dobře seznámen se zdravotním stavem pacienta a s průběhem zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.

Pořadí zaznamenávání údajů do propouštěcí zprávy není důležité a závisí na preferencích a zkušenosti autora, nicméně výsledný způsob zobrazení jednotlivých částí PZ má velký vliv na efektivitu čtení PZ příjemcem.

Prezentace, čtení PZ

Proces tvorby propouštěcí zprávy popsany v tabulce v úvodu této kapitoly je obdobný u propouštěcích zpráv předběžných i finálních. Oba případy se liší pouze v rozsahu zprávy, který je u předběžné propouštěcí zprávy redukován z důvodu aktuální neznalosti některých nálezů, nutných pro předpokládané závěry a doporučení, viz kapitola 5.1.2.4.

Autor propouštěcí zprávy vychází z dostupných informací uvedených ve zdravotnické dokumentaci a měl by být dobře seznámen se zdravotním stavem pacienta a s průběhem zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení.

Pořadí zaznamenávání údajů do propouštěcí zprávy není důležité a závisí na preferencích a zkušenosti autora, nicméně výsledný způsob zobrazení jednotlivých částí PZ má velký vliv na efektivitu čtení PZ příjemcem.

Tvorba propouštěcí zprávy

Propouštěcí zprávu připravuje lékař lůžkového zařízení tak, aby zachytila stav pacienta a informace o něm v době propuštění. Zpráva musí obsahovat všechny podstatné údaje o poskytnuté péči za celou

dobu hospitalizace v jednom zdravotnickém zařízení (u jednoho poskytovatele), podstatné informace o aktuálním zdravotním stavu pacienta a doporučení dalšího postupu¹⁵:

1. stručný údaj o anamnéze a současné nemoci,
2. dobu i průběh jednodenní nebo lůžkové péče vystihující, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování i léčby,
3. souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče¹⁶,
4. záznam o dosavadní léčbě a výsledky provedených vyšetření, které jsou podstatné pro poskytování dalších zdravotních služeb,
5. přehled zdravotních výkonů provedených v průběhu hospitalizace, které jsou významné pro další poskytování zdravotních služeb, včetně jejich výsledků a informace o případných komplikacích,
6. doporučení k poskytnutí potřebných zdravotních služeb, včetně léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péče a doporučení dietního režimu, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené poskytovateli, který bude další zdravotní služby poskytovat, doporučení pro posudkovou zdravotní péči.

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

Tvorba předběžné propouštěcí zprávy

Předběžná propouštěcí zpráva se vydává v případech, kdy v době ukončení hospitalizace nejsou známy výsledky některých vyšetření či jsou naplánována (a objednána) další vyšetření, která nebylo možné (zejména z kapacitních důvodů) nebo vhodné (např. pro nutný odstup od ukončení medikace) provést během pobytu.¹⁷

1. základní údaje o průběhu hospitalizace,
2. souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,

¹⁵ Minimální obsah propouštěcí zprávy stanoví vyhláška 444/2024 Sb. o zdravotnické dokumentaci

¹⁶ V diagnostickém souhrnu by měly být zahrnuty i diagnózy, pro které péče poskytována nebyla, ale jejich znalost je pro další péči důležitá.

¹⁷ Minimální obsah předběžné propouštěcí zprávy stanoví vyhláška 444/2024 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

3. stručný záznam o dosavadní léčbě, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péči, dietním režimu, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, jimiž je pacient vybaven,
4. doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb.

Předběžná propouštěcí zpráva nenahrazuje propouštěcí zprávu – ta musí být vypracována co nejdříve a bezodkladně vydána registrujícímu poskytovateli, případně dalším poskytovatelům, kteří přebírají odpovědnost za další péči o pacienta.

Vydání propouštěcí zprávy

Dokončená (potvrzená, podepsaná) propouštěcí zpráva je v současnosti vydána buď přímo pacientovi nebo zaslána registrujícímu praktickému lékaři, a to buď poštou v listinné podobě nebo (zřídka) elektronicky s využitím existujících systémů elektronické výměny dat.

Druhý z uvedených způsobů je samozřejmě preferovaný a měl by se stát způsobem standardním. Při odeslání PZ (nejen elektronickém) musí být naplněny zákonné povinnosti poskytovatele. PZ tedy vždy musí být předána registrujícímu lékaři a dále lékaři indikujícímu.

Odeslání či jiná forma elektronického vydání propouštěcí zprávy (např. sdílení v EHR systému) by měly být realizovány buď jako vědomý akt uživatele informačního systému nebo dle jasně stanovených interních pravidel poskytovatele. Tato pravidla mohou brát v úvahu např. stupeň důvěrnosti dané PZ, maximální počet dnů od propuštění, kdy zpráva musí být zpřístupněna příjemcům apod. Pro procesy vydání propouštěcí zprávy by měla být stanovena jasná a závazná pravidla také na národní úrovni. Nicméně, řada evropských zemí předpokládá okamžité vydání (zveřejnění) PZ (a dalších typů zdravotnické dokumentace) příjemcům (včetně pacienta) bezprostředně po validaci a podepsání PZ.

5.2 Právní a regulační požadavky

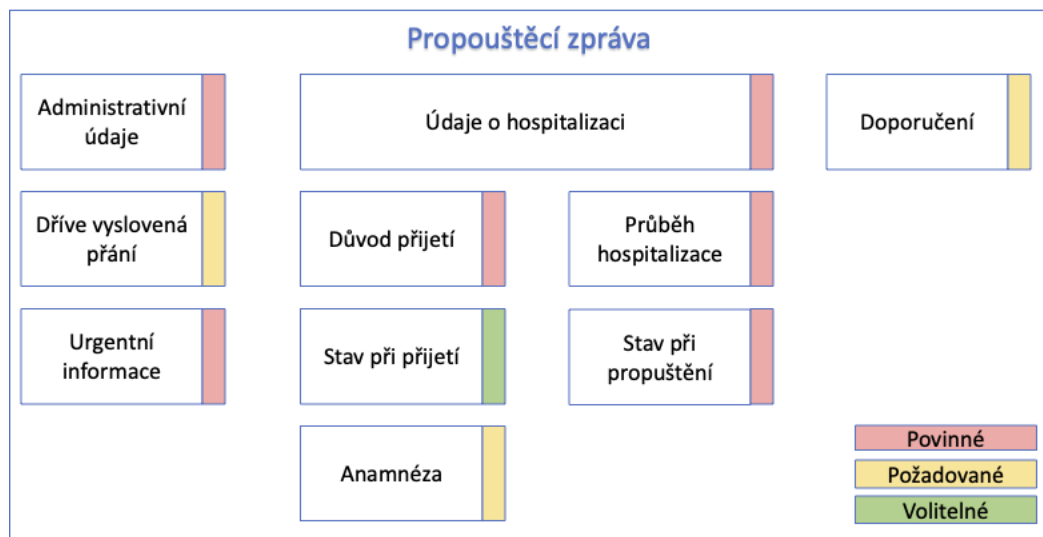
Obecné principy a povinnosti vztahující se k vedení zdravotnické dokumentace jsou zakotveny v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon stanovuje základní požadavky na vedení zdravotnické dokumentace v listinné i elektronické formě. Minimální obsah informací v propouštěcích zprávách z jednodenní a lůžkové péče stanovuje prováděcí vyhláška k zákonu (vyhláška 444/2024 o zdravotnické dokumentaci).

5.3 Sémantické aspekty

Základní části propouštěcí zprávy

Národní specifikace propouštěcí zprávy vychází z evropského modelu, který je výstupem projektu X-eHealth a obsahuje níže uvedené základní části/sekce, viz Obrázek 1.

Na této úrovni specifikace uvádíme pouze základní typy informací/sekcí, které standardní PZ obsahuje či má obsahovat, podrobnější popis je uveden v kapitole 5.3.2 a 5.4.1.



OBRÁZEK 1: ZÁKLADNÍ ČÁSTI PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVY

V následujícím přehledu jsou sekce řazeny do logických celků, nejde však o navrhované optimální pořadí pro zobrazení PZ konečnému příjemci.

Doporučené pořadí zobrazení je uvedeno v kapitole 5.3.3.

- Administrativní údaje:
 - Identifikační údaje poskytovatele¹⁸;
 - Identifikační a kontaktní údaje pacienta¹⁹;
 - Identifikace příjemce(ů) PZ;
 - Metadata dokumentu;
- Dříve vyslovená přání:
 - Datum a čas přání;
 - Typ přání;
 - Dokument;
 - Osoba oprávněná nahradit vůli pacienta;
 - Stavy, na které přání vztahuje;
 - Komentář;
- Údaje o hospitalizaci:
 - Příjem;

¹⁸ §2, písm. a) vyhl. 444/2024 o zdravotnické dokumentaci

¹⁹ §2, písm. b) vyhl. 444/2024 o zdravotnické dokumentaci

- Propuštění;
 - Pobyť na oddělení;
- Důvod přijetí:
 - Důvod přijetí volným textem a př. Kódem;
 - Právní okolnosti přijetí;
- Stav při přijetí:
 - Objektivní nález;
 - Funkční stav;
- Urgentní informace:
 - Alergie;
 - Varování;
- Anamnéza:
 - Osobní;
 - Abusus;
 - Rodinná;
 - Sociální;
 - Epidemiologická;
- Popis hospitalizace:
 - Diagnostický souhrn;
 - Významné výkony (operace, významné terapeutické intervence);
 - Implantáty;
 - Další významná léčba (vč. medikamentózní a podání krevních derivátů);
 - Výsledky vyšetření vč. Konzilií;
 - Vyšetření, jejichž výsledky dosud nejsou k dispozici;
 - Klinické shrnutí;
- Stav při propuštění:
 - Objektivní nález;
 - Funkční stav;
- Doporučení:
 - Zdravotní a sociální opatření po propuštění;
 - Režimová + stravovací doporučení;
 - Souhrn medikace;
 - Další postup vč. naplánovaných vyšetření, termín kontroly nebo termín další hospitalizace atd;

Popis základních sekcí PZ

V této kapitole je naznačen základní obsah jednotlivých sekcí a dílčích částí PZ. Podrobný výčet datových elementů je uveden v kapitole Datová sada

Administrativní údaje

Účel a obsah sekce

Tato sekce je povinná.

Sekce zahrnuje základní formální aspekty propouštěcí zprávy specifikované zákonem²⁰ a prováděcím předpisem²¹ k tomuto zákonu a některé další údaje důležité pro administrativní kontext propouštěcí zprávy, jak jej specifikuje návrh Evropského standardu. Mezi tyto údaje patří:

- Identifikační a kontaktní údaje pacienta, o němž je propouštěcí zpráva vedena;
- Další údaje vztahující se k pacientovi;
- Identifikační a kontaktní údaje pracovníka, který propouštěcí zprávu vytvořil (autor propouštěcí zprávy);
- Identifikační a kontaktní údaje poskytovatele, který poskytoval zdravotní služby v průběhu hospitalizace včetně identifikace organizační složky (oddělení), které pacienta propouští;
- Identifikační a kontaktní údaje lékaře, který ověřil obsah propouštěcí zprávy a identifikační údaje poskytovatele, kterého tento lékař reprezentuje;
- Identifikační a kontaktní údaje lékaře, který autorizoval PZ a zodpovídá za její obsah, identifikační údaje poskytovatele, kterého tento lékař reprezentuje;
- Příjemci (adresáti) propouštěcí zprávy;
- Metadata dokumentu;
- Elektronický podpis;

Sémantické poznámky

Identifikátor propouštěcí zprávy

Propouštěcí zpráva je kromě svého hlavního účelu, tedy zajištění kontinuity péče, také součástí zdravotnické dokumentace pacienta vedené poskytovatelem. Pokud je vydávána v digitální formě, musí splňovat veškeré náležitosti specifikované buď zákony (Zákon o zdravotních službách) nebo relevantními prováděcími předpisy. Jedním ze základních předpokladů je existence globálně unikátního identifikátoru dokumentu.

²⁰ Zákon 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

²¹ Vyhláška 444/2024 o zdravotnické dokumentaci

Stejně tak jako dokument sám, musí být bezpečně identifikovány rovněž informace v něm obsažené, tedy jednotlivé zápisy. Popis možné technické realizace přesahuje účel tohoto dokumentu, je však důležité si uvědomit, že by identifikátory dokumentů a v něm obsažených informací elektronicky převzatých od jiných poskytovatelů měly být zachovány také v informačním systému příjemce. Je to jeden z klíčových principů umožňujících zabránit duplikaci informací, resp. rozlišení původní informace od jejích kopií.

Metadata dokumentu

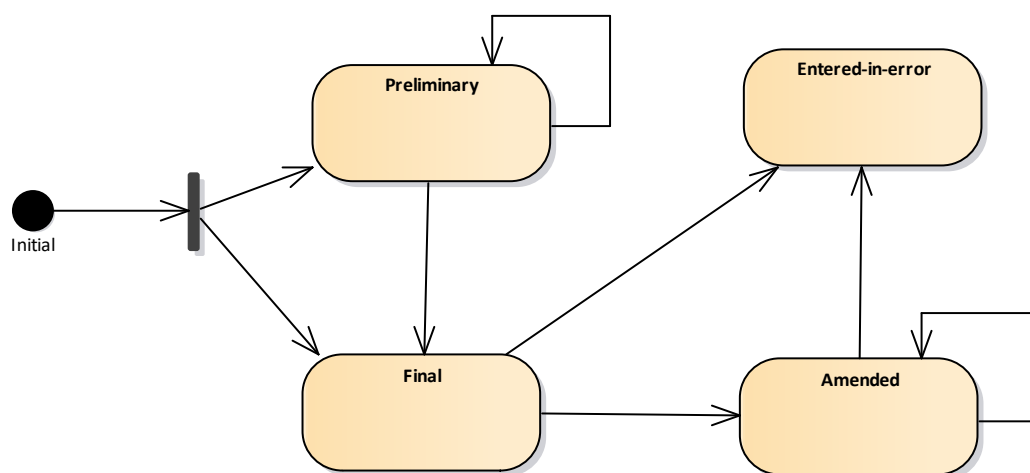
Metadata jsou základní data popisující dokument: identifikátor dokumentu, typ dokumentu (propouštěcí zpráva), stav dokumentu, datum a čas vytvoření, datum a čas uveřejnění, informaci o tom, kde je dokument uložen a kdo je jeho technickým správcem, jazyk, ve kterém je dokument napsán, stupeň důvěrnosti a verze dokumentu. Metadata jsou důležitým zdrojem informací o dokumentu pro vyhledávání.

Stav dokumentu (propouštěcí zprávy)

Vydaná propouštěcí zpráva je vždy kompletní v tom smyslu, že byla vytvořena, validována a autorizována. Z hlediska životního cyklu dokumentu však může jít o zprávu předběžnou, finální a v některých případech také opravenou nebo dokonce chybně vydanou. Tento fakt je vyjádřen položkou „Stav dokumentu“.

Přechody mezi jednotlivými stavy dokumentu lze vyjádřit stavovým diagramem – viz OBRÁZEK 2. Autor dokumentu (propouštěcí zprávy) vytváří buď předběžnou nebo finální verzi dokumentu. Pokud je po zveřejnění předběžné propouštěcí zprávy tato zpráva dále doplňována, ale dosud se nejedná o finální verzi dokumentu, musí být tyto verze označeny odlišným datem vytvoření a unikátním číslem verze dokumentu. Předběžná propouštěcí zpráva by vždy měla být následována finální propouštěcí zprávou.

I po vydání finální verze propouštěcí zprávy však může docházet k jejím dalším úpravám, v takovém případě musí být dokument (kromě nového identifikátoru a data vytvoření) označen jako opravený (Amended). Speciálním případem je vydání chybné propouštěcí zprávy, např. při záměně identity pacienta. V takovém případě musí být stav propouštěcí zprávy změněn na „Entered-in-error“. Příjemce takové propouštěcí zprávy je informován o tom, že veškeré dosud vydané verze propouštěcí zprávy jsou neplatné a mají být odstraněny.



OBRÁZEK 2: STAVOVÝ DIAGRAM "STAV DOKUMENTU"

Stupeň důvěrnosti

Stupeň důvěrnosti propouštěcí zprávy lze využít jako indikátor způsobu nakládání s dokumentem. Platná pravidla vedení zdravotnické dokumentace však neurčují, jakým způsobem s dokumenty s různým stupněm důvěrnosti nakládat. Použití tohoto datového elementu bude tedy záviset především na místně definovaných pravidlech.

Standardy HL7 vyžadují, aby byl stupeň důvěrnosti dokumentu kódován s využitím následující sady hodnot:

TABULKA 2: POPIS JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ DŮVĚRNOSTI

Kód	Název	Definice
U	Unrestricted (bez omezení)	<p>Tato úroveň udává, že není vyžadována žádná úroveň ochrany osobních a zdravotních informací. Údaje byly zveřejněny oprávněnou osobou bez omezení jejich použití.</p> <p>Příklad: Zahnuje veřejně dostupné informace, např. název firmy, telefon, e-mail a fyzickou adresu.</p> <p>*Poznámka k použití: * Úroveň „unrestricted“ naznačuje, že příjemce nemá při rozhodování o řízení přístupu k datům povinnost brát v úvahu jiné zásady ochrany osobních údajů než své vlastní.</p>
L	Low (nízká)	<p>Hodnota low označuje, že dokument neobsahuje osobní ani citlivé zdravotní údaje a je tedy vyžadována pouze nízká úroveň ochrany. Obsah dokumentu byl změněn tak, aby se minimalizovalo riziko spojené s možností opětovného propojení s identitou pacienta. Riziko poškození pověsti a či soukromí jednotlivce, pokud je dokument zveřejněn bez jeho souhlasu, je považováno za zanedbatelné a jsou zavedena opatření k minimalizaci rizika opětovné identifikace.</p>
M	Moderate (střední)	<p>Hodnota moderate indikuje střední úroveň rizika ohrožení pověsti či soukromí jednotlivce při neautorizovaném zveřejnění dokumentu.</p> <p>Poznámka: Úroveň ochrany poskytované středně důvěrným informacím je dána zásadami ochrany osobních údajů, jejichž cílem je vzbudit důvěru v poskytovatele služeb. Může zahrnovat veřejně dostupné informace v právním rámci, který omezuje použití těchto informací bez souhlasu subjektu údajů. Příklad: osobní zdravotní záznamy kontrolované pacientem, osobní a zdravotní data, ke kterým uživatel či organizace (pojišťovna pro účely úrazového a životního pojištění apod.) získala přístup na základě souhlasu pacienta atp.</p>
N	Normal (standardní)	<p>Standardní úroveň ochrany potřebná k ochraně osobních údajů a informací o zdravotní péči, která by v případě neoprávněného zveřejnění představovala značné riziko poškození pověsti a soukromí jednotlivce.</p>
R	Restricted (důvěrná)	<p>Úroveň ochrany potřebná k ochraně potenciálně stigmatizujících informací, které by v případě neoprávněného zveřejnění představovaly vysoké riziko poškození pověsti a soukromí jednotlivce.</p> <p>Příklady: citlivé informace, které mají být specificky chráněny, např. informace o duševním zdraví, HIV, zneužívání návykových látek, domácí násilí, zneužívání dětí, genetická onemocnění a reprodukční zdraví; nebo citlivé demografické informace, jako je postavení pacienta v pozici zaměstnance nebo celebrity. Může být použit také k označení chráněných nebo utajovaných informací, které se netýkají jednotlivce (např. tajné přísady v terapeutické látce nebo jména výrobce).</p>
V	Very restricted	<p>Úroveň „very restricted“ udává úroveň ochrany vyžadovanou za atypických okolností k ochraně potenciálně škodlivých nebo škodlivých informací, které, pokud by byly zveřejněny bez povolení, by</p> <p>(1) představovaly extrémně vysoké riziko poškození pověsti jednotlivce, jeho soukromí a možná i bezpečnosti; nebo</p> <p>(2) ovlivnili právní záležitosti jednotlivce nebo organizace.</p> <p>Poznámka k použití: Cílem této úrovně je zajistit, aby za atypických okolností vysoce citlivých informací nebo vysokého rizika zneužití informací měli k informacím přístup pouze osoby s vysokou „potřebou vědět“, zatímco přístup ostatních osob je omezen.</p> <p>Příklady: Zahnuje informace o obětech zneužívání, citlivé informace určené pacientem a tabuizovaná témata týkající se zdravotního stavu, která musí s pacientem projednat ošetřující poskytovatel před sdílením dokumentu či informace s pacientem. Může také zahrnovat informace související se soudně nařízenou léčbou, soudními spory či soudními rozhodnutími.</p>

Propouštěcí zpráva je dokument určený primárně pro zajištění kontinuity péče a je tedy určena ke sdílení s oprávněnými příjemci na základě platné legislativy (zejm. zákon o zdravotních službách a prováděcí předpisy). Stupeň důvěrnosti bude ve většině případů nastaven na hodnotu N (normal).

Možnost použití jiných stupňů důvěrnosti by měla být upravena legislativou.

Elektronický podpis

Dalším předpokladem ryze elektronického vedení zdravotnické dokumentace je požadavek na zaručení integrity a nezměnitelnosti obsahu dokumentu, který je obvykle technicky realizován digitálním podpisem dokumentu. Problémem digitálního podpisu je, že je realizován na binární, nikoliv sémantické úrovni. Pokud tedy dojde k jakékoliv technické transformaci dokumentu (např. k převodu z jednoho technického formátu do jiného, nebo k bezeztrátovému mapování na jiný ekvivalentní kódový systém), nebude již možné původní obsah dokumentu ověřit. Aby tento problém bylo možné vyřešit, bude nezbytné stanovit jasná pravidla toho, jaké části propouštěcí zprávy mají být zahrnuty do digitálního podpisu a které nikoliv, případně, jaké budou platit postupy při bezeztrátové transformaci dat a zajištění důvěryhodnosti jejich obsahu. Možným řešením je vytvoření elektronického podpisu nejen pro původní dokument, ale také pro všechny jeho přípustné transformace (v praxi to znamená, že bude připojen jak elektronický podpis výchozího dokumentu, např. ve formátu XML, tak podpis(y) pro jeho jednotlivé standardní transformace např. do formátu PDF, JSON či eHDSI CDA pro přeshraniční výměnu).

Údaje o hospitalizaci

Na hospitalizaci je zde nahlíženo jako na “epizodu hospitalizace”, tedy jednu z forem kontaktu pacienta se zdravotními službami.

Účel a obsah sekce

Tato sekce je povinná.

Sekce obsahuje základní údaje o příjmu a propuštění pacienta z nemocnice:

- Typ kontaktu (hospitalizace, jednodenní péče);
- Příjem:
 - Datum;
 - Urgentnost;
 - Přijímající lékař a pracoviště;
 - Místo odkud přichází (adresa a klasifikace);
 - Přijetí doporučil (klasifikace/NZIS);
 - Doporučující lékař/poskytovatel.
- Propuštění:

- Datum;
 - Místo, kam je pacient propuštěn/přeložen;
 - Propouštějící oddělení – název, kontakty;
 - Typ ukončení hospitalizace,
- Pobyť na oddělení:
 - Datum přijetí;
 - Datum propuštění;
 - Identifikace oddělení/pracoviště.

Typ kontaktu

Element umožňuje rozlišení různých typů kontaktu pacienta s poskytovatelem. Stanovujeme použití kódového systému hl7. v3-ActCode22 a vybrané koncepty z hierarchie _ActEncounterCode.

TABULKA 3: POPIS KÓDOVÉHO SYSTÉMU

Kód	Název	Definice
AMB	ambulatní	Obecná kategorie pro zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnickém zařízení (např. v ordinaci praktického lékaře, na klinice nebo v nemocnici) na nerezidentní bázi. Termín ambulantní obvykle znamená, že se pacient dostavil do zdravotnického zařízení, ale nebyl hospitalizován.
EMER	urgentní	Kontakt na vyhrazeném místě poskytování zdravotních služeb (např. urgentní příjem, LSPP), kde je pacientovi neprodleně poskytována zdravotní péče po dobu, než může být propuštěn či přeložen k péči na jiné oddělení či k jinému poskytovateli.
FLD	terénní	Kontakt, který se odehrává jak mimo vyhrazené místo poskytování služeb, tak mimo bydliště pacienta. Příkladem může být místo nehody, supermarket apod.
HH	domácí	Kontakt probíhá v domácím prostředí pacienta.
IMP	ústavní	Kontakt, kdy je pacient přijat nemocnicí nebo jiným lůžkovým zařízením, kde zůstává nejméně jednu noc a kde je mu poskytnuto ubytování, stravování a nepřetržitá ošetrovatelská služba.
ACUTE	akutní ústavní	Akutní ústavní kontakt.
NONAC	neuakutní ústavní	Ústavní kontakt, který není akutní.
OBSENC	pozorování	Kontakt, který je zpravidla iniciován jiným typem kontaktu (např. na urgentním příjmu), vyžadující určitou dobu léčby či sledování stavu pacienta nezbytnou k rozhodnutí, zda jeho stav vyžaduje hospitalizaci či nikoli. K rozhodnutí o příjmu či propuštění pacienta dochází ve většině případů během 24 až 48 hodin, v závislosti na národních či místních pravidlech.
PRENC	objednání	Kontakt s pacientem sloužící k objednání pacienta k následnému poskytování zdravotních služeb. Poznámka: Tento typ kontaktu může předcházet kontaktu ambulantnímu, ústavnímu, virtuálnímu apod.
SS	jednodenní	Kontakt, při němž dochází k příjmu pacienta do zařízení k poskytnutí zdravotní péče v předpokládané délce zpravidla nepřesahující 24 hodin.
VR	virtuální	Virtuální kontakt, při kterém se pacient a zdravotnický profesionál nenacházejí na stejném místě. Příklad: telefonní konzultace, telekonference, e-mailová komunikace, chat, robotický chirurgický zákrok apod.

V případě propouštěcí zprávy z nemocnice se využije pouze podмноžina typů kontaktu, a to:

ACUTE, NONAC, OBSENC a SS. V úvahu také připadá použití OBSENC pro pozorování pacienta. Tyto hodnoty jsou v tabulce uvedeny tučně.

Urgentnost přijetí

²² <http://terminology.hl7.org/CodeSystem/v3-ActCode>

Klasifikace urgentnosti přijetí pacienta k hospitalizaci, využívá se číselník ÚZIS [PrijetiPacientaKHospitalizaci](#), který je použit v národním registru hospitalizovaných.

TABULKA 4: OBSAH ČÍSELNÍKU PRIJETIPACIENTAKHOSPITALIZACI

Kód	Název
1	neodkladné
2	plánované
3	jiné

Použití jednotlivých kódů upravuje metodika ÚZIS²³.

Zdroj přijetí

Klasifikace místa odkud pacient do zařízení přišel, resp. typ pracoviště, které jej k hospitalizaci doporučilo. Využívá se číselník ÚZIS [DoporuceniHospitalizace](#), který je použit v národním registru hospitalizovaných.

Cíl propuštění propuštěn/přeložen

Klasifikace místa, kam byl pacient propuštěn/přeložen (ambulantní zdravotnické služby, zařízení následné a dlouhodobé péče, agentury domácí péče).

Aktuálně se pro hlášení do registru hospitalizovaných využívá číselník ÚZIS [UkonceniNeboPokracovaniHospitalizace](#).

TABULKA 5: OBSAH ČÍSELNÍKU UKONCENINEBOPOKRACOVANIHOSPITALIZACE

Kód	Název
0	hospitalizace pokračuje
1	pacient propuštěn domů
2	propuštěn do zařízení sociální péče
3	přeložen na jiné odd.téhož zdr.zař.
4	přeložen do zdr.zařízení násl.péče
5	přeložen do zdr.zařízení akut.péče
6	předčasné ukončení hospitalizace
7	zemřel-pitván
8	zemřel-nepitván

Některé hodnoty tohoto číselníku nemají pro použití v PZ význam (0 – hospitalizace pokračuje, 3 – přeložen na jiné oddělení téhož zdravotnického zařízení). Pro potřeby mezinárodní interoperability bude

²³ <https://www.uzis.cz/res/file/registry/nrhosp/nrhosp-metodika-020-20190101.pdf>

nezbytné porovnat tento číselník s existujícími mezinárodními číselníky. V úvahu připadají číselníky HL7 a X-eHealth, který je založen na terminologii SNOMED CT.

HL7([HL7.TERMINOLOGY\Discharge disposition - FHIR v4.0.1](#))

TABULKA 6: ČÍSELNÍK HL7 DISCHARGE DISPOSITION(CÍL PROPUŠTĚNÍ)

Code	Display	Deifinition
home	Home	The patient was discharged and has indicated that they are going to return home afterwards.
alt-home	Alternative home	The patient was discharged and has indicated that they are going to return home afterwards, but not the patient's home - e.g. a family member's home.
other-hcff	Other healthcare facility	The patient was transferred to another healthcare facility.
hosp	Hospice	The patient has been discharged into palliative care.
long	Long-term care	The patient has been discharged into long-term care where is likely to be monitored through an ongoing episode-of-care.
aadvice	Left againts advice	The patient self discharged against medical advice.
exp	Expired	The patient has deceased during this encounter.
psy	Psychiatric hospital	The patient has been transferred to a psychiatric facility.
rehab	Rehabilitatin	The patient was discharged and is to receive post acute care rehabilitation services.
snf	Skilled nursing facility	The patient has been discharged to a skilled nursing facility for the patient to receive additional care.
oth	Other	The discharge disposition has not otherwise defined.

Evropský projekt X-eHealth specifikuje cíl propuštění pomocí terminologie SNOMED CT.

TABULKA 7: ČÍSELNÍK DESTINATION CODE NAVRŽENÝ EVROPSKÝM PROJEKTEM X-EHELATH

Destination Codelist		OID:		
Concept name	Concept code	CodeSys. Name	Codesystem OID	Description
Home	2643620003	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Domů
Left against medical advice	445060000	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Ukončení hospitalizace z rozhodnutí pacienta
Rehabilitation hospital	80522000	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Ústavní rehabilitační péče
Nursing home	42665001	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Zařízení s ošetrovatelskou službou
Psychiatric hospital	62480006	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Ústavní psychiatrická péče
Hospital	2223009	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Ústavní péče
Died in hospital	183676005	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Zemřel v nemocnici
Hospice	284546000	SNOMED CT	2.16.840.1.113883.6.96	Hospic
Other	OTH	NullFlavor	2.16.840.1.113883.5.1008	Jiné

Z porovnání číselníku ÚZIS a mezinárodních alternativ vyplývá pouze přibližná shoda jednotlivých konceptů, nicméně mapování na budoucí evropský standard (ať už bude vycházet z terminologie SNOMED CT či HL7) je proveditelné. Je otázkou další diskuse, zda bude stávající číselník rozšířen o chybějící hodnoty (hospic, psychiatrické zařízení či rehabilitační zařízení).

TABULKA 8: POROVNÁNÍ ČÍSELNÍKŮ HL7, X-EHEALTH A ÚZIS

HL7	SNOMED CT	ÚZIS
Home	Home	pacient propuštěn domů
Alternative home		propuštěn do zařízení sociální péče
Other healthcare facility	Healthcare facility	přeložen do zdr.zařízení akut.péče
Hospice	Hospice	
Long-term care	Long term care hospital	přeložen do zdr.zařízení násl.péče
Left against advice	Left against medical advice	předčasné ukončení hospitalizace
Expired	Died in hospital	zemřel-pitván
Psychiatric hospital	Psychiatric hospital	
Rehabilitation	Rehabilitatin hospital	
Skilled nursing facility	Nursing home	přeložen do zdr.zařízení násl.péče
	Hospital	
Other healthcare facility	Other	přeložen do zdr.zařízení akut.péče

Důvod přijetí

Účel a obsah sekce

Tato sekce je povinná.

V této sekci jsou uvedeny základní informace o důvodu a okolnostech přijetí pacienta k hospitalizaci.

Sekce obsahuje dvě části:

- Důvod přijetí;
- Právní okolnosti přijetí.

Část „Důvod přijetí“

Účel a obsah části „Důvod přijetí“

- **Smyslem této části je** poskytnout čtenáři PZ správný kontext a tím mu umožnit správné porozumění dalším částem PZ. Specifický význam má tato část pro klinického kodéra, protože ovlivňuje výběr hlavní diagnózy případu.
- **Smyslem této části není** popsat celou historii klinického problému ani jiné detaily; k tomu slouží jiné části PZ (anamnéza nynějšího onemocnění).

Důvod přijetí je uváděn velmi stručně, heslovitě a pokud možno konkrétně (tedy nikoliv např. Důvod přijetí: celkové zhoršení stavu). Pokud je příčina potíží známa nebo rozpoznána při přijetí, je uváděna diagnóza, nikoliv příznaky (např. Důvod přijetí: cévní mozková příhoda, peritonsilární absces, fraktura humeru, perianální píštěl u Crohnovy nemoci apod.). Pokud nelze uvést diagnózu, jsou uvedeny dva, nevyše tři příznaky; vedoucí příznak na prvním místě.

Je možné a často i vhodné uvést i cíl hospitalizace, pokud je znám, ale je chybou uvést pouze tento cíl (např. Důvod přijetí: hysterektomie).

Sémantické poznámky

Ve většině standardů je důvod přijetí považován za povinný údaj, ale jeho popis se v jednotlivých standardech liší, a to:

- umístěním (administrativní část nebo klinická),
- požadavkem na formu a obsah (striktně jen obtíže, nebo obtíže a diagnózy),
- požadavkem na detail (extrémně stručně, nebo podrobněji).

Smysl je však podobný – uvést čtenáře PZ do hlavního kontextu, a tím jim ukázat hlavní aktuální problém, který vedl k hospitalizaci.

Část „Právní okolnosti přijetí“

Účel a obsah části

V této části lze zaznamenat právní okolnosti přijetí pacienta k hospitalizační péči, zejména, pokud došlo k hospitalizaci bez souhlasu pacienta. Zákon o zdravotních službách specifikuje situace, kdy lze pacienta hospitalizovat i bez souhlasu v §38:

1. Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, jestliže:
 - a. Mu
 - i. bylo pravomocným rozhodnutím soudu uloženo ochranné léčení formou lůžkové péče,
 - ii. je nařízena izolace, karanténa nebo léčení podle zákona o ochraně veřejného zdraví,
 - iii. je podle trestního řádu nebo zákona o zvláštních řízeních soudních nařízeno vyšetření zdravotního stavu,
 - b. ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo
 - c. jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.
2. Nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností lze bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

Sémantické poznámky

Při hlášení do národního registru hospitalizovaných se používá číselník [DuvodPrijetiKHospitalizaci](#).

TABULKA 9: OBSAH ČÍSELNÍKU DUVODPROJETIKHOSPITALIZACI

Kód	Název
1	ochranná léčba
2	sociální důvod
3	diagnostický
4	léčebný
5	jiný
7	jednodenní péče

Z výčtu hodnot číselníku je patrné, že potřebám vyjádření právních okolností přijetí odpovídá pouze „ochranná léčba“ a číselník je pro potřebu PZ v této podobě nevhodný. Právní okolnosti přijetí pacienta k hospitalizaci musí odpovídat platnému právnímu rámci, který bývá odlišný v různých zemích. Nelze proto použít existující evropské modely (resp. lze se pouze inspirovat přístupem různých zemí). Proto stanovujeme zavedení nového národního klasifikačního systému, vycházejícího z platného znění

zákona o zdravotních službách, a to včetně jeho možného mapování na mezinárodní terminologii SNOMED CT.

TABULKA 10: NOVÝ NÁRODNÍ KLASIFIKAČNÍ SYSTÉM

Kód	Název	Popis	Mapování na SNOMED CT
3435	Se souhlasem pacienta či jeho zákonného zástupce	Hospitalizace se souhlasem pacienta dle §34 nebo §35	-
38-1a1	Ochranná léčba rozhodnutím soudu	Ochranná léčba dle §38 písm. 1a) odst. 1.	70755000 Hospital admission, by legal authority (commitment) (procedure)
38-1a2	Nařízená izolace	Nařízená izolace dle §38 písm. 1a) odst. 2	1505002 Hospital admission for isolation (procedure)
38-1a3	Nařízené vyšetření	Nařízené vyšetření dle §38 písm. 1a) odst. 3	70755000 Hospital admission, by legal authority (commitment) (procedure)
38-1b	Závažné ohrožení sebe či okolí z důvodu duševního stavu nebo vlivu návykové látky	Hospitalizace dle §38 písm. 1b)	18038006 Protection of surroundings from individual (procedure)
38-1c	Neodkladná péče bez možnosti získání souhlasu	Zdravotní stav vyžaduje neodkladnou péči dle §38 písm. 1c)	183452005 Emergency hospital admission (procedure)
38-2	Podezření na týrání či zanedbání péče	Nezletilý pacient bez souhlasu zákonného zástupce dle §38 písm. 2	386497007 Child abuse prevention (procedure)

Dříve vyslovení přání

Účel a obsah sekce

Tato sekce je požadovaná.

Sekce slouží pro zápis informací o dříve vyslovených přáních pacienta, učiněných v průběhu hospitalizace dle §36 Zákona o zdravotních službách.

Strukturovaný zápis informace o dříve vysloveném přání by měl obsahovat:

- Datum vysloveného přání;
- Typ přání – slovně nebo kódem;
- Dokument obsahující vyjádření vůle pacienta, opatřený náležitostmi dle §36 Zákona o zdravotních službách;
- Stavy, na které se přání vztahuje.

Urgentní informace

Účel a obsah sekce

Tato sekce je povinná.

Sekce urgentních informací obsahuje zvláště důležité poznatky (jak z předchorobí, tak získané během hospitalizace), které ovlivňují nebo s vysokou pravděpodobností mohou ovlivnit jak zdravotní stav pacienta, tak způsob a rozsah zdravotní péče, poskytované po propuštění.

Urgentní informace zahrnují část Alergie a intolerance a část Varování.

Část „alergie a intolerance“

Účel a obsah sekce

Tato část uvádí alergie, které se u pacienta projevily a byly jako alergie hodnoceny, tak i jiné projevy nesnášenlivosti, označované jako intolerance. Uvádějí se zejména alergické reakce na léčivé přípravky a jiné látky, používané při poskytování zdravotní péče – vyvolávající látka (původce), typ (charakter) reakce a její závažnost.

Sémantické poznámky

Podrobný popis informačního modelu alergií a intolerancí je uveden v dokumentu Funkční specifikace patientského souhrnu²⁴.

Ne všechny projevy nesnášenlivosti jsou pravé alergie; informace o alergii se často přebírají, aniž by byl blíže zjišťován charakter a okolnosti reakce.

Pokud byla alergie vyloučena, měl by o tom být učiněn záznam.

Část „Varování“

Účel a obsah části

V části Varování jsou uvedeny zdravotní stavy nebo situace, které by mohly vést k naléhavé situaci. Může se jednat o kontraindikaci pro předpis určitého léčivého prostředku nebo léčebného postupu. Popisovaná situace může představovat riziko nejen pro samotného pacienta, ale i pro jeho okolí, třeba v případech infekčních nemocí. Neznalost „Varování“ může vést k chybám ve správné medicínské praxi.

Sémantické poznámky

Sémanticky je název bloku „varování“ určitým zjednodušením, neboť obecně upozorňuje na závažné okolnosti či důležité informace, které nemusejí znamenat přímo ohrožení pacienta. Ukazují to příklady, uvedené v eHN PSG: krvácení po aspirinu, kašel po ACE inhibitoru, přítomnost vzácné nemoci, obtížnou intubaci, transplantovaný orgán, ale také účast v klinické studii.

²⁴ <https://ncez.mzcr.cz/cs/pacientsky-souhrn>

Informace zde uvedené musí být stručné a výstižné. Musí obsahovat jednoduchou charakteristiku příčiny nebo důvodu varování, jeho povahu a úroveň varování (stupeň naléhavosti).

Stav při přijetí

Účel a obsah sekce

Tato sekce je nepovinná.

Tato sekce má za cíl stručně a výstižně popsat klinický stav pacienta v čase jeho přijetí k hospitalizaci s důrazem na patologické projevy. Má zásadní význam zejména tehdy, pokud je důvodem přijetí akutní stav nebo zhoršení stávajícího základního onemocnění. Na popis stavu při přijetí navazuje stejně strukturovaný popis stavu při propuštění, ze kterého by mělo jasně vyplynout, do jaké míry hospitalizace vedla ke změně patologických nálezů při přijetí. V případě hospitalizace za účelem vyšetření chronického dlouhotrvajícího onemocnění může být popis stavu při přijetí a při propuštění shodný.

Co do sekce patří:

- Časový údaj: Datum a čas vyšetření pacienta lékařem při přijetí;
- Identifikace lékaře, který provedl vstupní vyšetření;
- Objektivní nález:
 - Antropometrické údaje;
 - Základní životní funkce;
 - Somatický nález;
- Funkční stav (zhodnocení funkčního stavu pacienta při přijetí dle zvolené škály).

Co do sekce nepatří:

- podrobný popis fyziologických nálezů (je klinicky nerelevantní);
- výsledky vyšetření (jsou v jiné sekci);
- diagnóza při přijetí (je v jiné sekci).

Sémantické poznámky

Řada národních standardů sekci „stav při přijetí“ v propouštěcí zprávě neobsahuje. Údaje v této sekci nemají ve většině případů žádný nebo jen zanedbatelný význam pro kontinuitu péče po propuštění. Z tohoto důvodu doporučujeme, aby byla sekce do PZ vkládána z důvodu stručnosti a přehlednosti PZ pouze v odůvodněných, spíše ve výjimečných případech, kdy jsou uvedené informace opravdu nezbytné pro zajištění kontinuity péče. Zařazení sekce je na rozhodnutí autora PZ.

Část „objektivní nález“

Objektivní nález obsahuje výsledky vyšetření pacienta, které jsou dále rozděleny na:

- Antropometrické údaje:
 - Požadované²⁵: výška, hmotnost, BMI (automatický výpočet z uvedených hodnot);
 - Volitelné: obvod hlavy, hrudníku, břicha.
- Základní životní funkce:
 - Požadované: Tepová frekvence, dechová frekvence, TK s uvedením strany měření;
 - Volitelné: Saturace O₂.
- Somatické vyšetření: Vyšetření pomocí smyslů vyšetřujícího (pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem) a posuzování, zda se takto zjištěné nálezy odchylují od normy. Pokud ano, označujeme tyto odchylky jako objektivní příznaky (angl. signs). Somatické vyšetření společně s anamnestickými údaji obvykle umožňuje prvotní diagnostickou a diferenciálně diagnostickou rozvahu včetně navržení dalšího diagnostického postupu za využití tzv. pomocných vyšetřovacích metod.

Všechny uvedené části objektivního nálezu umožňují zápis výsledku vyšetření volným textem, v případě antropometrických údajů a základních životních funkcí také formalizovaně – tento způsob zápisu je preferován, protože odpovídá běžnému způsobu záznamu informací i ve stávajících informačních systémech.

Část „Funkční stav“

Funkční stav lze hodnotit několika různými způsoby, obvykle se zaměřením na schopnosti osoby vykonávat základní aktivity každodenního života (ADL) zahrnující například základní sebeobsluhu, jako je koupání, stravování, toaleta i instrumentální aktivity každodenního života (IADL), které zahrnují činnosti jako je vaření, nakupování a řízení vlastních záležitostí.

Hodnocení funkčního stavu pacienta při příjmu bude prováděno zejména s ohledem na potřebu zvýšené péče či asistence v průběhu hospitalizace nebo plánování a způsob poskytování zdravotní péče. Funkční stav může být hodnocen slovně a/nebo formalizovaně po jednotlivých kategoriích modelu WHO ICF (MKF). Druhý uvedený způsob je preferovaný.

Další typy hodnotících škál mohou být doplněny v budoucích verzích standardu na základě potřeby a konsenzu odborné veřejnosti.

Anamnéza

Účel a obsah sekce

Tato sekce je povinná.

²⁵ požadované (povinné tehdy, pokud jsou k dispozici). Např. pacienta v bezvědomí nelze při příjmu vážit ani měřit.

Sekci tvoří údaje ze zdravotní historie pacienta:

- Osobní anamnéza zahrnující:
 - Historii zdravotních problémů (prodělaná onemocnění) vč. gynekologických/andrologických;
 - významné výkony;
 - implantáty a zdravotní pomůcky;
 - očkování.
- Abusus:
 - Kouření;
 - Alkohol, drogy, závislosti.
- Rodinná anamnéza;
- Sociální anamnéza:
 - Právní stav;
 - Vzdělání;
 - Zaměstnání;
 - Bydlení;
 - Rodinná a sociální situace.
- Epidemiologická:
 - Cestovatelská anamnéza;
 - Infekční kontakty.

Sémantické poznámky

Jádrem sekce je osobní zdravotní historie, pod kterou řadíme kromě tradiční osobní anamnézy a gynekologické/sexuální anamnézy i informace o drogách (abúzu), medikaci, vakcinaci, přehled implantátů a nezbytných zdravotních pomůcek.

Sekce je doplněna rodinnou, sociální a cestovatelskou anamnézou.

Co do sekce patří

Část	Popis
Historie zdravotních problémů	Historie zdravotních problémů jiných, než je nynější onemocnění (které je součástí klinického shmutí).
Významné výkony	Významné výkony, jejichž výsledek ovlivňuje možnosti a způsoby poskytování zdravotní péče nebo může ovlivnit diagnostické metody (jejich proveditelnost a hodnocení).
Implantáty a zdravotní pomůcky	Historie implantátů a zdravotních pomůcek. Pokud je sekce prázdná, musí být explicitně uveden důvod (tedy že pacient nemá žádný implantát).
Očkování	Údaje o vakcinaci.
Abusus	Informace o pravidelném kouření (užívání tabáku), alkoholu a používání náhradních způsobů vč. údaje o množství a době expozice. Informace o užívání jiných návykových látek.
Rodinná anamnéza	Informace o závažných onemocnění u blízkých pokrevně příbuzných se známým nebo předpokládaným genetickým potenciálem.
Sociální anamnéza	Dosažené vzdělání, charakter zaměstnání či pracovní činnosti. Úroveň bydlení, zvláště pokud koliduje s aktuálním zdravotním stavem. Rodinná a sociální situace, pokud je významná pro navržený způsob léčby. Lidé bez domova. Závažné onemocnění v rodině, zejména je-li pacient pečující osobou.
Epidemiologická anamnéza	Rizikové prostředí při práci nebo v domácnosti, vč. přítomnosti zvířat u podezření na alergickou etiologii. Možné kontakty během cestování, návštěva endemických krajín apod. Infekční kontakty, které mohou být rizikové buď pro pacienta nebo jeho okolí. Většina infekčních kontaktů generuje varování v sekci urgentní informace.

Co do sekce nepatří

- Proběhlá onemocnění nezanechávající následky (typicky „běžné dětské nemoci“), banální infekce v minulosti, vyhojené úrazy, většina kosmetických úprav.
- Podrobnosti o vzniku, vývoji a způsobu léčby proběhlých onemocnění, které nemají vliv na poskytování dalších zdravotních služeb.
- Rodinná anamnéza s výjimkou onemocnění uvedených výše.
- Rodinná situace, pokud nepředpokládáme potřebu péče nebo součinnosti osob blízkých. Sociální situaci neovlivňující zdravotní stav nebo poskytování zdravotních služeb.

Popis hospitalizace

Účel a obsah sekce

Tato sekce je povinná.

V této sekci se uvádí přehled poskytnuté diagnostické a léčebné zdravotní péče v **průběhu hospitalizace**.

Strukturované uspořádání umožňuje snadný přehled nálezů (výsledků vyšetření) a výkonů, zvláště tam, kde byl během pobytu na lůžku řešen jediný nebo klinicky převažující zdravotní problém.

Na rozdíl od tradičního uspořádání je první částí diagnostický souhrn, následuje vybraná medikamentózní léčba, významné výkony a implantáty. Výsledky vyšetření nejsou povinnou součástí, ty nejvýznamnější pro kontinuitu poskytované péče nebo pro stanovení diagnózy samozřejmě uvedeny bývají.

Závěrečnou a současně nosnou částí této sekce je klinické shrnutí, „příběh“, zahrnující tradiční části „nynější onemocnění“, „průběh hospitalizace“ a epikrízu. Z klinického shrnutí musí být patrné, proč a jak se pacient dostal na lůžko, jak se vyvíjel jeho stav v reakci na léčebná opatření. Použité terapeutické postupy jsou uvedeny do diagnostického kontextu, tedy výsledků klinicky významných vyšetření. Závěrem klinického souhrnu může být prognostická rozvaha a nástin dalšího postupu.

Sekce obsahuje následující části:

- Diagnostický souhrn;
- Významné výkony (operace, významné terapeutické intervence);
- Implantáty;
- Další významná léčba (vč. medikamentózní a podání krevních derivátů);
- Výsledky vyšetření:
 - Laboratorní:
 - Hematologie;

- Biochemie;
- Histopatologie;
- Genetika;
- Další.
- Funkční:
 - Elektrofyzilogické (EKG, EEG, EMG aj.);
 - Další (spirometrie, testy svalové síly, 6MWT aj.).
- Zobrazovací:
 - Ultrasonografie;
 - Radiografické metody (rtg, CT, denzitometrie);
 - Magnetická rezonance;
 - Radioizotopové metody.
- Konziliární vyšetření;
- Očekávané výsledky vyšetření (dosud nedodané);
- Klinické shrnutí (volným textem).

Část „Diagnostický souhrn“

Tato část je povinná

Účel a obsah části

Diagnostický souhrn obsahuje všechny problémy/diagnózy, které měly vliv na péči během daného hospitalizačního případu. Diagnostický souhrn rozlišuje, v souladu s mezinárodním doporučením, problémy/diagnózy aktivní, problémy vzniklé v průběhu hospitalizace a neaktivní problémy/diagnózy. Diagnostický souhrn obsahuje všechny stavy tak, jak byly rozpoznány na konci hospitalizace, po všech vyšetřeních. Tedy:

1. Aktivní problémy/diagnózy – ty, které byly přítomny při příjmu a měly vliv na péči během hospitalizačního případu. Doporučujeme uvádět problémy/diagnózy v pořadí dle aktuální důležitosti, přičemž na prvním místě je uvedena diagnóza, která je hlavním důvodem hospitalizace²⁶.
2. Komplikace – stavy, které vznikly během hospitalizace.
3. Neaktivní problémy/diagnózy – ty, které byly přítomny při příjmu a neměly vliv na péči během hospitalizačního případu – je třeba je zohlednit později při poskytování péče.

Diagnostický souhrn **NEOBSAHUJE**:

²⁶ současně nedoporučujeme označovat tuto diagnózu jako „Hlavní diagnózu“. Výběr hlavní diagnózy pro systém DRG je podřízen pravidlům, která často lékař, který píše PZ, nezná.

- Anamnestické údaje – ty jsou uvedeny v jiných částech (pokud je pro to důvod);
- Podrobnou historii jednotlivých problémů – ta je uvedena v jiných částech (pokud je pro to důvod);
- Léčbu – ta je uvedena v jiných částech (pokud je pro to důvod);
- Jednotlivé nálezy, na nichž je diagnóza postavena – ta je uvedena v jiných částech (pokud je pro to důvod);
- Odchytky dílčích vyšetření (např. „mírné rozšíření kořene aorty při echokardiografii“), které samostatně nebo s jinými nálezy nejsou konkluzivní.

Sémantické poznámky

- Text je odborný, vhodným standardem pro sémantiku jsou texty platných doporučených postupů, případně článků odborné literatury.
- V diagnostickém souhrnu se zásadně nepoužívají zkratky.
- NEPOUŽÍVAJÍ SE názvy kódů MKN (např. kožní absces, furunkl a karbunkl jiných lokalizací, což je název kódu L02.9); samozřejmě s výjimkou těch, kde název kódu odpovídá používané klinické terminologii (např. akutní respirační selhání, hyperkapnický typ).
- U stavů, které představovaly aktivní problém během hospitalizace, neuvádět „stav po ...“. Pokud byl pacient léčen pro infarkt myokardu, bude zde uvedena diagnóza infarkt myokardu (s příslušným upřesněním), nikoli „st.p. infarktu“, a to i když PZ píše jiné oddělení než to, kde pacient byl pro infarkt myokardu léčen.
- U výkonů, které byly provedeny během hospitalizace, neuvádět „stav po ...“ (např. stav po hysterektomii); tato informace patří do sekce Významné výkony.

Část „Významné výkony“

Tato část je požadovaná.

Účel a obsah části

V této části jsou uvedeny operace a ostatní „instrumentální“ intervence (endoskopické, intravaskulární). Typicky jde o veškeré invazivní výkony prováděné na operačním sále.

Do této sekce nepatří čistě diagnostické výkony.

Sémantické poznámky

Současná medicína vládne mimořádně širokým spektrem výkonů, od ošetření ran (zde je neostrá hranice směrem k ošetrovatelské péči), přes klasické chirurgické výkony, endoskopickou chirurgii, gastroenterologickou endoskopii, cévní endoluminální výkony až po zavedení podkožních senzorů a endokrinně aktivních implantátů.

Přechody mezi různými typy výkonů nemusejí být zcela ostré, takže se nabízí problémově orientované třídění výkonů jako přehlednější než dělení na výkony „chirurgické“, endoskopické, kardiovaskulární atd.

Část „implantáty“

Tato část je požadovaná.

Účel a obsah části

Seznam implantátů zavedených během hospitalizace, pokud mají význam pro poskytování zdravotní péče vč. diagnostiky. Každému implantátu musí odpovídat záznam výkonu v sekci „Významné výkony“.

Sémantické poznámky

Spektrum implantátů je v současnosti velmi široké. Zahrnuje implantáty nahrazující klouby nebo jejich části, osteosyntetický materiál, různé zpevňovací sítě v břišní chirurgii, srdeční „záplaty“, katetry cévní vč. AV zkratů, endoluminální biliární či drenážní katetry, drény mozkových komor, žaludeční balony a bandáže, kardiostimulátory/kardiovertery, dlouhodobě fungující podkožní senzory a část kosmetických implantátů, které mohou ovlivnit hodnocení zobrazovacích metod.

I zde se nabízí problémově orientované třídění, tedy členění dle diagnostického souhrnu.

Část „Další významná léčba“

Tato část je volitelná.

Účel a obsah části

Poskytnutá léčba, kterou nelze jednoznačně označit za významný výkon (ve smyslu předchozí definice), ale je významná – typicky chemoterapie, radioterapie, očišťovací metody (dialýza, hemoperfuze), metody podpory oběhu (kontrapulzace apod.), podání krevních derivátů případně další. Vybraná medikamentózní léčba v průběhu hospitalizace. Uvedou se ty léčivé přípravky, jejichž podávání bylo během hospitalizace ukončeno nebo pokračuje po propuštění pouze krátkodobě, přitom znalost jejich podání je významná pro další zdravotní péči (antibiotika kromě zcela rutinních přípravků, kortikosteroidy ve vysokých dávkách apod.)

Léčivé přípravky, jejichž podávání bylo zahájeno během hospitalizace, ale je doporučeno i po propuštění, budou uvedeny v souhrnné tabulce v bloku Doporučení.

Sémantické poznámky

Rozdělení na „Významné výkony“ a jinou léčbu není ostré a nelze ho provést taxativně. Nejvíce subjektivní bude rozhodnutí o zařazení medikamentózní léčby. Uvedou se ty léčivé přípravky, jejichž podávání bylo během hospitalizace ukončeno nebo pokračuje po propuštění pouze krátkodobě, přitom

znalost jejich podání je významná pro další zdravotní péči (antibiotika kromě zcela rutinních, kortikosteroidy ve vysokých dávkách apod.)

Léčivé přípravky, jejichž podávání bylo zahájeno během hospitalizace, ale je doporučeno i po propuštění, budou uvedeny v souhrnné tabulce v bloku Doporučení.

Část „výsledky vyšetření“

Tato část je nepovinná.

Účel a obsah části

Přehled vybraných výsledků, členěných dle charakteru diagnostické metody (vyšetření biologických vzorků podle charakteru vyšetřovaného materiálu a typu vyšetření, elektrofyziologická vyšetření, zobrazovací metody).

V PZ se uvedou závěry konziliárních vyšetření, která byla provedena pro stavy, vybočující ze záběru medicínského oboru, na jehož lůžku je pacient hospitalizován (psychiatrické konzilium indikované internistou nebo chirurgem, endokrinologické vyšetření indikované psychiatrem apod.). Výsledek takových konzilií se často promítá do diagnostického souhrnu, doporučení nebo i do klinického souhrnu.

Sémantické poznámky

1. Výsledky diagnostických metod

Výběr výsledků k zařazení do PZ zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu PZ. Jak již bylo uvedeno, současné NIS často přenesou do PZ všechna vyšetření, a to v podobě dlouhých, nestrukturovaných řetězců znaků. Při nepochybném nadužívání zejména běžných krevních vyšetření tyto řetězce mnohdy zabírají celé strany PZ a orientace v nich je prakticky nemožná. Uváděny by měly být pouze výsledky mající význam z hlediska zajištění kontinuity péče, a to ve formě přehledné tabulky obdobné způsobu, jakým zobrazují výsledky laboratorních vyšetření moderní klinické informační systémy. Laboratorní výsledky by vždy měly obsahovat alespoň plný standardní název testu s uvedením měřeného systému (krev, moč, mozkomíšní mok atp.), výsledek, jednotku měření, datum a čas odběru, druh měřené veličiny, normální rozmezí a hodnocení výsledku vůči tomuto rozmezí. Ne všechny tyto údaje musí nezbytně být viditelné, ale musí být součástí strukturované části zprávy tak, aby si je příjemce PZ mohl zobrazit, pokud má o tyto detaily zájem.

2. Konzilia

Konzilia provedená urgentně, hned po přijetí nebo při zhoršení stavu, obvykle ztrácejí klinickou relevanci v době propuštění pacienta a jejich uvádění do zpráv je často spíše matoucí, protože obsahují rozvahy a doporučení, jejichž platnost je časově omezena. Průběh onemocnění a provedená vyšetření často potvrdí nebo naopak vyloučí diferencially diagnosticky uváděné alternativy a v takovém případě nedává smysl uvádět celou diferencially diagnózu, kterou uvedl konziliární lékař. Podobně nemá smysl uvádět

doporučení těchto konzilií, protože ta buď byla realizována, a pak je důležitější jejich výsledek, nebo nebyla realizována, a pak je uvedení takového doporučení spíše matoucí.

Přenášení celých textů konzilií do zprávy vede často k opakování anamnestických údajů; přitom jsou dvě krajní možnosti – buď konziliář okopíruje anamnézu a pak je zde nežádoucí duplicita, nebo ji zaznamená v detailech jinak (může jít o jiné časové údaje, jiný popis potíží) a pak taková neshoda působí ve zprávě zmatečně.

Část „Očekávané výsledky vyšetření“

Tato část je požadovaná.

Účel a obsah části

Uvedou se objednaná vyšetření, jejichž výsledky nejsou známy v době vydání PZ a způsob, sdělení výsledků, popř. z nich vycházejících opatření.

Sémantické poznámky

Znalost vyšetření, která již byla provedena, je důležitá pro kontinuitu léčby, mj. k zabránění zbytečného opakování diagnostiky. V případě vyhotovení předběžné PZ se NEJEDNÁ o vyšetření, která budou známa v době vyhotovení PZ (definitivní).

Část „klinické shrnutí“

Tato část je povinná.

Účel a obsah části

Podrobný popis důvodu a průběhu hospitalizace (za celou hospitalizaci) strukturovaný dle jednotlivých problémů.

U každého problému je uveden popis klinického případu, uvedený anamnézou onemocnění, které bylo důvodem hospitalizace („nynější onemocnění“) vč. jeho diagnostiky a léčby před přijetím. Hodnocení efektu poskytnuté péče, prognostická rozvaha a návrh dalšího postupu.

Klinické shrnutí může být zakončeno klinickou úvahou (dif. diagnostika, vysvětlení souvislostí apod.) u klinicky složitých stavů.

Sémantické poznámky

Tato část se obvykle v ČR nazývá „Průběh onemocnění“ (což úplně neodpovídá, protože často obsahuje např. ve zprávách z interních oddělení i nějakou klinickou rozvahu) nebo „epikríza“ (což je název, který odpovídá obsahu lépe).

Vyznění této části je v současné době dost často katastrofální (uvádíme nejčastější chyby):

- Text se vztahuje jen k pobytu na oddělení, z něž je pacient propouštěn, nikoliv k celé hospitalizaci (od přijetí do nemocnice k propuštění z nemocnice).
- Často se opakuje úplně identický text z části „Nynější onemocnění“. To vede k nepřehlednosti i nesprávnému pochopení celého průběhu. Úplně identický text lze snadno odhalit; horší variantou je pozměněný text, protože ne vždy je z dalších údajů v PZ zřejmé, která varianta odpovídá skutečnosti²⁷. V některých případech dokonce nemusí být jasné, zda jde o popis jedné, nebo dvou událostí.
- Uspořádání bývá chronologické (někdy i den po dni), což způsobuje – zejména pokud je průběh komplikován více různými komplikacemi – velký rozsah textu a současně nepřehlednost a špatnou srozumitelnost.
- Text často není konzistentní s diagnostickým souhrnem (např. v textu se mluví o lipomatóze pankreatu, v dg. souhrnu je uvedena chronická pankreatitida)
- Chybí jakákoliv klinická rozvaha, a to zejména v situacích, ve kterých bychom ji čekali a potřebovali (tedy např. v diferenciálně diagnosticky složitých situacích).
- Často není vysvětleno, které symptomy považuje lékař za vysvětlené zjištěnými odchylkami od normálního stavu. To je přitom zásadní pro kodéra.

Současná doporučení dávají přednost jedné narativní části, kde plynule navazuje popis aktuálního problému, který vedl k hospitalizaci a popis dalšího průběhu po přijetí (nicméně musí být zcela jasné, co bylo před a co po přijetí). Toto uspořádání má zabránit opakování zcela stejných textů v „nynějším onemocnění“ a epikríze.

Je doporučeno, aby tato část PZ byla jediným narativním oddílem (tedy psaným plně volným textem a v celých větách). Smyslem tohoto uspořádání je umožnění plynulého čtení průběhu onemocnění (včetně komorbidit a komplikací) před a po přijetí.

Věcně zahrnuje tři plynule navazující části, které je vhodné oddělit jako samostatné odstavce.

1. V první části je popsán problém (o něco podrobněji, než je popsán v Důvodu přijetí, nicméně stále s důrazem na celkovou stručnost), který vedl k hospitalizaci. Tato část odpovídá části, která se tradičně nazývá nynějším onemocněním (NO).
2. Ve druhé části je popsán průběh hospitalizace včetně případných komplikací, které nastaly v průběhu hospitalizace (pokud nenastaly, je explicitně konstatováno, že průběh byl bez komplikací). Informace jsou uspořádány podle jednotlivých klinických problémů (nikoliv chronologicky).
3. Ve třetí (fakultativní) části je klinická rozvaha a zmíněny dosud nevyřešené problémy.

²⁷ „Zdravotnická dokumentace ... musí být vedena průkazně, pravdivě...“ (ZZS, §54, odst. 2).

Stav při propuštění

Účel a obsah sekce

Tato sekce je povinná.

Popis stavu při propuštění dokládá změny proti stavu při přijetí – zejména ústup patologických změn, ale i nové odchylky, např. pokud došlo v průběhu hospitalizace ke komplikacím (mozkové příhodě, úrazu, alergické kožní reakci).

Co do sekce patří:

- Objektivní nález:
 - Antropometrické údaje;
 - Základní životní funkce;
 - Somatický nález – změny proti stavu při přijetí;
- Funkční stav – změny proti stavu při přijetí.

Co do sekce nepatří:

- Podrobný popis fyziologických nálezů.

Sémantické poznámky

Stav při propuštění je dosud spíše výjimečnou součástí PZ, přestože objektivizuje změny dosažené léčbou či nastalé v důsledku komplikací či proběhlé komorbidit.

Doporučení

Účel sekce

Tato sekce je povinná.

Sekce je klíčová pro kontinuitu zdravotní péče. Doporučení je v mnoha ohledech výsledkem diagnostického a léčebného procesu během hospitalizace a modifikuje dosavadní léčebné postupy, ale většinou je ve značné míře rozšiřuje nebo mění.

Obsahem sekce je přehledný, přitom dostatečně podrobný a zejména srozumitelný návod jak pro pacienta samotného, tak pro jeho okolí a samozřejmě pro poskytování všeobecné i specializované zdravotní péče.

Záleží samozřejmě na povaze onemocnění, v některých případech nemusejí být žádná specifická opatření na místě, nemusí být ani potřeba farmakoterapie.

Obsah sekce

Obsahem sekce jsou všechna doporučení, týkající se zdravotního stavu a poskytování zdravotní péče.

Sociální a sociálně-zdravotní opatření po propuštění

Dojednaná nebo navržená domácí péče vč. aplikace léků, denní péče apod.

Režimová + stravovací doporučení

Doporučený fyzický a/nebo psychický režim; doporučená strava nebo postupný stravovací režim. Stravovací doporučení musí navazovat na stravu v době propuštění, samozřejmostí by měla být instruktáž nutričním terapeutem, obdobně pohybová nebo rehabilitační doporučení.

Souhrn medikace

Účel a obsah části

Souhrnná informace o medikaci, doporučené na období po propuštění, s vyznačením, zda se jedná o medikaci změněnou či nově zahájenou. Přehled je proti dosavadním zvyklostem doplněn o medikaci ukončenou.

Veškeré léčivé přípravky musí být vypsány přehledně s uvedením názvu léčivého přípravku, lékové formy, síly, dávkování/dávkovacích režimů. Pacient musí být vybaven nezbytnými doporučenými léky nejméně na tři dny po propuštění.

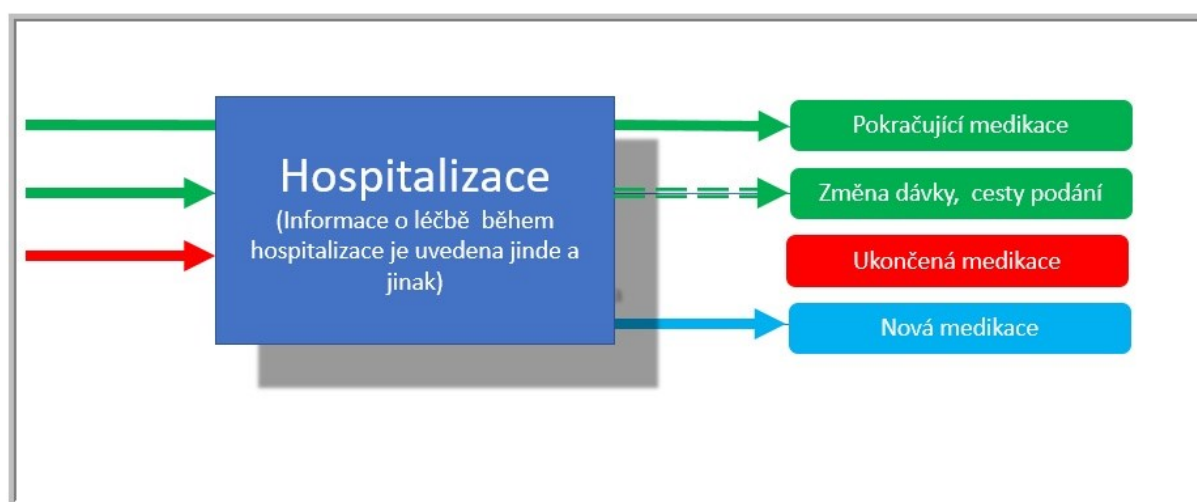
Sémantické poznámky

V části medikace musí být rozlišena medikace pokračující, ukončená, nová a změněná (např. změna frekvence podávání, síly apod.). V případě jakékoliv změny medikace by měl být uveden také důvod změny. Příklad způsobu zápisu informací o medikaci je uveden na obrázku:

Medicines on discharge					
Medicine	Directions	Duration/ End date	Status	Change reason/ Clinical indication	Quantity supplied
amoxicillin 875mg + clavulanic acid 125mg – <i>Augmentin Duo Forte</i> – tablet – oral	1 tablet – twice a day – with or after food	10 day course	New	Appendicitis	10 tablets
metronidazole 400mg – <i>Flagyl</i> – tablet – oral	1 tablet – three times a day – swallow whole – with or after food	10 day course	New	Appendicitis	10 tablets
paracetamol 500mg – tablet – oral	2 tablets – up to four times a day – maximum 8 tablets in 24 hours	–	New	As required for pain or fever	–
sotalol 80mg – tablet – oral	1 tablet twice a day – on an empty stomach	–	New	Atrial Fibrillation	–
tramadol 50mg – capsule – oral	1 to 2 capsules – up to four times a day – maximum 8 tablets in 24 hours	–	New	As required for pain	–
ramipril 2.5mg – capsule – oral	1 capsule – twice a day	–	Changed	Dose increased, Hypertension	–
alendronate 70mg – tablet – oral	1 tablet – once a week on Sunday – 30 minutes before food and other medicines – remain upright for 30 minutes after taking	–	Unchanged		–
aspirin 300mg – dispersible tablet – oral	HALF a tablet – once a day in the morning – with food	–	Unchanged		–
furosemide 40mg – tablet – oral	1 tablet – once a day in the morning	–	Unchanged		–
calcium 600mg + vitamin D 12.5MICROg <i>Ostelin</i> – tablet – oral	1 tablet twice a day – with or after food	–	Unchanged		–

OBRÁZEK 3: ZPŮSOB SOUHRNNÉHO ZÁPISU MEDIKACE PŘEVZATÝ Z AUSTRALSKÉHO NÁRODNÍHO STANDARDU PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVY

Způsob tvorby a význam informací v souhrnu medikace je ilustrován na následujícím obrázku:



OBRÁZEK 4: SCHEMATICKÉ ZNÁZORNĚNÍ KONCEPTU SOUHRNNÉ INFORMACE O MEDIKACI

Další postup vč. Naplánovaných vyšetření, data dalšího pobytu atd.

Další péče se liší podle oborů (převazy, kontroly oper. rány, úpravy dávkování podle provedených vyšetření).

Obsah části

Data, čas a místa objednaných (zajištěných) vyšetření a ošetření, data dojednaných hospitalizací.

Doporučená vyšetření, které nebylo možné pro pacienta zajistit (s jednoznačným údajem, kdo takové vyšetření má zajistit, případně kde se může objednat).

Co do sekce nepatří:

Obecné úvahy o dalším postupu. Zkratky, nespecifikované údaje.

Sémantické poznámky

Doporučení musí být srozumitelné zdravotníkům, kteří péči přebírají, od všeobecného praktického lékaře po specialisty nesouvisejících oborů, ale v rozumné a přiměřené míře též pacientovi a jeho laickému okolí. Je třeba se kategoricky vyhnout zkratkám kromě zcela obecně srozumitelných (EKG, RTG), údaje vypisovat.

Vyšetření, navazující na hospitalizaci, musí být zajištěna s uvedením pracoviště, data, hodiny. Především ve velkých zdravotnických zařízeních nelze pracoviště specifikovat způsobem „sonografie Karlák“. Ke všem dojednaným i doporučeným vyšetřením a ošetřením je třeba pacienta vybavit řádnou žádankou.

Pořadí informací v propouštěcí zprávě

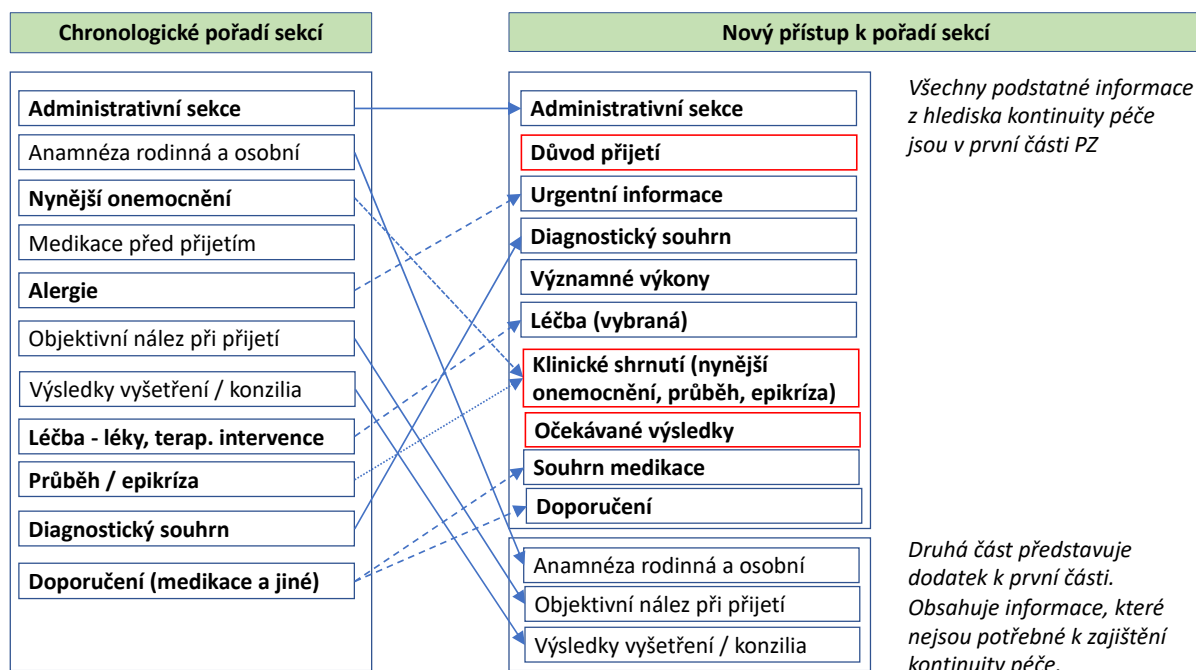
Jak už jsme uvedli v Diskusi (kapitola 2.2), převažující současnou praxí v uspořádání částí/sekcí PZ je chronologické řazení, které do značné míry respektuje postupný sběr a záznam informací o pacientovi během hospitalizace od přijetí až do propuštění. Při tomto způsobu prezentace informací hrozí nezanedbatelné riziko, že čtenář vynechá či nenalezne důležité informace.

Adekvátním řešením je uspořádat PZ tak, že nejdůležitější sekce jsou na začátku dokumentu. Současně jsou tyto sekce povinné nebo požadované.

Zbývající sekce PZ jsou volitelné a je na zvážení lékaře, který PZ píše, zda je využije a v jakém rozsahu, resp. do jaké podrobnosti je vyplní.

Povinné sekce, resp. povinné informace, jsou dané vyhláškou vyhláška 444/2024 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Pořadí informací v propouštěcí zprávě a jeho porovnání s tradičním způsobem řazení je uvedeno na obrázku:



OBRÁZEK 5: POROVNÁNÍ CHRONOLOGICKÉHO A DOPORUČENÉHO ŘAZENÍ SEKCÍ PZ

Výše uvedené pořadí je vhodné zejména v případech konverze do listinné formy případně v prostředí zdravotních portálů. U uživatelů klinických informačních systémů lze akceptovat i vlastní preference, byť se domníváme, že jednotný způsob zobrazení bude nejvhodnější.

Nedořešené otázky

Tato funkční specifikace, jakkoli je vytvářena co nejuniverzálněji, neřeší některé specifické případy, jako je např. neonatologická část zprávy z porodnice.

5.4 Informační aspekty

Datová sada

TABULKA 11: VYSVĚTLIVKY K NÁSLEDNÝM TABULKÁM

1.	Ke každému základnímu bloku/sekci dokumentu existuje možnost vyjádření pomocí narativního bloku.
2.	U vybraných bloků je možné obsah zapsat pomocí strukturovaného a kódovaného vyjádření.
3.	Každý datový element je v datové sadě doplněn o informaci, o počtu možného opakování (četnost) a povinnosti vyplnění.
4.	Pokud je nadřazená sekce označena jako volitelná, nemusí být v propouštěcí zprávě vůbec uvedena (pokud je však uvedena, pak pro její jednotlivé části platí uvedené hodnoty ve sloupci Povinnost).
5.	Datové elementy, které vyplňuje lékař tvořící propouštěcí zprávu, jsou označeny ve sloupci '#' červeně na růžovém pozadí.
6.	Datové elementy, které jsou povinné jsou barevně zvýrazněny ve sloupci 'Povinnost', a to červeně na růžovém pozadí.
7.	Datové elementy, které jsou povinné jsou barevně zvýrazněny ve sloupci 'Povinnost', a to hnědou na žlutém pozadí.
8.	Datové elementy, které jsou povinné jsou barevně zvýrazněny ve sloupci 'Povinnost', a to zelenou na světle zeleném pozadí.

Hlavička dokumentu

TABULKA 12: DATOVÁ SADA HLAVIČKY DOKUMENTU

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.1	Hlavička dokumentu	Záhlaví dokumentu s administrativními údaji		1..1	Povinné
A.1.1	Identifikace pacienta			1..1	Povinné
A.1.1.1	Křestní jméno	Křestní jméno		1..*	Povinné
A.1.1.2	Příjmení	Příjmení		1..*	Povinné
A.1.1.3	Datum narození	Datum, případně i čas narození		1..1	Požadované
A.1.1.4	Identifikátor pacienta	Typ identifikátoru a identifikátor osoby. Identifikátor musí být unikátní v rámci daného typu identifikátoru. Povinné je zadání alespoň jednoho národního či mezinárodního identifikátoru (rodné číslo, číslo pasu apod.)		1..*	Požadované
A.1.1.5	Státní občanství	Státní občanství dle zákona 186/2013. Státní občanství, jak je uváděno na oficiálních dokladech k prokázání identity.	eHDSICountry (ISO 3166)	0..*	Požadované
A.1.1.6	Úřední pohlaví	Úřední/administrativní pohlaví (pohlaví uváděné v dokladech pro úřední účely). Biologické pohlaví pacienta, které může být odlišné od pohlaví administrativního může být vedeno v jiných částech zdravotnické dokumentace.	HL7 Administrative Gender	1..1	Povinné
A.1.1.7	Komunikační jazyk	Jazyk (jazyky) v nichž pacient komunikuje	EJAZYK	0..*	Volitelné
A.1.2	Kontaktní informace pacienta			0..1	Požadované
A.1.2.1	Adresa	Poštovní, domácí a/nebo kancelářské adresa. Adresy jsou vždy sekvence částí adresy (např. řádek adresy, země, PSČ, město), i když se formát poštovní adresy může lišit v závislosti na zemi. Adresa může obsahovat informaci o typu adresy; pokud tento atribut není přítomen, předpokládá se, že jde o výchozí adresu použitelnou pro jakýkoli účel.	eHDSICountry (ISO 3166)	0..*	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.1.2.2	Telekomunikační kontakt (e-mail, telefon atp.).	Telekomunikační kontakt (e-mail, telefon atp.).		0..*	Požadované
A.1.2.3	Preferovaný lékař	Registrující praktický lékař, případně jiný lékař, který může poskytovat informace o pacientovi. Zvláště potřebné u pacientů s vzácným onemocněním.		0..*	Volitelné
A.1.2.3.1	Identifikátor zdravotnického pracovníka v NR-ZP	Identifikační číslo zdravotnického pracovníka dle Národního registru zdravotnických pracovníků.		1..1	Požadované
A.1.2.3.2	Jméno lékaře	Jméno lékaře, u kterého je pacient v péči, nebo který pacienta eviduje.		1..1	Požadované
A.1.2.3.3	Specializace lékaře	Specializace lékaře (Praktické lékařství pro děti a dorost, Praktické lékařství pro dospělé, interní lékařství, gynekologie a porodnictví apod.)	NR-ZP Specializace lékařů	0..*	Požadované
A.1.2.3.4	ID a název poskytovatele	Identifikátor (IČO, IČZ) a název poskytovatele, kterého lékař reprezentuje		0..1	Požadované
A.1.2.3.5	Adresa poskytovatele	Poštovní, domácí a/nebo kancelářská adresa. Adresy jsou vždy sekvence částí adresy (např. řádek adresy, země, PSČ, město), i když se formát poštovní adresy může lišit v závislosti na zemi. Adresa může obsahovat informaci o typu adresy; pokud tento atribut není přítomen, předpokládá se, že jde o výchozí adresu použitelnou pro jakýkoli účel.		0..1	Volitelné
A.1.2.3.6	Telekomunikační kontakt (e-mail, telefon atp.).	Telekomunikační kontakt (e-mail, telefon atp.).		0..*	Požadované
A.1.2.4	Zákonní zástupci a další kontaktní osoby			0..*	Požadované
A.1.2.4.1	Typ kontaktu	Typ kontaktní osoby rozlišující emergentní kontakty, zákonné zástupce a ostatní osoby se vztahem k pacientovi.	HL7Role		Požadované
A.1.2.4.2	Vztah k pacientovi	Vztah osoby k pacientovi (otec, syn, dcera atp.)	eHDSIPersonalRelationship	0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.1.2.4.3	Id osoby	Typ identifikátoru a identifikátor osoby. Identifikátor musí být unikátní v rámci daného typu identifikátoru. Povinné je zadání alespoň jednoho národního či mezinárodního identifikátoru (rodné číslo, číslo pasu apod.)	-	0..*	Volitelné
A.1.2.4.4	Křestní jméno	Křestní jméno		1..*	Povinné
A.1.2.4.5	Příjmení	Příjmení		1..*	Povinné
A.1.2.4.6	Adresa kontaktní osoby	Poštovní, domácí a/nebo kancelářská adresa. Adresy jsou vždy sekvence částí adresy (např. řádek adresy, země, PSČ, město), i když se formát poštovní adresy může lišit v závislosti na zemi. Adresa může obsahovat informaci o typu adresy; pokud tento atribut není přítomen, předpokládá se, že jde o výchozí adresu použitelnou pro jakýkoli účel.		0..1	Volitelné
A.1.2.4.7	Telekomunikační kontakt (e-mail, telefon atp.).	Telekomunikační kontakt (e-mail, telefon atp.).		0..*	Požadované
A.1.3	Zdravotní pojištění	Informace o zdravotním pojištění		0..1	Požadované
A.1.3.1	Kód zdravotní pojišťovny	Kód zdravotní pojišťovny		0..1	Povinné
A.1.3.2	Název zdravotní pojišťovny	Název zdravotní pojišťovny		0..1	Požadované
A.1.3.3	Číslo zdravotního pojištění	Číslo pojištěnce		0..1	Povinné
A.1.4	Příjemce dokumentu	Informace o zamýšleném příjemci dokumentu		0..*	Požadované
A.1.4.1	ID příjemce	Identifikační číslo zdravotnického pracovníka. Buď interní identifikátor přidělený institucí poskytovatele zdravotní péče, nebo (nejlépe) národní ID zdravotnického pracovníka, jako je číslo licence nebo registrační číslo. V případě, kdy příjemcem není zdravotnický pracovník, např. pacient, měl by být použit vhodný osobní identifikátor.		0..1	Požadované
A.1.4.2	Jméno příjemce	Jméno a příjmení osoby příjemce.		0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.1.4.3	ID organizace příjemce	Identifikátor organizace příjemce dle NRPZS nebo IČO.		0..1	Požadované
A.1.4.4	Organizace příjemce	Název a identifikační údaje zdravotnického zařízení příjemce, případně také pracoviště příjemce		0..1	Požadované
A.1.5	Autor dokumentu	Autor dokumentu dle zákona 372/2011 §54 odst. (3)		1..*	Povinné
A.1.5.1	Identifikátor autora	Identifikační číslo zdravotnického pracovníka (nebo informačního systému), který provedl zápis do zdravotnické dokumentace. Buď interní identifikátor přidělený institucí poskytovatele zdravotní péče, nebo (nejlépe) národní ID zdravotnického pracovníka, jako je číslo licence nebo registrační číslo.		1..*	Povinné
A.1.5.2	Jméno autora	Jméno autora či informačního systému (např. software, který dokument automatizovaně sestavil)		1..1	Povinné
A.1.5.3	ID organizace	Identifikátor organizace, kterou autor reprezentuje		1..1	Povinné
A.1.5.4	Organizace autora	Název a identifikační údaje zdravotnického zařízení které je reprezentováno autorem dokumentu.		1..1	Povinné
A.1.5.5	Datum a čas uložení	Datum a čas poslední modifikace dokumentu.		1..1	Povinné
A.1.6	Ověřil			0..*	Požadované
A.1.6.1	Identifikátor ověřovatele	Identifikační číslo zdravotnického pracovníka, který ověřil dokument. Buď interní identifikátor přidělený institucí poskytovatele zdravotní péče, nebo (nejlépe) národní ID zdravotnického pracovníka, jako je číslo licence nebo registrační číslo. Osoba ověřující dokument se uvádí pouze pokud je odlišná od autora dokumentu. V případě propouštěcí zprávy jde o ošetřujícího lékaře, který měl pacienta v péči na propouštějícím oddělení.		1..*	Povinné
A.1.6.2	Jméno ověřovatele	Plné jméno a identifikační údaje osoby, která dokument ověřila		1..1	Povinné

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.1.6.3	ID organizace	Identifikátor organizace, kterou ověřovatel reprezentuje		1..1	Povinné
A.1.6.4	Organizace ověřovatele	Název a identifikační údaje zdravotnického zařízení které je reprezentováno osobou, která dokument ověřila.		1..1	Povinné
A.1.6.5	Datum a čas ověření	Datum a čas ověření dokumentu		1..1	Povinné
A.1.7	Zodpovídá	Zodpovídá		0..1	Požadované
A.1.7.1	Zodpovídá - ID	Identifikační číslo zdravotnického pracovníka, který zodpovídá za celkový obsah dokumentu. Buď interní identifikátor přidělený institucí poskytovatele zdravotní péče, nebo (nejlépe) národní ID zdravotnického pracovníka, jako je číslo licence nebo registrační číslo. Primář či vedoucí oddělení, který zodpovídá za propouštěcí zprávu jako celek. Může být totožný s ověřujícím pracovníkem.		1..*	Povinné
A.1.7.2	Zodpovídá - jméno osoby	Plné jméno a identifikační údaje osoby, která zodpovídá za obsah dokumentu.		1..1	Povinné
A.1.7.3	Zodpovídá - organizace	Název a identifikační údaje zdravotnického zařízení které je reprezentováno osobou, která zodpovídá za obsah dokumentu.		1..1	Povinné
A.1.7.4	Datum a čas autorizace	Datum a čas autorizace dokumentu		1..1	Povinné
A.1.8	Metadata dokumentu			1..1	Povinné
A.1.8.1	ID dokumentu	Identifikátor dokumentu		1..1	Povinné
A.1.8.2	Kategorie dokumentu	Kategorie elektronického zdravotního záznamu (EHR).	LOINC	1..1	Povinné
A.1.8.3	Stav dokumentu	Stav dokumentu (předběžný, finální, doplněný, opravený atp.)	hl7:CompositionStatus	1..1	Povinné
A.1.8.4	Datum a čas vytvoření	Datum a čas vytvoření dokumentu		1..1	Povinné
A.1.8.5	Název dokumentu	Název dokumentu	"Propouštěcí zpráva"	1..1	Povinné

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.1.8.6	Správce dokumentu	Název a identifikační údaje subjektu, který dokument spravuje. Alias technický správce dokumentu.		1..1	Volitelné
A.1.8.7	Důvěrnost dokumentu	Stupeň důvěrnosti dokumentu (a jeho obsahu).	hl7:confidentiality	1..1	Povinné
A.1.8.8	Jazyk dokumentu	Jazyk, v němž je dokument napsán (narativní část dokumentu).	EJAZYK	1..1	Požadované
A.1.8.9	Verze	Verze dokumentu		0..1	Požadované
A.1.9	Elektronické podpisy	dle zákona 327/2011 §54a		0..1	Požadované
A.1.9.1	Elektronický podpis	Elektronický podpis nebo pečeť dokumentu		0..*	Požadované
A.1.9.2	Časové razítko	Elektronické časové razítko		0..1	Požadované

Tělo dokumentu

TABULKA 13: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.1	Dříve vyslovená přání			0..1	Požadované
A.2.1.1	Dříve vyslovené přání	Záznam dříve vysloveného přání		1..*	Povinné
A.2.1.1.1	Datum a čas	Datum a čas vyjádřeného přání pacienta		1..1	Povinné
A.2.1.1.2	Typ přání	Typ přání kódem nebo textem	SNOMED CT, číselník	1..1	Povinné
A.2.1.1.3	Komentář	Komentář k projevenému přání pacienta		0..1	Volitelné
A.2.1.1.4	Dotčený stav	Stav na který se přání vztahuje. Přání může být vztaženo pouze k určitému zdravotnímu problému či množině problémů.	MKN-10, Orphacode	0..*	Požadované
A.2.1.1.5	Dokument	Fotokopie dokumentu či elektronický dokument s projeveným přáním pacienta mající náležitosti požadované zákonem		1..1	Požadované

TABULKA 14: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST URGENTNÍ INFORMACE

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.2	Urgentní informace			1..1	Povinné
A.2.2.1	Alergie a intolerance	Záznam alergie a intolerance je povinný. U pacientů, bez alergie či intolerance je nutné tento fakt explicitně vyjádřit příslušným kódem		1..*	Povinné
A.2.2.1.1	Popis alergie	Textové doplnění informací volným textem, Je určeno pro zápis informací, které nelze strukturovaně.		0..1	Volitelné
A.2.2.1.2	Původce	Látka, skupina látek nebo faktor prostředí, na které je pacient alergický nebo přecitlivělý. Původce je možné vyjádřit pomocí kódu substance, ATC skupiny nebo kódu produktu SÚKL (v případě léčivých přípravků).	SNOMED CT ATC DLP	1..1	Povinné

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.2.1.3	Typ reakce	Typ (mechanismus) reakce: alergie, intolerance, nealergická hypersenzitivita.	SNOMED CT	0..1	Požadované
A.2.2.1.4	Reakce	Dosud známé projevy reakce na expozici pacienta původci, textem nebo kódem, včetně možnosti uvést způsobu expozice a závažnost projevu.	SNOMED CT	0..*	Požadované
A.2.2.1.5	Riziko	Stupeň závažnosti je definován jako „potenciální závažnost budoucích reakcí“. Stupeň závažnosti představuje klinické hodnocení nejhoršího scénáře budoucí reakce. Může být založeno na závažnosti minulých reakcí a na stupni ohrožení pacienta.	SNOMED CT	0..1	Požadované
A.2.2.1.6	Počátek období projevu	Datum nebo období, ve kterém byla alergie nebo jiná nežádoucí reakce zaznamenána či klinicky stanovena. Může to být přesné datum a čas nebo hrubý údaj o datu (například pouze rok nebo měsíc a rok) nebo vyjádření pomocí kódu věkové fáze (dětství, adolescence apod.), resp. časového intervalu (2001 - 2005 apod.)	Věková skupina	0..1	Požadované
A.2.2.1.7	Konec období projevu	Datum nebo období, ve kterém byly projevy alergie nebo jiné nežádoucí reakce potlačeny nebo klinicky vyloučeny.		0..1	Požadované
A.2.2.1.8	Stav	„Klinický stav“ vyjadřuje aktuální stav dispozice pacienta k nežádoucí reakci.	Aktivní, neaktivní, ...	0..1	Požadované
A.2.2.1.9	Míra jistoty	Umožňuje vyjádřit míru jistoty zapisujícího lékaře ve vztahu k údajům uvedeným v modelu alergie.	SNOMED CT	0..1	Požadované
A.2.2.1.10	Poslední projev	Datum (a čas) poslední známé reakce (projevu).		0..1	Volitelné
A.2.2.2	Varování			0..*	Požadované
A.2.2.2.1	Označení varování	Název charakterizující typ či předmět varování		0..1	Požadované
A.2.2.2.3	Onemocnění či stav	Stav či onemocnění, které je zdrojem/příčinou pro varování.	MKN-10 Orphacode	0..*	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.2.2.4	Specializovaný lékař	Kontaktní informace na specialistu, u kterého je pacient v péči - týká se především pacientů se vzácným onemocněním.		0..*	Požadované
A.2.2.2.5	Komentář	Komentář/popis varování volným textem		0..1	Volitelné
A.2.2.2.6	Úroveň	Úroveň závažnosti varování	SNOMED CT	0..1	Požadované
A.2.2.2.7	Období platnosti varování	Umožňuje vyjádřit období ve kterém bylo varování aktivní. Týká se přechodných stavů.		0..1	Požadované

TABULKA 15: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST KONTAKT SE ZDRAVOTNÍMI SLUŽBAMI

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.3	Kontakt se zdravotními službami			1..1	Povinné
A.2.3.1	Typ kontaktu	Typ kontaktu (hospitalizace) - jednodenní, standardní.	Výběr hodnot z terminologie hl7.v3-ActEncounterCode	1..1	Povinné
A.2.3.2	Poznámka k hospitalizaci	Poznámka k hospitalizaci volným textem.		0..1	Volitelné
A.2.3.3	Příjem	Informace o příjmu		1..1	Povinné
A.2.3.3.1	Urgentnost přijetí	Akutní nebo plánovaný příjem	UZIS_Prijeti	0..1	Požadované
A.2.3.3.2	Datum a čas přijetí	Datum a čas hospitalizace		1..1	Povinné
A.2.3.3.3	Přijímající lékař - Id	Identifikátor přijímajícího lékaře dle NRZP.		0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.3.3.4	Přijímající lékař - jméno	Jméno a příjmení přijímajícího lékaře		0..1	Požadované
A.2.3.3.5	Zdroj přijetí	Zdroj/doporučení k přijetí specifikuje odkud pacient do zařízení přišel, resp. kdo jej k hospitalizaci doporučil.	UZIS DoporučeníHospitalizace	0..1	Požadované
A.2.3.3.6	Doporučující lékař - Id	Identifikátor odesílajícího lékaře dle NRZP.		0..1	Požadované
A.2.3.3.7	Doporučující lékař - jméno	Jméno a příjmení odesílajícího lékaře		0..1	Požadované
A.2.3.3.8	Doporučující zařízení	Id, název poskytovatele a kontaktní informace		0..1	Požadované
A.2.3.4	Důvod přijetí			1..1	Povinné
A.2.3.4.1	Důvod přijetí - kód	Důvod přijetí textem a/nebo kódem problému, nálezu či procedury.	MKN-10 Orphacode	0..*	Požadované
A.2.3.4.2	Důvod přijetí - komentář	Komentář k důvodu přijetí.		0..1	Volitelné
A.2.3.4.3	Právní okolnosti přijetí	Právní okolnosti přijetí kódem a př. také textem.	PrávníOkolnostiHospitalizace	0..1	Požadované
A.2.3.5	Propuštění				Povinné
A.2.3.5.1	Datum a čas propuštění	Datum a čas propuštění		1..1	Povinné
A.2.3.5.2	Cíl propuštění	Klasifikace místa, kam byl pacient propuštěn/přeložen (ambulantní zdravotnické služby, zařízení následné a dlouhodobé péče, agentury domácí péče).	http://terminology.hl7.org/CodeSystem/discharge-disposition	0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.3.5.3	Propuštěn kam	Identifikace organizace a adresa místa, kam byl pacient propuštěn/přeložen.		0..1	Požadované
A.2.3.6	Pobyt na oddělení			0..*	Požadované
A.2.3.6.1	od do	Období pobytu na oddělení		1..1	Povinné
A.2.3.6.2	Identifikátor oddělení	Úplný kód pracoviště/oddělení dle NRPZS		0..1	Požadované
A.2.3.6.3	Název oddělení	Název oddělení		1..1	Povinné
A.2.3.6.4	Kontakty	Adresa a telekomunikační kontakty		1..*	Požadované

TABULKA 16: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST STAV PŘI PŘIJETÍ

#	Národní Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.4	Stav při přijetí			0..1	Volitelné
A.2.4.1	Objektivní nález			0..1	Volitelné
A.2.4.1.1	Datum a čas	Datum a čas vyšetření pacienta lékařem v průběhu jeho přijímání k hospitalizaci		0..1	Volitelné
A.2.4.1.2	Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Volitelné
A.2.4.1.3	Antropometrické údaje	Výsledky antropometrických měření pacienta: • Požadované: výška, hmotnost, BMI (automatický výpočet z uvedených hodnot) • Volitelné: obvod hlavy, hrudníku, břicha...		0..*	Volitelné

#	Národní Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.4.1.3.1	Výsledek vyšetření textem	Textový popis výsledku vyšetření		0..1	Požadované
A.2.4.1.3.2	Parametrický záznam vyšetření	Parametrický zápis výsledku vyšetření		0..1	Volitelné
A.2.4.1.3.2.1	Popis vyšetření	Popis vyšetření včetně kódu vyšetření, vyšetřované oblasti či vzorku, datum a čas odběru vzorku.	SNOMED CT << 1153637007 Body height (observable entity) OR << 27113001 Body weight (observable entity) OR 60621009 Body mass index (observable entity) OR 363812007 Head circumference (observable entity) OR 248366000 Chest circumference (observable entity) OR 276361009 Waist circumference (observable entity)	1..1	Povinné
A.2.4.1.3.2.2	Výsledek vyšetření formalizovaný	Výsledek vyšetření textem a/nebo ve formě číselných a kódovaných výsledků měření. Obsah výsledku vyšetření se bude lišit podle typu vyšetření.	UCUM (jednotky měření)	1..1	Povinné
A.2.4.1.3.3	Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Volitelné
A.2.4.1.4	Základní životní funkce	Výsledky měření základních životních funkcí pacienta: • Požadované: Tepová frekvence, dechová frekvence, TK s uvedením strany měření • Volitelné: Saturace O ₂		0..*	Volitelné
A.2.4.1.4.1	Typ vyšetření	Klasifikace typu vyšetření. Zde fixní hodnota "vital-signs"	http://hl7.org/fhir/ValueSet/observation-category-fixed-value "vital-signs"	1..1	Povinné

#	Národní Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.4.1.4.2	Výsledek vyšetření textem	Textový popis výsledku vyšetření		0..1	Volitelné
A.2.4.1.4.3	Parametrický záznam vyšetření	Parametrický zápis výsledku vyšetření		0..1	Volitelné
A.2.4.1.4.3.1	Popis vyšetření	Popis vyšetření včetně kódu vyšetření, vyšetřované oblasti či vzorku, datum a čas odběru vzorku.	SNOMED CT 364075005 Heart rate (observable entity) OR 86290005 Respiratory rate (observable entity) OR 271649006 Systolic blood pressure (observable entity) OR 271650006 Diastolic blood pressure (observable entity) OR 386725007 Body temperature (observable entity) OR 103228002 Hemoglobin saturation with oxygen (observable entity)	1..1	Povinné
A.2.4.1.4.3.2	Výsledek vyšetření formalizovaný	Výsledek vyšetření textem a/nebo ve formě číselných a kódovaných výsledků měření. Dále podrobnosti o tom, jak byly testy provedeny k získání výsledných hodnot, informace o referenčních rozmezích a interpretaci výsledku. Obsah výsledku vyšetření se bude lišit podle typu vyšetření.	UCUM (jednotky měření)	1..1	Požadované
A.2.4.1.4.4	Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Požadované
A.2.4.1.5	Somatické vyšetření	Vyšetření pomocí smyslů vyšetřujícího (pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem) a posuzování, zda se takto zjištěné nálezy odchyľují od normy. Pokud ano, označujeme tyto odchylky jako objektivní příznaky (angl. signs).		0..1	Volitelné

#	Národní Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.4.1.5.1	Výsledek vyšetření textem	Textový popis výsledku vyšetření		1..1	Požadované
A.2.4.1.5.2	Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Volitelné
A.2.4.2	Funkční stav	Funkční stav lze hodnotit několika různými způsoby, obvykle se zaměřením na schopnosti osoby vykonávat základní aktivity každodenního života (ADL), které zahrnují základní sebeobsluhu, jako je koupání, krmení a toaleta a instrumentální aktivity každodenního života (IADL), které zahrnují činnosti jako vaření, nakupování a řízení vlastních záležitostí.		0..1	Volitelné
A.2.4.2.1	Datum a čas	Datum a čas hodnocení funkčního stavu pacienta.		1..1	Volitelné
A.2.4.2.2	Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Volitelné
A.2.4.2.3	Popis	Textový popis funkčního stavu pacienta		0..1	Volitelné
A.2.4.2.4	Hodnocení formalizované	Formalizované hodnocení funkčního stavu pacienta dle jednotlivých hodnotících kategorií zvoleného systému hodnocení (např. MKF)		0..*	Volitelné
A.2.4.2.4.1	Datum vzniku	Datum vzniku funkčního omezení		0..1	Požadované
A.2.4.2.4.2	Výsledek vyšetření textem	Výsledek vyšetření volným textem.		0..1	Volitelné

#	Národní Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.4.2.4.3	Popis vyšetření	Popis vyšetření včetně kódu. Jako výchozí systém pro hodnocení funkčního stavu byl zvolen mezinárodní klasifikační systém MKF. Další typy hodnotících škál mohou být doplněny v budoucích verzích standardu na základě potřeby a konsenzu odborné veřejnosti.	MKF	1..1	Požadované
A.2.4.2.4.4	Výsledek vyšetření formalizovaný	Výsledek hodnocení funkčního stavu v dané kategorii hodnocení.	MKF	1..1	Požadované

TABULKA 17: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST STAV PŘI PŘIJETÍ

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6	Anamnéza			0..1	Požadované
A.2.6.1	Osobní			1..1	Požadované
A.2.6.1.1	Historie zdravotních problémů	Historie zdravotních problémů jiných, než je nynější onemocnění (které je součástí klinického shrnutí).		1..*	Požadované
A.2.6.1.1.1	Popis problému	Popis problému textem		1..1	Povinné
A.2.6.1.1.2	Kód	Formalizované vyjádření zdravotního problému kódem (klasifikace).	MKN-10 Orphacode IPS Absent or Unknown Problems MKN-O	0..*	Volitelné
A.2.6.1.1.3	Datum vzniku	Datum či částečné datum případně věková kategorie vzniku onemocnění		1..1	Požadované
A.2.6.1.1.4	Datum vyřešení či remise	Datum či částečné datum případně věková kategorie vyřešení či ustoupení problému do remise. Problémy jejichž klinický stav je "aktivní" nemají tento údaj vyplněn.		0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.1.1.5	Klinický stav problému	Klasifikace klinického stavu problému (aktivní, neaktivní).	hl7:condition-clinical	0..1	Volitelné
A.2.6.1.1.6	Okolnosti vyřešení	Důvod, pro který se stav problému změnil na neaktivní. Takovým důvodem může být např. chirurgický zákrok, lékařské ošetření apod. Toto pole obsahuje „volný text“, který se uvádí pouze pokud nejsou okolnosti řešení zahrnuty v jiných oblastech PZ (výkony, implantáty apod.) Např. jaterní cystektomie bude okolností řešení problému „jaterní cysta“ a bude zahrnuta do chirurgických výkonů.		0..1	Volitelné
A.2.6.1.1.7	Závažnost	Subjektivní hodnocení závažnosti problému klinikem.	-	0..1	Volitelné
A.2.6.1.1.8	Stadium onemocnění	Stadium/grading problému dle zvolené škály textem a/nebo kódem	TNM	0..*	Volitelné
A.2.6.1.2	Historie zdravotních pomůcek a implantátů	Historie implantátů a zdravotních pomůcek. Pokud je sekce prázdná, musí být explicitně uveden důvod pomocí kódového systému IPS Absent and Unknown Data		1..*	Požadované
A.2.6.1.2.1	Popis zdravotnického prostředku	Popis zdravotnického prostředku (implantovaného či externího) volným textem a/nebo kódem.	SNOMED CT < 63653004 Biomedical device (physical object) OR eHDSIDevice OR IPS Absent or Unknown Devices	1..1	Povinné
A.2.6.1.2.2	Identifikátor prostředku	Normalizovaný identifikátor, např. UDI, dle nařízení EU 2017/745		0..1	Volitelné
A.2.6.1.2.3	Datum zavedení	Datum implantace či počátku užívání zdravotnického prostředku. Může být uvedeno i přibližné datum, pokud přesné datum není známo.		1..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.1.2.4	Datum odstranění	Datum explantace či ukončení užívání zdravotnického prostředku. Může být uvedeno i přibližné datum, pokud přesné datum není známo.		0..1	Požadované
A.2.6.1.2.5	Důvod použití	Klinický důvod zavedení zdravotnického prostředku (indikace) vyjádřený textem a/nebo kódem zdravotního problému.	MKN-10 Orphacode	0..1	Volitelné
A.2.6.1.3	Významné výkony	Významné výkony, jejichž výsledek ovlivňuje možnosti a způsoby poskytování zdravotní péče nebo může ovlivnit diagnostické metody (jejich proveditelnost a hodnocení).		0..*	Požadované
A.2.6.1.3.1	Kód výkonu	Kód výkonu	SNOMED CT < 71388002 Procedure (procedure)	0..1	Volitelné
A.2.6.1.3.2	Popis procedury	Popis výkonu volným textem.		1..1	Povinné
A.2.6.1.3.3	Lokalizace	Anatomická lokace a strana výkonu s použitím řízené terminologie.	SNOMED CT < 442083009 Anatomical or acquired body structure (body structure)	0..1	Volitelné
A.2.6.1.3.4	Datum provedení	Datum provedení výkonu i částečné		0..1	Požadované
A.2.6.1.3.5	Důvod provedení	Důvod provedení výkonu textem nebo kódem	MKN-10 Orphacode	0..1	Požadované
A.2.6.1.3.6	Výsledek	Formalizované vyjádření výsledku výkonu. Aplikovatelné především na chirurgické výkony.	SNOMED CT 385669000 Úspěšný 385671000 Neúspěšný 385670004 Částečně úspěšný	0..1	Volitelné
A.2.6.1.3.7	Použitý zdravotnický prostředek	Zdravotnický prostředek, který byl implantován, odstraněn nebo s ním bylo jinak manipulováno (kalibrace, výměna baterie, nasazení protézy, připevnění vaku na ránu atd.) v průběhu procedury.		0..*	Volitelné

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.1.4	Očkování	Historie očkování		0..*	Požadované
A.2.6.1.4.1	Onemocnění či původce	Onemocnění či původce onemocnění proti kterému očkování vytváří ochranu.	MKN-10 SNOMED CT	0..*	Volitelné
A.2.6.1.4.2	Typ vakcíny	Typ vakcíny vyjádřený kódem.	eHDSIVaccine LOCTO	1..1	Požadované
A.2.6.1.4.3	Kód SÚKL	Kód vakcíny dle databáze SÚKL	DLP	1..1	Volitelné
A.2.6.1.4.4	Očkovací látka	Registrovaný název podané vakcíny dle databáze léčivých přípravků (DLP) SÚKL.		0..1	Volitelné
A.2.6.1.4.5	Držitel rozhodnutí	Výrobce vakcíny či držitel rozhodnutí o registraci	DLP	0..1	Volitelné
A.2.6.1.4.6	Pořadové číslo dávky	Pořadové číslo dávky		0..1	Požadované
A.2.6.1.4.7	Datum podané dávky	Přesné nebo přibližné datum podání.		1..1	Požadované
A.2.6.1.4.8	Datum příští vakcinace	Datum doporučeného přeočkování/podání další dávky		0..1	Požadované
A.2.6.1.5	Epidemiologická anamnéza	Cestovatelská anamnéza a infekční kontakty.		0..1	Požadované
A.2.6.1.5.1	Infekční kontakty	Infekční kontakty pacienta		0..*	Požadované
A.2.6.1.5.1.1	Období	Období trvání infekčního kontaktu.		0..1	Požadované
A.2.6.1.5.1.2	Infekční onemocnění či agens	Infekce, které byl pacient potenciálně vystaven.	MKN-10 kapitola 1	0..*	Požadované
A.2.6.1.5.1.3	Vzdálenost	Typ expozice či vzdálenost od pravděpodobného zdroje infekce, vyjádřená textem nebo kódem.	SNOMED CT 255589003 Direct 255541007 Indirect	0..1	Požadované
A.2.6.1.5.1.4	Země	Země, ve které došlo k potenciálně infekčnímu kontaktu.	ISO 3166	0..1	Požadované
A.2.6.1.5.1.5	Komentář	Textová poznámka obsahující poznámky či podrobnosti o infekčním kontaktu a jeho okolnostech.		0..1	Požadované
A.2.6.1.5.2	Cestovatelská anamnéza	Cestovatelská anamnéza.		0..*	Volitelné
A.2.6.1.5.2.1	Období	Přesné či přibližné období pobytu.		0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.1.5.2.2	Země	Navštívená země.	ISO 3166	1..1	Povinné
A.2.6.1.5.2.3	Komentář	Poznámky k pobytu.		0..1	Požadované
A.2.6.2	Rodinná anamnéza	Informace o závažných onemocněních u blízkých pokrevně příbuzných se známým nebo předpokládaným genetickým potenciálem nebo s možným vlivem na péči o pacienta.		0..*	Volitelné
A.2.6.2.1	Vztah k pacientovi	Vztah osoby k pacientovi.	http://terminology.hl7.org/CodeSystem/v3-RoleCode where concept is-a PersonalRelationshipRoleType	0..1	Požadované
A.2.6.2.2	Datum narození	Přesné či přibližné datum narození.		0..1	Volitelné
A.2.6.2.3	Věk úmrtí	Věk nebo datum úmrtí.		0..1	Volitelné
A.2.6.2.4	Vzdělání	Dosažené vzdělání	hl7: v3.EducationLevel	0..1	Volitelné
A.2.6.2.5	Zdravotní problémy	Zdravotní problémy, jimiž osoba trpí či trpěla.	MKN-10	0..*	Požadované
A.2.6.2.6	Důvod úmrtí	Příčina úmrtí.	MKN-10	0..1	Volitelné
A.2.6.3	Sociální anamnéza			0..1	Volitelné
A.2.6.3.1	Společenské uplatnění	Společenské zapojení zahrnující popis pracovních aktivit či dobrovolné činnosti, sociální síť pacienta, hobby a koníčky, kterým se věnuje ve volném čase.		0..1	Volitelné
A.2.6.3.1.1	Pracovní zapojení	Pracovním zapojením je myšlena práce v nejširším slova smyslu: činnosti, které přispívají samotnému člověku, jeho okolí nebo společnosti. To zahrnuje placenou i neplacenou práci.		0..1	Požadované
A.2.6.3.1.2	Koníčky	Záliby, kterým se věnuje ve volném čase.		0..1	Požadované
A.2.6.3.1.3	Sociální síť	Popis sociální sítě pacienta, jako je rodina, sousedé a přátelé.		0..1	Požadované
A.2.6.3.2	Vzdělání			0..1	Volitelné
A.2.6.3.2.1	Dosažený stupeň vzdělání	Stupeň dosaženého vzdělání	hl7:v3.EducationLevel	0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.3.2.2	Komentář	Upřesnění ve formě volného textu, pokud je relevantní. Např. Studuje zdravotní školu apod.		0..1	Požadované
A.2.6.3.3	Bydlení	Způsob bydlení, přizpůsobení a překážky s ohledem na zdravotní situaci.		0..1	Volitelné
A.2.6.3.3.1	Způsob bydlení	Druh bydlení ve kterém pacient žije	SNOMED CT < 365508006 Finding of residence and accommodation circumstances (finding)	0..1	Požadované
A.2.6.3.3.2	Přizpůsobení	Úpravy přítomné v domácnosti, které byly provedeny v souvislosti s nemocí nebo postižením, aby bylo fungování pacienta bezpečnější a pohodlnější a umožnilo nezávislý život.	SNOMED CT 467158009 Bath/shower chair 465153004 Stairlift, chair 465302005 Assistive toilet 705401004 Assistive bed 705390009 Home and premises assistive furnishing/adaptation 360303004 Hand rail	0..*	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.3.3.3	Bariéry	Podmínky, které mají vliv na bezbariérovost domova nebo pobyt v domově.	SNOMED CT 160708008 Stairs in house 609241003 Lives in apartment with elevator access 715758005 Access to residence by stairs 424948003 Obstructed means of residential entrance 423155007 Housing contains structural barriers to movement 424661000 Cluttered living space 424415008 Dirty living conditions 224152001 Keeps pets 423527000 Unsafe floor covering	0..*	Požadované
A.2.6.3.4	Rodinná situace	Podrobnosti rodinné situace		0..1	Volitelné
A.2.6.3.4.1	Komentář	Komentář k rodinné situaci		0..1	Požadované
A.2.6.3.4.2	Složení rodiny	Složení rodiny vyjádřené kódem	SNOMED CT < 365481000 Finding of household composition (finding)	0..1	Požadované
A.2.6.3.4.3	Rodinný stav	Rodinný stav	hl7: v3-MaritalStatus	0..1	Požadované
A.2.6.3.4.4	Počet dětí	Celkový počet dětí, které pacient má včetně nevlastních dětí, dětí v pěstounské péči, vlastních (biologických) a adoptovaných dětí.		0..1	Požadované
A.2.6.3.4.5	Počet dětí ve společné domácnosti	Počet dětí žijících s pacientem ve společné domácnosti.			Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.3.4.6	Podrobnosti o dítěti	Pro každé dítě: datum narození, příznak spolubydlení, komentář.		0..*	Volitelné
A.2.6.3.4.7	Pečuje o	Činnosti, které pacient vykonává při péči o závislého člena rodiny.		0..*	Požadované
A.2.6.4	Abusus	Informace o pravidelném kouření (užívání tabáku), alkoholu a používání náhradních způsobů vč. údaje o množství a době expozice. Informace o užívání jiných návykových látek.		0..1	Volitelné
A.2.6.4.1	Alkohol	Konzumace alkoholu		0..*	Volitelné
A.2.6.4.1.1	Stav	Aktuální stav	SNOMED CT 219006 Current drinker of alcohol 105542008 Current non-drinker of alcohol 82581004 Ex-drinker 783261004 Lifetime non-drinker of alcohol	0..1	Požadované
A.2.6.4.1.2	Období a množství	Období a množství		0..*	Požadované
A.2.6.4.1.3	Komentář	Komentář volným textem.		0..1	Požadované
A.2.6.4.2	Kouření	Kouření		0..*	Volitelné

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.4.2.1	Stav	Stav kouření kódem	SNOMED CT 449868002 Smokes every day 230059006 Occasional cigarette smoker (finding) 43381005 Passive smoker (finding) 8517006 Ex-smoker (finding) 405746006 Current non smoker but past smoking history unknown (finding) 266919005 Never smoked tobacco (finding)	0..1	Požadované
A.2.6.4.2.2	Období a množství	Období a průměrné množství.		0..*	Požadované
A.2.6.4.2.3	Komentář	Komentář volným textem.		0..1	Požadované
A.2.6.4.3	Drogy	Drogová závislost		0..*	Volitelné
A.2.6.4.3.1	Stav	Aktuální stav drogové závislosti	SNOMED CT 417284009 Current drug user (finding) 228367002 Does not misuse drugs (situation) 228368007 Has never misused drugs (situation) 44870007 Misused drugs in past (finding)	0..1	Požadované
A.2.6.4.3.2	Období a množství	Období a množství/kvantifikace aplikovaných dávek		0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.6.4.3.3	Typ látky	Typ užívané látky	SNOMED CT Heroin (substance) 387341002 Benzodiazepine (substance) 372664007 Methadone (substance) 387286002 Hydroxybutyric acid (substance) 62821004 Cocaine (substance) 387085005 Cocaine freebase (substance) 229003004 Methylenedioxymethampheta mine (substance) 288459003 Amphetamine (substance) 703842006 Cannabis (substance) 398705004 Hallucinogenic mushrooms (substance) 229006007 Lysergic acid diethylamide (substance) 15698006 Ketamine (substance) 373464007 Phencyclidine (substance) 9721008 Methamphetamine (substance) 387499002 Anabolic steroid (substance) 111151007 Laxative (substance) 372800002 Buprenorphine (substance) 387173000	0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
			Fentanyl (substance) 373492002 Barbiturate (substance) 372798009		
A.2.6.4.3.4	Způsob podávání	Způsob administrace látky	EROUTEADM	0..*	Požadované
A.2.6.4.3.5	Komentář	Komentář volným textem.		0..1	Požadované
A.2.6.4.4	Závislosti	Typ jiné závislosti vyjádřený volným textem nebo kódem onemocnění.	MKN-10	0..*	Volitelné

TABULKA 18: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST PRŮBĚH HOSPITALIZACE

#	Národní koncept	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.7	Průběh hospitalizace			1..1	Povinné
A.2.7.1	Diagnostický souhrn	Diagnostický souhrn obsahuje všechny problémy/diagnózy, které měly vliv na péči během daného hospitalizačního případu či je důležité je zaznamenat z důvodu zajištění kontinuity péče. Diagnostický souhrn rozlišuje, v souladu s mezinárodním doporučením, problémy/diagnózy aktivní, problémy vzniklé v průběhu hospitalizace a neaktivní problémy/diagnózy. Diagnostický souhrn obsahuje všechny stavy tak, jak byly rozpoznány na konci hospitalizace, po všech vyšetřeních.		1..*	Požadované
A.2.7.1.1	Popis problému	Popis problému textem		1..1	Povinné
A.2.7.1.2	Kód	Formalizované vyjádření zdravotního problému kódem (klasifikace).	MKN-10 MKN-O Orphacode	0..1	Požadované

#	Národní koncept	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.7.1.3	Datum vzniku	Datum vzniku onemocnění. Přesné nebo přibližné datum.		1..1	Požadované
A.2.7.1.4	Datum vyřešení či remise	Datum vyřešení či ustoupení problému do remise. Problémy jejichž klinický stav je "aktivní" nemají tento údaj vyplněn.		0..1	Požadované
A.2.7.1.5	Kategorie problému	Klasifikace problému z hlediska vlivu na průběh hospitalizace.	Komplikace (problém vzniklý v průběhu hospitalizace), hlavní (aktivní) problém řešený v průběhu hospitalizace, vedlejší (aktivní či neaktivní komorbidita) problém neřešený či nemající vliv na průběh hospitalizace.	0..1	Požadované
A.2.7.1.6	Klinický stav	Klinický stav problému (aktivní, neaktivní, v remisi, vyřešený, neznámý)	http://hl7.org/fhir/ValueSet/condition-clinical	1..1	Požadované
A.2.7.1.7	Okolnosti vyřešení	Důvod, pro který se stav problému změnil na neaktivní. Takovým důvodem může být např. chirurgický zákrok, lékařské ošetření apod. Toto pole obsahuje „volný text“, který se uvádí pouze pokud nejsou okolnosti řešení zahrnuty v jiných oblastech PZ (výkony, implantáty apod.) Např. resekce jater cystektomie bude okolností řešení problému „jaterní cysta“ a bude zahrnuta do chirurgických výkonů.		0..1	Volitelné
A.2.7.1.8	Závažnost	Subjektivní hodnocení závažnosti problému klinikem.	hl7:condition-severity	0..1	Volitelné

#	Národní koncept	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.7.1.9	Stadium onemocnění	Stadium/grading problému dle zvolené škály textem a/nebo kódem. Jako výchozí byla zvolena klasifikace TNM - klasifikace zhoubných novotvarů a mezinárodní klasifikace nemocí pro onkologii. Další systémy klasifikace stupně či stadia onemocnění mohou být doplněny dle klinických potřeb a na základě konsensu odborné veřejnosti.	TNM MKN-O	0..*	Volitelné
A.2.7.2	Významné výkony (procedury)	Operace a ostatní „instrumentální“ intervence (endoskopické, intravaskulární) provedené v průběhu hospitalizace a významné pro kontinuitu péče. Do této sekce nepatří čistě diagnostické výkony (MRI, CT a pod.). Pokud nebyl proveden žádný významný výkon, musí být tento fakt explicitně uveden pomocí kódu IPS Absent and Unknown Data.		1..*	Požadované
A.2.7.2.1	Kód výkonu	Kód výkonu ve zvoleném kódovém systému	SNOMED CT Seznam výkonů ICHI	0..*	Volitelné
A.2.7.2.2	Popis procedury	Popis výkonu volným textem.		1..1	Povinné
A.2.7.2.3	Lokalizace	Anatomická lokace a strana výkonu s použitím řízené terminologie.	SNOMED CT < 442083009 Anatomical or acquired body structure (body structure)	0..1	Požadované
A.2.7.2.4	Datum provedení	Datum provedení výkonu		1..1	Požadované
A.2.7.2.5	Důvod provedení	Důvod provedení výkonu textem nebo kódem	MKN-10 Orphacode	0..1	Požadované
A.2.7.2.6	Výsledek	Formalizované vyjádření výsledku výkonu. Aplikovatelné především na chirurgické výkony.	385669000 Úspěšný 385671000 Neúspěšný 385670004 Částečně úspěšný	0..1	Volitelné

#	Národní koncept	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.7.2.7	Komplikace	Komplikace spojené s výkonem (v průběhu výkonu či bezprostředně po něm).	MKN-10 Orphacode	0..*	Požadované
A.2.7.2.8	Cílový zdravotnický prostředek	Odkaz na zdravotnický prostředek, který byl implantován, odstraněn nebo s ním bylo jinak manipulováno (kalibrace, výměna baterie, nasazení protézy atd.) v průběhu procedury.		0..*	Požadované
A.2.7.3	Zdravotní pomůcky a implantáty	Zavedené implantáty a používané zdravotní pomůcky (zdravotnické prostředky), které ovlivňují nebo mohou ovlivňovat poskytování zdravotních služeb (diagnostiku i léčbu). Dále také zdravotnické prostředky odebrané v průběhu hospitalizace. Pokud je sekce prázdná, musí být explicitně uveden důvod pomocí kódového systému IPS Absent and Unknown Data		1..*	Požadované
A.2.7.3.1	Popis zdravotnického prostředku	Popis zdravotnického prostředku (implantovaného či externího) volným textem a/nebo kódem.	ENAHRADY IPS Absent or Unknown Devices	1..1	Povinné
A.2.7.3.2	Identifikátor prostředku	Normalizovaný identifikátor, např. UDI, dle nařízení EU 2017/745		0..1	Volitelné
A.2.7.3.3	Datum zavedení	Datum implantace či počátku užívání zdravotnického prostředku. Může být uvedeno i přibližné datum, pokud přesné datum není známo.		1..1	Požadované
A.2.7.3.4	Datum odstranění	Datum explantace či ukončení užívání zdravotnického prostředku. Může být uvedeno i přibližné datum, pokud přesné datum není známo.		0..1	Požadované
A.2.7.3.5	Důvod použití	Klinický důvod zavedení či odstranění zdravotnického prostředku vyjádřený textem a/nebo kódem zdravotního problému.	MKN-10 Orphacode	0..1	Volitelné

#	Národní koncept	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.7.4	Další významná léčba	Poskytnutá léčba, kterou nelze jednoznačně označit za významný výkon (ve smyslu předchozí definice), ale je významná – typicky chemoterapie, radioterapie, očišťovací metody (dialýza, hemoperfuze), metody podpory oběhu (kontrapulzace apod.), podání krevních derivátů případně další.		0..*	Volitelné
A.2.7.4.1	Popis procedury	Popis výkonu volným textem.		1..1	Povinné
A.2.7.4.2	Lokalizace	Anatomická lokalizace a strana výkonu s použitím řízené terminologie.	SNOMED CT < 442083009 Anatomical or acquired body structure (body structure)	0.1	Požadované
A.2.7.4.3	Datum provedení	Datum provedení výkonu		1..1	Požadované
A.2.7.4.4	Důvod provedení	Důvod provedení výkonu textem nebo kódem	MKN-10 Orphacode	0..1	Požadované
A.2.7.5	Medikace	Vybraná medikamentózní léčba v průběhu hospitalizace. Uvedou se ty léčivé přípravky, jejichž podávání bylo během hospitalizace ukončeno nebo pokračuje po propuštění pouze krátkodobě, přitom znalost jejich podání je významné pro další zdravotní péči (antibiotika kromě zcela rutinních, kortikosteroidy ve vysokých dávkách apod.) Léčivé přípravky, jejichž podávání bylo zahájeno během hospitalizace, ale je doporučeno i po propuštění, budou uvedeny v souhrnné tabulce v bloku Doporučení.		0..*	Požadované
A.2.7.5.1	Indikace	Důvod medikace. Důvod může být popsán textem případně odkazem na zdravotní důvod (zdravotní problém v seznamu problémů).	MKN-10 Orphacode	0..1	Požadované
A.2.7.5.2	Kód SUKL	Kód léčiva dle databáze SÚKL	DLP	1..1	Požadované

#	Národní koncept	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.7.5.3	Název léčivého přípravku	Registrovaný název léčiva dle databáze léčivých přípravků.		1..1	Požadované
A.2.7.5.4	Aktivní látky	Seznam aktivních látek v léčivu odvozený od záznamu HVLP nebo IVLP přípravku v databázi SUKL (DLP). Aktivní látky jsou uváděny názvem a případně také kódem ATC či IDMP dle registru substancí SRS.	ATC (IDMP)	0..*	Volitelné
A.2.7.5.5	Síla	Síla aktivní léčivé látky obsažené v léčivém přípravku. Síla se vyjadřuje ve vztahu k jednotce podání. Např. 500mg v tabletě.	UCUM EDQM Standard terms	0..*	Volitelné
A.2.7.5.6	Forma léčiva	Léková forma obsažená v balení vyjádřená kódem. Např. Sirup, tableta apod.	DLP_formy	0..1	Volitelné
A.2.7.5.7	Dávkování	Frekvence a počet jednotek podání volným textem nebo formalizovaně.		0..*	Volitelné
A.2.7.5.8	Cesta podání	Cesta podání	DLP_cesty	0..1	Volitelné
A.2.7.5.9	Období podávání	Časový interval kdy pacientovi byla, případně nebyla medikace podávána.		0..1	Požadované
A.2.7.6	Výsledky vyšetření	Výsledky významných funkčních, diagnostických a zobrazovacích vyšetření pro zajištění kontinuity péče, provedených v průběhu hospitalizace. Výsledky objednané, ale dosud nedodaných vyšetření (status = "registered") by měly být prezentovány odděleně od výsledků již dodaných.		0..*	Požadované
A.2.7.6.1	Datum a čas vyšetření	Datum a čas, kdy bylo vyšetření provedeno.		1..1	Požadované
A.2.7.6.2	Stav vyšetření	Stav vyšetření (zadáno, předběžné, finální, ...)	hl7:observation-status	1..1	Požadované
A.2.7.6.3	Výsledek vyšetření textem	Textový popis vyšetření a jeho výsledku.		0..1	Volitelné

#	Národní koncept	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.7.6.4	Popis vyšetření	Popis typu vyšetření textem a/nebo kódem. Popis typu vzorku, datum a čas odběru, pokud jde o vzorek	NČLP SNOMED CT RADLEX	1..1	Požadované
A.2.7.6.5	Výsledek vyšetření formalizovaný	Formalizované vyjádření výsledku vyšetření obsahující výslednou hodnotu (kód, text, číselnou hodnotu), jednotku měření a interpretaci, případně také odpovídající referenční meze. Obsah se bude lišit v závislosti na typu vyšetření.	SNOMED CT NČLP UCUM	0..1	Požadované
A.2.7.6.6	Provedl	Pracovník který provedl vyšetření		0..*	Požadované
A.2.7.7	Klinické shrnutí	Podrobný popis důvodu a průběhu hospitalizace (za celou hospitalizaci) strukturovaný dle jednotlivých problémů. Klinické shrnutí může být zakončeno klinickou úvahou (dif. diagnostika, vysvětlení souvislostí apod.) u klinicky složitých stavů.		1..1	Povinné
A.2.7.7.1	Klinický souhrn problému	Souhrnný popis důvodu a průběhu hospitalizace za konkrétní problém.		1..*	Povinné
A.2.7.7.1.1	Popis problému	Popis problému textem		1..1	Povinné
A.2.7.7.1.2	Důvod a průběh hospitalizace	Podrobný popis důvodu a průběhu hospitalizace (za celou hospitalizaci).		1..1	Povinné
A.2.7.7.2	Klinická úvaha	Klinické shrnutí může být zakončeno klinickou úvahou (dif. diagnostika, vysvětlení souvislostí apod.) u klinicky složitých stavů.		0..1	Volitelné

TABULKA 19: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST STAV PŘI PROPUŠTĚNÍ

Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
Stav při propuštění			1..1	Povinné
Objektivní nález			0..1	Volitelné
Datum a čas	Datum a čas vyšetření pacienta lékařem při propuštění		1..1	Požadované
Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Požadované
Antropometrické údaje	Výsledky antropometrických měření pacienta: • Požadované: výška, hmotnost, BMI (automatický výpočet z uvedených hodnot) • Volitelné: obvod hlavy, hrudníku, břicha...	SNOMED CT NCLP	0..*	Volitelné
Výsledek vyšetření textem	Textový popis výsledku vyšetření		0..1	Volitelné
Parametrický záznam vyšetření	Parametrický zápis výsledku vyšetření		0..1	Volitelné
Popis vyšetření	Popis vyšetření včetně kódu vyšetření, vyšetřované oblasti či vzorku, datum a čas odběru vzorku.	SNOMED CT NCLP	1..1	Povinné
Výsledek vyšetření formalizovaný	Výsledek vyšetření textem a/nebo ve formě číselných a kódovaných výsledků měření. Dále podrobnosti o tom, jak byly testy provedeny k získání výsledných hodnot, informace o referenčních rozmezích a interpretaci výsledku. Obsah výsledku vyšetření se bude lišit podle typu vyšetření.	SNOMED CT UCUM (jednotky měření)	1..1	Požadované
Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Požadované
Základní životní funkce	Výsledky měření základních životních funkcí pacienta: • Požadované: Tepová frekvence, dechová frekvence, TK s uvedením strany měření • Volitelné: Saturace O2	SNOMED CT NCLP	0..*	Volitelné
Výsledek vyšetření textem	Textový popis výsledku vyšetření		0..1	Volitelné

Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
Parametrický záznam vyšetření	Parametrický zápis výsledku vyšetření		0..1	Volitelné
Popis vyšetření	Popis vyšetření včetně kódu vyšetření, vyšetřované oblasti či vzorku, datum a čas odběru vzorku.	SNOMED CT NCLP	1..1	Povinné
Výsledek vyšetření formalizovaný	Výsledek vyšetření textem a/nebo ve formě číselných a kódovaných výsledků měření. Dále podrobnosti o tom, jak byly testy provedeny k získání výsledných hodnot, informace o referenčních rozmezích a interpretaci výsledku. Obsah výsledku vyšetření se bude lišit podle typu vyšetření.	SNOMED CT UCUM (jednotky měření)	1..1	Požadované
Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Požadované
Somatické vyšetření	Vyšetření pomocí smyslů vyšetřujícího (pohledem, poslechem, pohmatem a poklepem) a posuzování, zda se takto zjištěné nálezy odchyľují od normy. Pokud ano, označujeme tyto odchylky jako objektivní příznaky (angl. signs). Somatické vyšetření společně s anamnestickými údaji obvykle umožňuje prvotní diagnostickou a diferenciálně diagnostickou rozvahu a navržení dalšího diagnostického postupu za využití tzv. pomocných vyšetřovacích metod.		0..1	Volitelné
Výsledek vyšetření textem	Textový popis výsledku vyšetření dle orgánových systémů		1..1	Požadované
Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Požadované
Funkční stav při propuštění	Funkční stav lze hodnotit několika různými způsoby, obvykle se zaměřením na schopnosti osoby vykonávat základní aktivity každodenního života (ADL), které zahrnují základní sebeobsluhu, jako je koupání, krmení a toaleta a instrumentální aktivity každodenního života (IADL), které zahrnují činnosti jako vaření, nakupování a řízení vlastních záležitostí.		0..1	Požadované
Datum a čas	Datum a čas hodnocení funkčního stavu pacienta.		1..1	Požadované
Provedl	Identifikuje osobu, která vyšetření provedla nebo je zdrojem informací o výsledku vyšetření. Tato osoba nemusí být totožná s autorem dokumentu.		0..*	Požadované
Popis	Textový popis funkčního stavu pacienta		0..1	Volitelné

Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
Hodnocení formalizované	Formalizované hodnocení funkčního stavu pacienta dle jednotlivých hodnotících kategorií (např. MKF)		0..*	Požadované
Datum vzniku	Datum vzniku funkčního omezení		0..1	Požadované
Výsledek vyšetření textem	Výsledek vyšetření volným textem.		0..1	Volitelné
Popis vyšetření	Popis vyšetření včetně kódu. Jako výchozí systém pro hodnocení funkčního stavu byl zvolen mezinárodní klasifikační systém MKF. Další typy hodnotících škál mohou být doplněny v budoucích verzích standardu na základě potřeby a konsenzu odborné veřejnosti.	MKF	1..1	Požadované
Výsledek vyšetření formalizovaný	Výsledek hodnocení funkčního stavu v dané kategorii hodnocení.	MKF	1..1	Požadované
Poznámka k propuštění	Poznámka k propuštění volným textem		0..1	Volitelné

Tabulka 20: DATOVÁ SADA TĚLA DOKUMENTU – ČÁST DOPORUČENÍ

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.9	Doporučení	Plán péče další doporučení po propuštění.		0..1	Požadované
A.2.9.1	Plán péče	Plán péče po propuštění		0..*	Požadované
A.2.9.1.1	Název	Název plánu péče, např. "Plán péče po endoprotéze kyčelního kloubu".		0..1	Požadované
A.2.9.1.2	Řeší	Onemocnění či stavy, na které se plán vztahuje.	ICD-10 SNOMED CT Orphacode	0..*	Požadované
A.2.9.1.3	Popis doporučení	Popis typu a povahy plánu péče		0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.9.1.4	Období	Období, ve kterém by měl být plán péče realizován.		0..1	Požadované
A.2.9.1.5	Další podrobnosti plánu	Další strukturované informace popisující cíle plánu, složení terapeutického týmu apod.		0..*	Požadované
A.2.9.1.6	Aktivity	Jednotlivé aktivity plánu		0..*	Volitelné
A.2.9.1.6.1	Typ aktivity	Popis aktivity léčebného plánu. Např. Doporučená medikace, požadovaná vyšetření, požadavky na komunikaci, dietní doporučení, režimová opatření, plánované kontroly apod.	hl7:resource-types Appointment CommunicationRequest DeviceRequest MedicationRequest NutritionOrder Task ServiceRequest VisionPrescription	0..1	Požadované
A.2.9.1.6.2	Popis aktivity	Detailní popis plánované aktivity volným textem.		0..1	Požadované
A.2.9.1.6.3	Specifické atributy	Specifické atributy pro jednotlivé typy aktivit.		0..*	Požadované
A.2.9.2	Souhrn medikace	Souhrnná informace o medikaci, doporučené na období po propuštění, s vyznačením, zda se jedná o medikaci změněnou či nově zahájenou. Přehled je oproti dosavadním zvyklostem doplněn o medikaci ukončenou.			Povinné
A.2.9.2.1	Stav	Stav identifikuje změny v medikaci v průběhu hospitalizace. Položka je důležitá pro rozlišení medikace ukončené, změněné či nově podávané v průběhu hospitalizace.	hl7:medication-statement-status	1..1	Požadované
A.2.9.2.2	Indikace	Důvod medikace. Důvod může být popsán textem případně odkazem na zdravotní důvod (zdravotní problém v seznamu problémů).	MKN-10 Orphacode	0..1	Požadované

#	Položka	Popis položky	Kódový systém/sada hodnot	Četnost	Povinnost
A.2.9.2.3	Důvod změny medikace	Důvod změny medikace vyjádřený textem případně kódem (např. Nevhodné/nedostatečné dávkování, interakce léků a pod.)	hl7:reason-medication-status-codes	0..1	Požadované
A.2.9.2.4	Kód SUKL	Kód léčiva dle databáze SÚKL	DLP	1..1	Požadované
A.2.9.2.5	Název léčivého přípravku	Registrovaný název léčiva dle databáze léčivých přípravků.		1..1	Požadované
A.2.9.2.6	Aktivní látky	Seznam aktivních látek v léčivu odvozený od záznamu HVLP nebo IVLP přípravku v databázi SUKL (DLP). Aktivní látky jsou uváděny názvem a případně také kódem ATC či IDMP dle registru substancí SRS.	ATC (IDMP)	0..*	Požadované
A.2.9.2.7	Síla	Síla aktivní léčivé látky obsažené v léčivém přípravku. Síla se vyjadřuje ve vztahu k jednotce podání. Např. 500mg v tabletě.	UCUM EDQM Standard terms	0..*	Požadované
A.2.9.2.8	Forma léčiva	Léková forma obsažená v balení vyjádřená kódem. Např. Sirup, tableta apod.	DLP_formy	0..1	Požadované
A.2.9.2.9	Dávkování	Frekvence a počet jednotek podání volným textem nebo formalizovaně.		0..*	Požadované
A.2.9.2.10	Cesta podání	Cesta podání	DLP_Cesty	0..1	Požadované
A.2.9.2.11	Období podávání	Časový interval kdy pacientovi byla, případně nebyla medikace podávána.		0..1	Požadované
A.2.9.2.12	Délka vybavení	Počet dnů na který byl pacient vybaven léčivem. Vybavením se myslí buď předání léčiva nebo vypsání receptu. Pokud pacient daným léčivem nebyl vybaven (např. pokud má pacient dostatečnou zásobu léčiva), lékař zaznamená hodnotu 0.		1..1	Požadované

Seznam hodnot

Pro všechny kódované položky musí být vytvořen seznam povolených hodnot. Ve výše uvedeném datasetu jsou existující seznamy hodnot zpřístupněny odkazem na příslušnou webovou stránku s obsahem daného seznamu hodnot. U notoricky známých číselníků (MKN-10, NČLP, DLP apod.) jsme odkazy většinou neuváděli. V případě seznamů hodnot založených na terminologii SNOMED CT jsou uvedeny příslušné hierarchie této terminologie, z nichž bude možné seznamy hodnot vybírat. U některých nově navrhovaných kódovaných položek dosud vhodné seznamy hodnot v českém jazyce neexistují a budou předmětem další diskuse s odbornou veřejností. Finální verze seznamů povolených hodnot budou součástí implementační specifikace propouštěcí zprávy.

5.4 Požadavky na aplikace

Požadavky na uživatelské rozhraní

Tvorba strukturované propouštěcí zprávy vyžaduje adekvátní způsob vedení průběžné zdravotnické dokumentace. Řada záznamů ve zdravotnické dokumentaci (příjem pacienta, medikace, výsledky laboratorních vyšetření) jsou již v současných NIS vedeny ve strukturované a kódované podobě. Přesto bude nutné dosáhnout v některých oblastech úprav stávajících informačních systémů.

Tyto úpravy by měly být prováděny s maximálním možným ohledem na kvalitu uživatelského rozhraní a s využitím všech možností současných informačních technologií. To se týká jak editorů volného textu, které by měli zajistit kontrolu syntaxe zápisu, tak formulářů pro zápis jednotlivých informačních položek. Zde lze využít například technologie našeptávání, kdy uživateli jsou nabízeny vhodné terminologické položky na základě zadání části textu, řazení položek ve výběrových seznamech dle různých kritérií, včetně četnosti použití, využití metod umělé inteligence, např. automatizované zpracování přirozeného textu (NLP) apod.

Při správně provedené implementaci bude zadávání informací do formulářů rychlejší než současný zápis volným textem, nehledě na široké možnosti sekundárního využití dat pro potřeby statistiky či klinického výzkumu.

Cílem výše uvedených změn musí být:

- Usnadnění práce s informačními systémy;
- Maximální znovu použitelnost již jednou zadaných či elektronicky získaných informací.

Požadavky na integraci

Základním požadavkem je možnost bezpečného předávání propouštěcí zprávy určeným příjemcům. V širším časovém horizontu pak také možnost vyhledávání a získávání existujících propouštěcích zpráv

oprávněnými příjemci v rámci českého (a také evropského) zdravotnictví. Oba tyto požadavky předpokládají integraci s (aktualizovanou a standardizovanou) stávající či budoucí infrastrukturou umožňující výše uvedené typy elektronické komunikace.

Integrace musí být provedena na úrovni klinických informačních systémů nemocnic, ale také všech potenciálních příjemců PZ. Pro přístup pacientů musí být provedena integrace do patientských, resp. zdravotních portálů krajů, nemocnic či národního portálu elektronického zdravotnictví.

5.6 Technické požadavky

Požadavky na infrastrukturu

Infrastruktura nezbytná pro naplnění integračních požadavků musí nabízet všechny výše uvedené typy zajištěné elektronické komunikace, a to na základě uznávaných a schválených integračních i komunikačních standardů. Této problematice se podrobněji věnuje samostatný výstup (D5.5). Tento požadavek je kategorický, neboť omezuje případný vendor-lock dodavatelů komunikačních řešení.

6. Literatura

- Bergkvist, A. e. (2009). Improved quality in the hospital discharge summary reduces medication errors--LIMM: Landskrona Integrated Medicines Management. *European journal of clinical pharmacology*, 65(10), 1037-46.
- Caleres G, M. S. (2020). Medication Discrepancies in Discharge Summaries and Associated Risk Factors for Elderly Patients with Many Drugs. *Drugs Real World Outcomes*, 53-62.
- E M Macaulay, G. G. (1996). Prospective audit of discharge summaries. *British Journal of Surgery*, 788-790.
- C., T. (2011). Qualité de la communication entre médecins généralistes et hospitaliers à propos des traitements médicamenteux, lors de l'hospitalisation d'un patient [Thèse]. Bordeaux, France: Université de Bordeaux II.
- Kripalani Sunil, L. F. (2007). Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 831-841.
- Lenert, L. A. (2014). Rethinking the discharge summary: a focus on handoff communication. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 393–398.
- Meredith A B Makeham 1, M. M. (2008). Lessons from the TAPS study - communication failures between hospitals and general practices. *Aust Fam Physician*, 735-6.
- (HAS), I. H. (2022). Le volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie permet de tracer sur un même document l'ensemble des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation et à prendre après son hospitalisation. Načteno z <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/volet-medicamenteux-de-la-lettre-de-liaison-la-sortie>
- ÚZIS. (2021). Standardizace propouštěcí zprávy. Pracovní skupina pro standardizaci zdravotnické dokumentace.
- Clanet, R., Bansard, M., Humbert, X., Marie, V., & Raginel, T. (2015). Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique* 27(5):701.
- JAFFRE, A. (2012). Improving hospitalization reporting: the deployment of a priority project of the Assistance Publique-Hôpitaux de Paris within the Paris Seine-Saint-Denis University Hospitals. Renes, France: School of Advanced Studies in Public Health.

- BANSARD Mathieu, C. R. (2017). Proposal of Standardised and Logical Templates for Discharge Letters and Discharge Summaries Sent to General Practitioners. *Santé Publique*, 29, 57-70.
- Kind, A. J. (2008). Documentation of Mandated Discharge Summary Components in Transitions from Acute to Subacute Care. *Advances in Patient Safety*.
- eDischarge Summary - CDA Implementation Guide v3.4. (nedatováno). Načteno z Australian Digital Health Agency: <https://developer.digitalhealth.gov.au/specifications/clinical-documents/ep-1152-2012/nehata-0960-2012>
- NEHTA, Australian Medical Association Council of Doctors-in-Training (AMACDT). (October 2010). Implementing electronic discharge summaries: the JMO perspective. Načteno z https://www.ama.com.au/sites/default/files/documents/AMACDT_discharge_summaries_0.pdf
- GUIDELINES ON REGIONAL IMMEDIATE DISCHARGE DOCUMENTATION FOR PATIENTS BEING DISCHARGED FROM SECONDARY INTO PRIMARY CARE. (June 2011). Načteno z <https://www.rqia.org.uk/RQIA/files/73/734a792f-f9d4-47f0-830f-31f9db51c82a.pdf>
- Unnewehr M, S. B. (2015). Optimizing the quality of hospital discharge summaries--a systematic review and practical tools. *Postgraduate Medicine*, 630-639.
- Australian discharge summary example. (nedatováno). Načteno z <https://www.digitalhealth.gov.au/sites/default/files/assets/cdaExamples/CDADischargeSummary.HTML>
- Australia Hospital Discharge Summary Booklet. (nedatováno). Načteno z Australian Commission on Safety and Quality: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Hospital-Discharge-Summary-Booklet.pdf>
- Healthcare, A. C. (2017). National Guidelines for On-Screen Presentation of Discharge Summaries. Načteno z <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-06/National-guidelines-for-on-screen-presentation-of-discharge-summaries-Sep-2017.pdf>
- SANTÉ, A. (2019). Lettre de liaison à la sortie de l'établissement de santé (LDL-SES). Načteno z https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/CI-SIS_VOLET-INFORMATIONS-DE-LIAISON_20190103_v2.3.pdf
- Paratte Géraldine, D. N. (2020). Discharge letters (Lettres de sortie). Načteno z Swiss Medical Forum: <https://medicalforum.ch/fr/detail/doi/fms.2020.08473>
- (SIGN), S. I. (2013). SIGN 128 • The SIGN discharge document. Načteno z <https://www.sign.ac.uk/media/1066/sign128.pdf>

Bundesgesundheitsagentur. (2012). Načteno z

https://www.elga.gv.at/fileadmin/user_upload/Dokumente_PDF_MP4/CDA/bqll_aufem_2012.pdf