

Jednotná hospitalizační a ambulantní dokumentace

Datum vydání: 29.8.2014

Verze: 08

Počet stran: 38

Autor: Prim. MUDr. Jaromír Meduna

**Schválil: MUDr. Lukáš Velev
Ředitel
Nemocnice Jihlava, p.o**

Obsah

1.	Úvod	4
2.	Odpovědnost	4
3.	Zapisování do zdravotnické dokumentace	4
4.	Ochrana dat	4
5.	Hospitalizační dokumentace	5
5.1	Základní struktura chorobopisu hospitalizovaného pacienta	5
5.1.1	Příjem pacienta a zadání do NIS	6
5.2	Popis jednotlivých hospitalizačních zpráv	7
5.2.1	Sesterská dokumentace – I. hospitalizační zpráva	7
5.2.2	Ošetrovatelský proces – II. hospitalizační zpráva	8
5.2.3	Edukační protokol – III. hospitalizační zpráva	9
5.2.4	Anamnéza – IV. hospitalizační zpráva	9
5.2.5	Status praesens – V. hospitalizační zpráva	10
5.2.6	Informovaný souhlas – VI. hospitalizační zpráva	10
5.2.7	Epikríza – VII. hospitalizační zpráva	12
5.2.8	Diagnóza, výkony, léčebný plán, první dekurs – VIII. hospitalizační zpráva	12
5.2.9	Další hospitalizační zprávy	13
5.3	Zadání ordinací	16
5.3.1	Zadávání medikací a všech dalších ordinací	16
5.3.2	Povolené vzdálení	18
5.3.3	Telefonické ordinace	18
5.4	Další součásti hospitalizační dokumentace	19
5.4.1	Negativní revers	19
5.4.2	Doprovod pacienta	19
5.4.3	Zápis o použití zdravotnického prostředku	19
5.5	Výjimky ze systému centrální dokumentace	20
5.5.1	ARO	20
5.5.2	Gynekologicko – porodnické oddělení	20
5.5.3	Onkologické oddělení	20
5.5.4	Dětské oddělení	21
5.5.5	Rehabilitační oddělení	21
5.5.6	Interní oddělení - Hemodialýza	21
5.6	Vedení dokumentace na operačních sálech	22
5.6.1	Zařazení pacienta do fronty na operaci a práce na operačním sále	22
5.6.2	Zpracování operačního protokolu	22
5.6.3	Operační programy	23
5.6.4	Sesterská dokumentace na operačních sálech	23
6.	Ambulantní dokumentace	24
6.1	Ambulantní a konziliární vyšetření	24
6.1.1	Ambulantní karta	24
6.1.2	Metodika ordinací lékaře na Ambulantním traktu (AT)	25
6.1.3	Záznam negativního reversu do ambulantní dokumentace	25
6.2	Záznam fyzioterapie	25
6.3	Záznam zdravotně – sociálního pracovníka	26
6.3.1	Zadávání pacienta v NIS pro ZSP	26
6.3.2	Záznam ZSP na OGNP	26
6.3.3	Záznam ZSP na OGNP/ sociální lůžka	27
6.4	Záznam nutričního terapeuta	27
6.5	Záznam klinického psychologa	27
6.6	Zápis telefonických konzultací s Antibiotickým střediskem	28
6.7	Výsledky komplementárních vyšetření	28

7.	Standard pro vedení jednotné ošetrovatelské dokumentace	29
7.1	Sesterská dokumentace v NIS.....	29
7.1.1	Sesterská dokumentace – I. hospitalizační zpráva.....	29
7.1.2	Ošetrovatelský proces – II. hospitalizační zpráva.....	30
7.1.3	Edukační protokol – III. hospitalizační zpráva.....	31
7.1.4	Překladová sesterská zpráva – X. hospitalizační zpráva.....	31
7.1.5	Plán činnosti sestry	32
7.1.6	Předávání pacientů	32
7.2	Tištěné formuláře	32
7.3	Deníky	33
7.3.1	Předávání informací o nemocných mezi směny	34
7.3.2	Výjimky	34
7.3.3	Ošetrovatelské standardy	34
8.	Opatření při výpadku provozu NIS	34
9.	Archivace	34
10.	Seznam příloh	36
11.	Seznam formulářů pro zdravotnickou dokumentaci.....	36
12.	Související dokumenty	38

1. Úvod

S účinností od půlnoci **15. 9. 2014** bude v NJ používána aktualizovaná verze jednotné hospitalizační dokumentace pro lékaře i sestry na všech odděleních, s výjimkami uvedenými v [tomto metodickém pokynu](#).

Zdravotnická dokumentace musí být vedena v souladu s § 53, zákona č.372/2011 Sb. a vyhláškou 98/2012 o zdravotnické dokumentaci (ZD).

Zdravotnická dokumentace je přehledný, čitelný, srozumitelný a chronologicky řazený záznam o vývoji zdravotního stavu pacienta včetně vstupních a anamnestických údajů, výsledků laboratorních a klinických vyšetření, doporučení a provedených intervencí. Je vedena v listinné formě a v NIS.

Součástí zdravotnické dokumentace jsou pouze ty formuláře, které byly schváleny a jsou uvedeny na str. 35 tohoto dokumentu.

[zpět na obsah](#)

2. Odpovědnost

Za dodržování níže uvedené metodiky je zodpovědný každý zdravotnický pracovník, který má oprávnění zapisovat do ZD.

Odpovědnost za správné vedení dokumentace a její kontrolu mají primáři jednotlivých oddělení a vrchní sestry.

Odpovědnost za funkčnost technického a softwarového vybavení (Nemocniční informační systém), jeho archivaci v předepsaných časových intervalech na odpovídajících médiích a jeho aktualizaci nese vedoucí Oddělení informačních technologií NJ a jím pověřený pracovník IT.

V případě, že dojde k neoprávněnému nakládání se zdravotnickou dokumentací, porušení mlčenlivosti a ochrany dat a k situacím, kdy nebude vedena ZD v souladu s níže uvedenou metodikou, bude postupováno v souladu s pracovním a kárným řádem NJ.

[zpět na obsah](#)

3. Zapisování do zdravotnické dokumentace

Zápisy do ZD jsou provedeny bez zbytečného odkladu, jsou pravdivé, srozumitelné, čitelné a jsou průběžně doplňovány. Každý záznam je označen datem, hodinou zápisu a identifikací osoby, která záznam provedla. Chybný zápis je přeškrtnutý jednoduchou čarou tak, aby byla zajištěna jeho čitelnost, zápis v NIS je označen jako chybný, vždy včetně identifikace osoby, která opravu provedla.

Právo zápisu do ZD náleží pouze zdravotnickému pracovníku dle vyhlášky č. 55/ 2011 Sb. Za provedení zápisu je odpovědný zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který zdravotní službu poskytl. Zdravotnický asistent provádí záznamy do ošetrovatelské dokumentace pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky, ošetrovatel/ka nebo sanitář/ka provádí záznam pouze do schválených formulářů (ošetrovatelský list, prevence vzniku dekubitů, bilance tekutin a monitorace příjmu stravy) pod dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky. Studenti a osoby v přípravě na výkon budoucího povolání zdravotnického pracovníka provádět záznamy do ZD nesmí. Přehled schválených zkratk pro ZD a pravidla pro jejich používání jsou uvedena ve SM 042.

Kompetenci k přístupu do NIS popisuje MP 012 Kompetence přístupu zdravotnických pracovníků v NIS.

[zpět na obsah](#)

4. Ochrana dat

Veškeré údaje ve zdravotnické dokumentaci podléhají povinné mlčenlivosti, kterou každý zdravotnický pracovník (ZP) podepsal při nástupu do Nemocnice Jihlava.

Postup při nahlížení do ZD, pořizování kopií a výpisů podrobně popisuje MP 013 Právo nahlížet a zapisovat do ZD.

Každý ZP a osoba v přípravě na výkon povolání je povinna chránit ZD před zneužitím, ztrátou, zcizením či nahlížením do ZD neoprávněnou osobou.

ZD je uložena v ambulantním provozu v uzamykatelných kartotékách, skříních nebo boxech, na

lůžkovém oddělení je uložena v pracovně sester či vyšetřovně. V nepřítomnosti zdravotnických pracovníků musí být pracovna sester i vyšetřovna uzamčena.

Zdravotnická dokumentace musí být chráněna:

Fyzicky – nesmí se nechávat volně uložena, v ambulantních provozech vždy při odchodu ZP musí být uložena do uzamykatelných kartoték či boxů, pracovní sestry a vyšetřovny musí být při odchodu ZP uzamčeny.

V režimu PC – ochrana údajů v NIS - řádné odhlašování z přístupu v NIS, ochrana hesla před zneužitím třetí osobou.

Právně – přístup k informacím v souladu s informovaným souhlasem pacienta a MP 013.

[zpět na obsah](#)

5. Hospitalizační dokumentace

5.1 Základní struktura chorobopisu hospitalizovaného pacienta

Pořadí zpráv	Název zprávy	popis
1. hospitalizační zpráva	Sesterská dokumentace	<ul style="list-style-type: none"> Ošetrovatelská anamnéza – předdefinovaný text (anamnestické údaje a hodnocení pacienta sestrou při přijetí) sociální situace pacienta poučení pacienta seznámení s právy pacientů /Chartou práv hospitalizovaných dětí soupis převzatých věcí a cenností
2. hospitalizační zpráva	Ošetrovatelský proces	<ul style="list-style-type: none"> zápisy o průběhu ošetrovatelské péče formou ošetrovatelských diagnóz-předdefinované texty nebo vytvoření krátkodobého plánu oš. péče
3. hospitalizační zpráva	Edukační protokol	<ul style="list-style-type: none"> zapisuje se každá edukace pacienta zdravotnickým pracovníkem (lékařem, sestrou, rehabilitačním pracovníkem...) provádí se zápis o zásadních informacích o pacientovi osobám, které k tomu pacient zmocnil provádí se zápis o nahlédnutí do dokumentace pacienta osobám, které k tomu pacient zmocnil
4. hospitalizační zpráva	Anamnéza	<ul style="list-style-type: none"> kompletní anamnéza pacienta NO alergie rizikové faktory
5. hospitalizační zpráva	Status praesens	<ul style="list-style-type: none"> status praesens přijímací diagnóza
6. hospitalizační zpráva	Informovaný souhlas	<ul style="list-style-type: none"> Informovaný souhlas k hospitalizaci (předdefinovaný text)

7. hospitalizační zpráva	Epikríza	<ul style="list-style-type: none"> viz metodika „Práce s hospitalizační zprávou – epikríza“ (uvedena v dalším textu)
8. hospitalizační zpráva	Diagnostická rozvaha (přijímací diagnózy) léčebný plán, výkony, první dekurs)	<ul style="list-style-type: none"> diagnostická rozvaha (soubor přijímacích diagnóz) zápis základního léčebného plánu zápis při příjmu provedených lékařských úkonů slouží pro zápisy průběhu hospitalizace (1. dekurs) slouží pro zápis kódů výkonů, ZUM a ZULP po dobu celé hospitalizace (zadávají průběžně všechna oddělení)
Další hospitalizační zprávy	Další dekursy- denní zápisy týdenní epikrízy vždy s označením zkratky oddělení dle přílohy č. 18 (součástí týdenní epikrízy musí být aktualizace léčebného plánu)	<ul style="list-style-type: none"> slouží pro zápisy průběhu hospitalizace <ul style="list-style-type: none"> zápis o stavu pacienta minimálně 1 x denně na standardním oddělení zápis o stavu pacienta minimálně 2 x denně na oddělení JIP týdenní epikríza s aktualizací léčebného plánu 1 x za týden
Předposlední hospitalizační zpráva (fakultativně)	Překládová sesterská zpráva (zakládá se jen při překládání na jiné pracoviště nebo OGNP NJ)	<ul style="list-style-type: none"> aktuální údaje o zdravotním stavu aktuální údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů o poslední podané medikaci aktuální ošetrovatelské diagnózy záznam o rozsahu podané informace v rámci oš. péče soupis věcí pacienta
Poslední hospitalizační zpráva	Definitivní propouštěcí zpráva	<ul style="list-style-type: none"> kopie z menu „Propouštěcí zpráva“

Dokumentace v rozsahu 1. – 8. hospitalizační zprávy musí být zpracována do 24 hodin od přijetí pacienta.

[zpět_na_obsah](#)

5.1.1 Příjem pacienta a zadání do NIS

Při příjmu (na ambulanci nebo v příjmové ambulanci):

Sestra na ambulanci nebo při příjmu na oddělení:

Vyplní v Evidenci nebo při zavádění pacienta do Fronty k ambulanci (event. doplní při rozhodnutí o příjmu pacienta k hospitalizaci) údaje o pacientovi – v menu **OsUd**, a vyplní údaje v menu **Diag** – Doporučení, důvod přijetí, druh přijetí, čas příznaků - pokud je potřeba (pokud je pacient přivezen Zdravotnickou záchrannou službou- ZZS). Všechny údaje, které jsou pak třeba při tisku 1. stránky chorobopisu (tedy celou tabulku OsUd).

Zařadí pacienta do Fronty k příslušnému oddělení, kam se předpokládá, že bude pacient přijat, lze provést buď z menu Evidence, nebo z Fronty na ambulanci (pokud je pacient přijímán akutně na běžné ambulanci).

a) z Evidence

pacienta zařadit do evidence zvyklým způsobem nebo najít a najet kurzorem na jeho řádek, pokud zde již je zaveden
Požadavky-Pokoj (objeví se okno)-najet na odd., kam pac. chceme přijmout + enter-výběr-zařad' (objeví se okno, které musí sestra na ambulanci vyplnit závazně celé, kromě diety a poznámky)-F2 (tím je pacient zařazen ve frontě na oddělení)

b) z Fronty k ambulanci

najet kurzorem na řádek pacienta-Zpracování-Požadavky-Pokoj (objeví se okno)-najet na odd., kam pacienta chceme přijmout +enter-výběr-zařad' (objeví se okno, které musí sestra na ambulanci vyplnit závazně celé, kromě diety a poznámky)-F2 (tím je pacient zařazen ve frontě na oddělení)

Přidělení lůžka z Fronty na oddělení:

fronta na lůžko - najet na řádek pacienta-přiděl-najet na postel, na kterou má být pacient uložen- obsad' (objeví se dotaz „Začátek hospitalizace – souhlasíte?“ – A – zobrazí se okno Fronta k oddělení, kde tento pacient již není (už je na lůžku na oddělení)

V případě, že pacient sebou nemá žádné doklady totožnosti a nelze jiným způsobem totožnost zjistit, zadá pacienta do fronty následovně:

Jméno pacienta - Neznámý

Příjmení pacienta – Pacient (+ pořadové číslo - např. Pacient1)

RČ 11111/-----

Pořadové číslo pacientům sestra přiřazuje chronologicky (1,2,3....), v NIS nesmí být zadáni pacienti se stejnými pořadovými čísly.

Po získání identifikačních údajů pacienta opraví ihned jméno, příjmení a RČ v NIS, vytištěné dokumenty nahradí již novými se správnou identifikací – vytiskne znovu. Další údaje o pacientovi doplní v menu OsUd.

Pokud pacient byl již v minulosti zadán do NIS, systém při ukládání RČ automaticky oznámí, že RČ je již v systému zadáno, nedovolí takový záznam uložit. V tomto případě je nutné kontaktovat pracovníka IT, který dokumentaci neznámého pacienta sloučí se záznamy pacienta se známým a správným RČ.

Tisky:

chorobopisy a vše ostatní se tiskne z menu **Tisky**

Oddělení-najet na řádek pacienta, u kterého chceme tisknout-Dekurs-Tisky

tímto způsobem sestra při příjmu zajistí:

- tisk přední strany chorobopisu (lze po vyplnění výše uvedených oken)
- tisk anamnézy (2. strana chorobopisu) – po sepsání lékařem
- tisk st. praesens (3. strana chorobopisu) – po sepsání lékařem
- tisk informovaného souhlasu k hospitalizaci
- tisk 8. hospitalizační zprávy

všechny uvedené tištěné texty je přijímající lékař povinen podepsat.

zpět_na_obsah

5.2 Popis jednotlivých hospitalizačních zpráv

5.2.1 Sesterská dokumentace – I. hospitalizační zpráva

Založit novou první hospitalizační zprávu Sesterská dokumentace

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta - Dekurs - Nová – **napsat** Sesterská dokumentace: – F2

do této 1. Hospitalizační zprávy Sesterská dokumentace si sestra při příjmu pacienta zkopíruje předdefinovaný text (z položky **Spol**)

Ošetřovatelská anamnéza

Ošetřovatelská anamnéza je v jednom hospitalizačním případě zpracována pouze při přijetí pacienta /vstupní oddělení/.

Ošetřovatelskou anamnézu vypisuje sestra, pokud se jedná o:

- příjem pacienta
- překlad pacienta z OGNP
- překlad pacienta z JIP či jiného oddělení, kde nebyla vypsána pro krátkodobou hospitalizaci

V předdefinovaném textu Ošetřovatelská anamnéza je zakomponován i test soběstačnosti ADL.

Tato zpráva bude po celou dobu hospitalizace odemčená a bude možné kdykoliv do ní zapsat či doplnit potřebné údaje.

Po vyplnění je tato zpráva vytištěna, opatřena podpisem sestry i pacienta a založena do dokumentace.

Při příjmu doprovodu dítěte se za tuto zprávu zkopíruje:

„Zápis o právní odpovědnosti za své dítě“

zpět_na_obsah

5.2.2 Ošetřovatelský proces – II. hospitalizační zpráva

Založit novou hospitalizační zprávu Ošetřovatelský proces

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta

Dekurs - Nová – **napsat** Ošetřovatelský proces: – F2

- Do této hospitalizační zprávy budou sestry provádět zápisy o průběhu poskytované ošetřovatelské péče formou ošetřovatelských diagnóz
- Vypracované ošetřovatelské diagnózy má každá sestra k dispozici v předdefinovaných textech
- U každé zadané ošetřovatelské diagnózy označí (*) z nabídky:
 - důvod, pro který tuto diagnózu zvolila
 - cíl, kterého chce u pacienta dosáhnout
 - aktuální intervence (plán ošetřovatelské péče)
 - pod zadanou diagnózou je vždy uvedeno jméno sestry, která ji zadala
- Při překladu či propuštění pacienta je v případě dosažení cíle vepsáno jméno sestry, která danou diagnózu ukončila nebo fakt, že tato diagnóza trvá
- V průběhu hospitalizace sestry zařazují aktuální oš.diagnózy, dle vzniklých potřeb pacienta
- Do této zprávy budou sestry provádět zápisy v průběhu celé hospitalizace pacienta, alespoň 1 x za směnu
- **V den propuštění, překladu na OGNP NJ, nebo do jiného zdravotnického zařízení** sestra provede souhrnné zhodnocení poskytované oš.péče (dosažení cíle) a fakt že pacient byl propuštěn nebo komu byl předán do péče
- Po provedení posledního zápisu sestra tuto zprávu vytiskne, opatří svým podpisem a založí do dokumentace pacienta
- **V případě překladu na jinou kliniku v rámci NJ** pod tento poslední zápis zkopíruje z předdefinovaných textů „Zhodnocení pacienta při překladu“ a po vyplnění zprávu vytiskne a opatří svým podpisem.
- **Před předáním pacienta v NIS na jinou kliniku v rámci NJ provede uzamčení této zprávy a označení oddělením tak že:** po otevření hospitalizační zprávy najede kurzorem na její začátek k nadpisu Ošetřovatelský proces: a do tohoto řádku **před:** vepíše zkratku svého oddělení, například – Ošetřovatelský proces TRN:
- **Po převzetí pacienta z jiné kliniky v rámci NJ** sestra založí novou hospitalizační zprávu – **Ošetřovatelský proces:** a pracuje s touto zprávou, jak bylo popsáno výše

Tato zpráva je odemčená pro možnost pracovat s ošetřovatelskými diagnózami vždy jen na té klinice, kde je pacient aktuálně hospitalizován.

Překladová sesterská zpráva

tato nová hospitalizační zpráva se zakládá v případě:

- překladu pacienta na jiné pracoviště mimo NJ
- překladu pacienta na OGNP NJ

V těchto případech je vždy předposlední zprávou v chorobopisu pacienta.

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Překladová sesterská zpráva: – F2

- Do této hospitalizační zprávy si sestra zkopíruje předdefinovaný text
Výstupní ošetřovatelský list (z položky Spol)
- Zpráva obsahuje aktuální ošetřovatelské diagnózy, zhodnocení pacienta sestrou a aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, záznam o rozsahu podané informace v rámci oš. péče
- Součástí této zprávy je i soupis věcí nemocného
- Tato zpráva je po vypsání vytištěna, podepsána sestrou a předána s pacientem spolu s lékařskou propouštěcí zprávou
- V případě překladu pacienta na OGNP Nemocnice Jihlava je tato zpráva vytisknuta 2 x, jedna se vrátí zpět na oddělení podepsána přijímací sestrou a založena do dokumentace pacienta.

[zpět_na_obsah](#)

5.2.3 Edukační protokol – III. hospitalizační zpráva

Založit novou - třetí hospitalizační zprávu

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Edukační protokol: – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

Do této 3. Hospitalizační zprávy se budou zapisovat v celém průběhu hospitalizace:

- zápisy o edukaci pacienta všemi kategoriemi zdravotnických pracovníků
- zápisy o zásadních informacích o zdravotním stavu pacienta pacientem zmocněným osobám
- zápis o nahlédnutí do dokumentace pacienta osobám, které k tomu pacient zmocnil

Edukační protokol bude vytištěn a podepsán sestrou při propuštění pacienta.

[zpět_na_obsah](#)

5.2.4 Anamnéza – IV. hospitalizační zpráva

Založit čtvrtou hospitalizační zprávu (ekvivalent 2. strany chorobopisu)

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Anamnéza: – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

do této 4. Hospitalizační zprávy se budou zapisovat při příjmu:

- RA
- GA
- OA
 - prodělaná onemocnění
 - prodělané operace
- rizikové faktory
- trvalá medikace
- Pracovní anamnéza
- Nynější onemocnění
- kdo odesílá

Výjimka: Pokud nelze od pacienta nebo jeho příbuzných získat anamnestické údaje při příjmu, je možné je doplnit s časovým odstupem. Doplnění musí být provedeno do 24 hod., pokud nelze, musí být učiněn zápis každých 24 hodin ve znění – anamnézu nelze odebrat.

[zpět_na_obsah](#)

5.2.5 Status praesens – V. hospitalizační zpráva

Založit pátou hospitalizační zprávu (ekvivalent 3. strany chorobopisu)

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Status praesens: – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

do této 5. hospitalizační zprávy se budou zapisovat při příjmu:

- status praesens
 - stav vědomí, spolupráce a výživy pacienta
 - stav kůže a sliznic
 - hlava, krk
 - hrudník
 - břicho
 - zevní genitál
 - per rektum
 - končetiny
- status lokalis (zapisuje se fakultativně dle zvyklostí klinického oddělení)
- soubor přijímacích diagnóz – diagnostickou rozvahu
- jméno přijímacího lékaře (generuje se samo při vstupu do Hospitalizační zprávy)

uložit tuto 5. hospitalizační zprávu a **do ní dále již nic nepsat**

Závazný minimální rozsah „status praesens organorum“ je dán přílohou č. 6 tohoto MP (je k dispozici jako předdefinovaný text).

zpět_na_obsah

5.2.6 Informovaný souhlas – VI. hospitalizační zpráva

Založit šestou hospitalizační zprávu

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Informovaný souhlas: – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

Základní principy dokumentace IS se řídí Metodickým pokynem č. 011, který upravuje metodiku:

- Informovaného souhlasu – pozitivní revers
- Informovaného nesouhlasu – negativní revers
- Zdravotní péči a hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu

Jedná se tedy o 2 základní typy informovaného souhlasu:

- 1) **Informovaný souhlas pacienta s hospitalizací** (PŘEDDEFINOVANÝ TEXT)- povinný u každého hospitalizovaného pacienta, při příjmu informuje a podepisuje s pacientem přijímající lékař
- 2) **Informovaný souhlas pacienta se zákrokem**
 - a) Obecný informovaný souhlas se zákrokem (pokud není zpracován speciální pro daný zákrok) v tištěné formě
 - b) Speciálně zpracovaný informovaný souhlas pro jednotlivé zákroky v tištěné formě

Jestliže tedy s ohledem na charakter zdravotního výkonu je primářem oddělení stanovena povinnost vyžádat na pacientovi informovaný souhlas s tímto výkonem, je použit buď předdefinovaný text **„Obecný informovaný souhlas se zákrokem“** nebo **speciálně zpracovaný informovaný souhlas pro jednotlivé zákroky v tištěné formě**.

Tento musí být zaveden jako řízený dokument v Příloze č. 4 metodického pokynu k dokumentaci – Seznam specializovaných informovaných souhlasů používaných v NJ dle odborností.

Informovaný souhlas s plánovaným léčebným či diagnostickým výkonem u nezletilých pacientů, pokud je vyžadován souhlas zákonného zástupce:

Indikující lékař odbornosti, do jehož působnosti padá rozhodnutí o provedení léčebného či diagnostického výkonu je povinen v případě nutného souhlasu podat zákonnému zástupci (rodiči či rodičům) nezletilého pacienta (dále dítěte) úplné informace v takovém rozsahu, aby mohl dát IS s výkonem. Indikující lékař pak vybaví rodiče dítěte formulářem IS s výkonem k podpisu s poučením nutnosti předání pediatrovi při přijetí dítěte k hospitalizaci.

Indikující lékař upozorní rodiče, že v případě kdy nebude IS podepsán, nebude možno výkon provést.

Indikující lékař po poučení rodiče a vydání formuláře IS pro daný výkon provede o této skutečnosti záznam v dokumentaci: „Provedeno poučení rodiče – rodičů o plánovaném výkonu a podpisu rodiče na IS, formulář vydán.“

Bližší postup při získání IS u nezletilého dítěte je stanoven metodickým pokynem 011 Informovaný souhlas, negativní revers, zdravotní péče a hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu.

Příslušně zpracovaný a signovaný IS zůstává v dokumentaci pacienta a stává se trvale její archivovanou součástí.

U akutního příjmu, kdy pacient není schopen plně pochopit podstatu informovaného souhlasu, může dojít k nepřijatelnému prodlení v ošetření a léčbě, není informovaný souhlas bezpodmínečně nutný a doplní se po stabilizaci stavu pacienta. Je však třeba učinit zápis do edukačního protokolu o jeho základním poučení a zdůvodnění nezavedení informovaného souhlasu při příjmu.

Jde-li o pacienta nezletilého nebo zbaveného způsobilosti k právním úkonům, je nutné poskytnout informace v plném rozsahu jeho zákonnému zástupci (opatrovníku) a v přiměřeném rozsahu též pacientovi, poté zákonný zástupce podepíše informovaný souhlas.

Informace je nutno poskytnout zákonnému zástupci pouze v případě předchozího nutného vyžádání souhlasu zákonného zástupce.

Cizojazyčné IS

Obecný informovaný souhlas k hospitalizaci a Obecný informovaný souhlas se zákrokem jsou k dispozici v těchto jazycích (na intranetu v elektronické formě, v tištěné formě na jednotlivých ambulancích):

- angličtina
- němčina
- vietnamština
- ruština
- mongolština

Pokud se jedná o cizince mluvícího příslušným jazykem, je lékař povinen použít odpovídající varianty informovaného souhlasu. Pokud není k dispozici příslušná jazyková mutace, použije informovaný souhlas v češtině. Postup zpracování souhlasu s cizojazyčným pacientem je dán „MP č. 002 – Poskytování informací pacientům nerozumějícím česky“.

Dostupnost příslušných dokumentů:

- Informovaný souhlas s poskytováním zdravotní péče – text v jazyce českém (Čj), anglickém (Aj), ruském (Rj), německém (Nj), mongolském (Mj) a vietnamském (Vj) je v příloze č. 2 MP Jednotná ambulantní a hospitalizační dokumentace (ŘD » MP » Jednotná dokumentace příloha č. 2)
- Informovaný souhlas se zákrokem obecný – text v Čj, Aj, Rj, Nj, Mj, Vj v příloze č. 5 MP Jednotná ambulantní a hospitalizační dokumentace (ŘD » MP » Jednotná dokumentace příloha č. 5)
- Seznam specializovaných informovaných souhlasů, používaných v NJ podle odborností v příloze č. 5 MP (ŘD » MP » Jednotná dokumentace příloha č. 4).

Formuláře pro jednotlivé IS jsou dostupné v samostatné sekci „Informované souhlasy“ na hlavní stránce intranetu.

[zpět_na_obsah](#)

5.2.7 Epikríza – VII. hospitalizační zpráva

Založit další - sedmou hospitalizační zprávu

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Epikríza: – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

- a) První záznam do hospitalizační zprávy epikríza (vstup stiskem F5 z kterékoliv hosp. zprávy) provede lékař v rámci příjmu pacienta k hospitalizaci tím, že do zprávy zapíše (zkopíruje) diagnostický souhrn při přijetí a pod souhrn formou volné eseje krátce a výstižně popíše důvod hospitalizace a záznam uloží stiskem klávesy F2.
- b) Pravidelně se zpráva epikríza aktualizuje vždy v pátek s tím, že se aktualizuje diagnostický souhrn a do eseje části textu se popisem doplní závažné změny, zejména komplikace a jejich léčba, které nastaly od poslední aktualizace. Pod textem, ponechá lékař svoji jmenovku (ostatní jmenovky může odstranit – záznam je logován) a poté celý obsah zprávy vybere a zkopíruje blokem do schránky, uloží (F2), a následně vloží blokem do dekursu, který zakládá pro nový týden a uzamkne stiskem F2 (uloží).
- c) Obsah epikrízy je nutno aktualizovat průběžně při zjištění závažné skutečnosti, nové diagnózy, komplikace, změně stavu nemocného atd. Je nutné aktualizovat vždy jak diagnostický souhrn, tak doprovodný text. Aktualizovaný text se uzamkne v dekursu podle bodu b).
- d) Při překladu pacienta mezi odděleními v rámci jednoho hospitalizačního případu provede před překladem konečnou editaci zprávy Epikríza dle pravidel uvedených v předchozím textu, zkopíruje celý text blokem do schránky, uloží (F2) a blokem vloží celý text do poslední zprávy Dekurz, doplní doporučení a F2 uloží.
- e) Lékař oddělení, které v rámci pokračující hospitalizace pacienta přijímá, provede editaci zprávy Epikríza, a blokem ji zkopíruje do 1. zprávy Dekurz přijímajícího oddělení.
- f) Ustanovení bodu a) neplatí při hospitalizaci, která plánovaně nepřesáhne 3 kalendářní dny. Pokud taková hospitalizace neplánovaně uvedenou dobu překročí, vztahují se na ni ustanovení bodu b) a c).

zpět_na_obsah

5.2.8 Diagnóza, výkony, léčebný plán, první dekurs – VIII. hospitalizační zpráva

Založit další **osmou hospitalizační zprávu**

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Diagnóza, výkony: – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

- přijímací diagnózy – *zápis přijímacích diagnóz se stává zároveň zápisem základní diferenciální diagnostické rozvahy a základního léčebného plánu*
- zápis činnosti provedené s pacientem na ambulanci (repozice, sádry, sutury ran atd.) při příjmu
- **kódy příjmu a provedených činností pro ZP**
- **poté se provede tisk těchto zápisů při příjmu a přijímající lékař je povinen jej signovat**
- **do této zprávy se zapisují všechny další kódy činností s pacientem za celé hospitalizace, ZUMY, ZULPY (kromě těch, které mají zvláštní kódování - operační výkony, konzilia atd.)**

dál se pokračuje v tomto dekursu v zápisech hospitalizace dle dalších principů a zvyklostí konkrétního oddělení a dle zásad uvedených výše, přičemž je závazná následující povinná minimální frekvence vyšetření a zápisů do dokumentace pacienta:

Standardní oddělení:

Lékař je na standardním oddělení povinen vyšetřit každého pacienta v rámci hospitalizačního dne minimálně jedenkrát a učinit o tomto příslušný zápis do dokumentace

OGNP

Lékař v ÚPS (So,Ne a svátky) sloužící na lůžkách následné péče je povinen v rámci vizity vyšetřit

každého pacienta jedenkrát během hospitalizačního dne, v případě, že pacientovi subjektivní potíže nebo objektivní nález lékaře vedou ke změně diagnostického či léčebného plánu, učiní lékař záznam v dekursu dle metodiky, nastavené v tomto dokumentu. Do dekursu zaznamená rovněž každou další změnu zdravotního stavu, nahlášenou NLZP, včetně případné intervence.

JIP:

Lékař na JIP je povinen vyšetřit každého pacienta v rámci hospitalizačního dne nejméně dvakrát a učinit o tomto příslušný zápis do dokumentace.

1x je povinen vyšetřit pacienta lékař ÚPS všedního dne a 2x lékař ÚPS soboty, neděle a svátků a ve stejné frekvenci učinit zápis do dokumentace pacienta.

Primářská (velká) vizita

Primář oddělení je povinen provést primářskou vizitu u každého pacienta minimálně 2x týdně. O průběhu primářské vizity se nevede zvláštní zápis v dokumentaci pacient, pokud nedošlo např. k změně léčebného plánu

V rámci zápisu vizity do dekursu je dokumentován aktuální stav pacienta v rozsahu:

1. subjektivní stav pacienta s výjimkou pacientů bez validního kontaktu
2. objektivní nález v rozsahu st. lokalis vztahující se k onemocnění pro které je pacient hospitalizován, event. vztahující se k subj. potížím pacienta
3. pokud obj. nález nebo subj. potíže pacienta vedou ke změně diagnostického a léčebného plánu, je tato změna zapsána a zdůvodněna

Operační výkon musí indikovat vždy lékař se specializovanou způsobilostí včetně provedení zápisu do dekursu. V případě, že indikuje pacienta na ambulanci k operačnímu výkonu lékař se specializovanou způsobilostí, je dostačující záznam tohoto lékaře v ambulantní kartě pacienta.

Obsah a zodpovědnost za zápis týdenní epikrízy:

Součástí týdenní epikrízy vždy musí být:

- zápis zhodnocení aktuálního celkového a dle potřeby lokálního stavu pacienta
- zápis důležitých změn celkového a dle potřeby lokálního stavu pacienta v období od minulé týdenní epikrízy
- zápis o aktualizovaném **léčebném plánu** na základě nově zjištěných skutečností o zdravotním stavu pacienta nebo jeho změně

Zodpovědný za zápis a obsah týdenní epikrízy je lékař, který jej provádí.

Výjimka – Jednotky intenzivní péče:

zakládají na každý den novou Hospitalizační zprávu. Po posledním zápisu dne se vytiskne a signuje lékařem, který slouží ÚPS

zpět_na_obsah

5.2.9 Další hospitalizační zprávy

Při pokračování hospitalizace založit vždy novou hospitalizační zprávu

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurs - Nová – **napsat** Dekurs (+ zkratka oddělení): – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

Průběh hospitalizace zaznamenává lékař vždy do **poslední založené Hospitalizační zprávy - Dekurs**, kterou pacient má založenou, přičemž:

- u nově přijatého pacienta pokračuje v již při příjmu založené 8. *Hospitalizační zprávě*

Interní obory:

- **každý pátek** zapíše status do poslední aktuální *Hospitalizační zprávy*, zapíše do ní týdenní **epikrízu** (viz práce s hospitalizační zprávou epikríza v dalším textu) a nechá ji vytisknout, podepíše. Zároveň každý pátek založí vždy novou *Hospitalizační zprávu* na další týden, a sobotní zápis již služba píše do ní a pak se v ní pokračuje celý další týden do pátku (každý pacient tak má na týden jednu *Hospitalizační zprávu*)

Chirurgické obory a OGNP:

- **každý pátek** zapíše status do poslední aktuální *Hospitalizační zprávy*, nechá ji vytisknout, podepíše. Zároveň každý pátek založí vždy novou *Hospitalizační zprávu* na další týden, zapíše do ní týdenní **epikrízu** (viz práce s hospitalizační zprávou epikríza v dalším textu) a sobotní zápis již služba píše do ní (má k dispozici přehlednou týdenní epikrízu) a pak se v ní pokračuje celý další týden do pátku (každý pacient tak má na týden jednu *Hospitalizační zprávu*)

Výjimka – Jednotky intenzivní péče:

- zakládají na každý den novou Hospitalizační zprávu. O půlnoci se vytiskne a ráno signuje lékařem, který sloužil ÚPS

RESUMÉ		
standardní oddělení	jedna hospitalizační zpráva	dekurs na týden
JIP	jedna hospitalizační zpráva	dekurs na den

zpět_na_obsah

5.2.9.1 Propouštěcí zpráva

Do **poslední aktuální hospitalizační zprávy** zapsat zápis z posledního dne a fakt, že je pacient propuštěn a doplnit:

- epikrízu – komprimovaný popis průběhu hospitalizace a hlavních událostí, zejména komplikací a jejich léčby. V případě multiklinické hospitalizace, musí tento souhrn zachycovat celou dobu hospitalizace od přijetí po propuštění
- propouštěcí diagnózy
- doporučení

Do menu „**Propouštěcí zpráva**“ zkopírovat:

- epikrízu – komprimovaný popis průběhu hospitalizace a hlavních událostí (komplikací)
- propouštěcí diagnózy
- doporučení
- uložit F2 (*lékař který je přihlášen, je tímto navždy brán a tištěn jako ošetřující lékař – tedy podepsán podpisem generovaným systémem*)
- Vytisknout tento zápis z menu „propouštěcí zpráva“ jako prozatímní „**předběžnou propouštěcí zprávu**“, která je vydána pacientovi při propuštění a signována propouštějícím lékařem
- následně lékař nebo dokumentační sestra (dle zvyklostí oddělení) zkompletují „**Propouštěcí zprávu**“ v příslušném menu
- Pokud je pacientovi při propuštění předána kompletní definitivní propouštěcí zpráva, výše uvedený postup neplatí
- Kompletní „Propouštěcí zpráva“ závazně musí obsahovat (v níže uvedeném závazném pořadí):
- diagnostický souhrn
- epikrízu – komprimovaný popis hospitalizace a hlavních událostí (komplikací)
- anamnézu
- terapii a operační výkony
- výsledky vyšetření
- doporučení srozumitelnou formou, jehož nedílnou součástí musí být v závislosti na typu péče poskytované příslušným klinickým oborem:
 - informace o průběhu další péče (termín ambulantní kontroly či předání praktickému lékaři)
 - poučení o stavech, za kterých je třeba vyhledat pomoc akutně bez ohledu na předem stanovený termín
 - termíny kontrol na ambulancích jiných oborů, pokud jsou indikovány, či o komplementárních vyšetřeních, pokud jsou naplánovány a informace o přípravě k nim
 - poučení o režimových opatřeních (strava s informací o dietních a nutričních opatřeních ev. s kontaktem na nutriční poradnu,
 - poučení o možnosti využití agentur domácí péče (převazy, péče o chronické rány atd.)
 - pohybový režim, rehabilitace a možný stupeň zatížení – specifické informace dle oboru)
 - informace o předepsaných či doporučených kompenzačních pomůckách

Nynější onemocnění a status praesens jsou nepovinné složky propouštěcí zprávy a nemusí být její součástí. Lékař je ale může uvést, pokud to uzná za vhodné s ohledem na kompletnost informací o zdravotním stavu nemocného. V tomto případě zařadí tyto oddíly za oddíl anamnéza.

Na závěr propouštěcí zprávy lékař doplní záznam o předání propouštěcí zprávy praktickému lékaři (VPL) nebo praktickému dětskému lékaři (PLDD) je-li znám prostřednictvím pacienta.

V případě, že pacient chronicky užívá léky, nebo mu byla nasazena nová medikace během hospitalizace, je vybaven při dimisi léky v množství odpovídajícím třídnímu podávání.

Pokud Propouštěcí zpráva je zároveň Překládovou zprávou na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení:

Kompletní „Propouštěcí zpráva“ pak musí závazně obsahovat:

- diagnostický souhrn
- indikace a důvod překlady, pokud je medicínsky možné a zdůvodněné, tak zaznamenat odhad prognózy
- epikrízu – komprimovaný popis hospitalizace a hlavních událostí (komplikací)
- anamnézu
- terapii a operační výkony
- výsledky vyšetření
- doporučení
 - kdo, s kým, kam a jakou formou dojednal překlad pacienta a ten že s transportem souhlasí
 - indikovat podmínky a způsob transportu pacienta
- ten kdo tuto Propouštěcí zprávu zkompletoval, následně VŽDY založí další - poslední Hospitalizační zprávu, kterou nazve „**Definitivní propouštěcí zpráva**“.

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na oddělení, které chci - Oddělení – vyberu pacienta
Dekurz – Nová – **napsat** Definitivní propouštěcí zpráva: – F2
Zpracování - (zapsat níže uvedené + uložit F2)

- do ní pomocí bloku zkopíruje a uloží kompletní „Propouštěcí zprávu“ (tato je tímto definitivně uložena a je neměnná – forenzní krytí)
- potřebný počet propouštěcích zpráv je vytištěn na zadní stranu chorobopisu a volné listy, zkontrolován a signován ošetřujícím lékařem a primářem oddělení

Definitivní Propouštěcí zpráva musí být kompletizována a vyhotovena do 10 dnů od propuštění pacienta z nemocnice.

Propouštěcí překládová zpráva musí být kompletizována a vyhotovena do doby překlady pacienta do jiného zdravotnického zařízení.

zpět_na_obsah

5.2.9.2 Překlad na jiné oddělení nemocnice kromě OGNP

Do poslední hospitalizační zprávy dekurz lékař překládajícího oddělení zapíše důvod překlady na jiné oddělení, připojí aktuální epikrízu formou volné eseje nebo zkopíruje editovanou epikrízu z hospitalizační zprávy epikríza a poté doplní doporučení další péče na novém oddělení. Hospitalizační zprávu dekurz uloží F2 a zpráva je nadále neměnná. Zprávu lékař vytiskne a podepíše, podepsaná zpráva odchází s pacientem na přijímající oddělení současně s informovaným souhlasem s hospitalizací (bude jeden souhlas pro celou hospitalizaci) a se sesterskou dokumentací – rozsah neprodleně předávané sesterské dokumentace – viz strana 27 tohoto MP.

Lékař přijímajícího oddělení založí hospitalizační zprávu dekurz + zkratka oddělení, obdobně, tedy nadpisem dekurz + zkratka oddělení postupuje při zakládání všech nových hospitalizačních zpráv „dekurz“ příslušného oddělení. Učiní první zápis do dekuru v rozsahu doplněné 8. hospitalizační

zprávy:

- diagnostická rozvaha (soubor přijímacích diagnóz)
- zápis aktuálního status localis v rozsahu daném vnitřním metodickým pokynem konkrétního oddělení (vypracovává každý primariát)
- zápis základního léčebného plánu
- zápis při příjmu provedených lékařských úkonů
- slouží pro zápisy průběhu hospitalizace (1.dekurs)

Diagnostická rozvaha, léčebný plán, výkony, první dekurz. Dále pokračuje ve vedení dekursu dle platné metodiky. Hospitalizační zprávy 1, 3, 4, 5, 6 a 7 zůstávají neměnné.

Odpovědný pracovník překládajícího oddělení je povinen zkompletovat písemnou dokumentaci daného oddělení, seřadit ji dle platné metodiky a takto seřazenou dokumentaci vložit do slohy, na jejíž první stranu bude vytisknuta první strana chorobopisu na volný list* (z MENU: dekurz – tisky – pouze A a B – volné listy – tisk). Složka bude stejně jako všechny listy písemné dokumentace označena v pravém horním rohu zkratkou příslušného oddělení. Takto zkompletovaná písemná dokumentace bude dle metodického pokynu nejdéle do 10 dnů předána na oddělení, na kterém je v tu dobu pacient fyzicky přítomen nebo na kterém byla ukončena hospitalizace v Nemocnici Jihlava. Předání dokumentace odpovědnému pracovníkovi příslušného oddělení bude stvrzeno oběma pracovníky formou: předal dne + jmenovka a podpis a převzal dne + jmenovka a podpis na volném listu* obsahujícím identifikační údaje dle předchozího textu.

RESUMÉ:

- 1. hospitalizační zpráva bude vždy „sesterská dokumentace“
- 2. hospitalizační zpráva bude vždy „ošetřovatelský proces“
- 3. hospitalizační zpráva bude vždy Edukační protokol
- 4. hospitalizační zpráva bude vždy příjmová (anamnéza, nynější onemocnění)
- 5. hospitalizační zpráva bude vždy příjmová (st. praesens, příjmové diagnózy)
- 6. hospitalizační zpráva bude vždy příjmová a obsahuje: Informovaný souhlas pacienta
- 7. hospitalizační zpráva bude vždy Epikríza
- 8. hospitalizační zpráva bude vždy příjmová a obsahuje: přijímací diagnózy, činnosti provedené na ambulanci, po tisku a signování následují zápisy 1.dekursu
- předposlední hospitalizační zpráva bude „překládová sesterská zpráva“ v případě, že pacient bude přeložen na jiné pracoviště nebo na OGNP (jinak se nezakládá)
- poslední hospitalizační zpráva bude vždy „Definitivní propouštěcí zpráva“
- mezi nimi je jedna nebo více hospitalizačních zpráv označených „Dekurs“ + zkratka oddělení se záznamy o průběhu léčby pacienta

zpět_na_obsah

5.3 Zadání ordinací

5.3.1 Zadávání medikací a všech dalších ordinací

Pacienti-Specializovaně-Pokoje-najet na odd., které chci-Oddělení-najet na pacienta kterému chci medikací zadávat -Plán-Medikace-Zařad- Zařad' (nebo Zkopíruj skupinu)

Po „Zařad“ se objeví okno pro každý lék nebo úkon (např. převaz), které je třeba celé vyplnit (jinak NIS nepustí dál) – *pro zjednodušení je nutno vyplňovat dle níže uvedeného schématu.*

Činnost:

zapiše se lék, forma a způsob podání (např. Insulin HMR j. sc, výplach rány Betadinem, Oxyphyllin tbl). Dávka se napíše pouze, pokud jde o hodnotu v rámci jednotky (např. u tabletové formy – Tritace 5 mg tbl). Dále se zde zapíše další činnosti - Dieta ..., převaz rány atd., ordinace frekvence TK, P, potřeba edukace pacienta atd.

Množství:

napiše se skutečné množství, a to tolikrát, kolikrát denně bude lék aplikován – je k dispozici 6 kolonek.
Příklad: chci zadat Dexamed 4 mg tbl 2-1-1/2, pak zadat do 1. kolonky hodnotu 2, do 2. kolonky hodnotu 1 a do 3. kolonky hodnotu 0,5.

Měrná jednotka:

zadat vždy odpovídající formu (duplikuje se s textem zadaným v řádku „činnost“, ale je to důležité pro přehlednost pro sestry při vydávání léku).
Léková forma: tbl, cps, inj., gtts, sol., j., ung., je možná i stávající forma zadání – „ks“ dle zvyklostí oddělení. V případě ordinace úkonu typu dieta, převaz, vždy zadat jako měrnou jednotku „ks“

Počet dnů:

1 den (alternativně dle potřeby jiný počet dnů)

Čas úkonů: viz níže

CAVE: v dolní části okna se zobrazují údaje z menu Rizikové faktory

Po vyplnění se celé okno uloží znovu zmáčknutím F2.

Zadávání léků, vyšetření, konzilií, diety, všech dalších ordinací pro pacienta závazné časy zadání!!!! v rámci konkrétní kliniky

Dodržování časů všemi lékaři v rámci jedné kliniky je naprosto zásadní pro práci sestry na oddělení

při tvorbě **plánu práce sestry na oddělení** (na standartu) nebo **plánu práce sestry na lůžko** (na JIP) pak vyjíždí jednotlivé skupiny činnosti v bloku a jsou přehledné

Doporučené časy:

Běžné léky – tbl.

- 1x denně 7.00
- 2x denně 7.00/19.00
- 3x denně 7.00/13.00/19.00
- 1x denně na noc 21.00

Léky nutné dávat v pravidelných intervalech – injekční, ATB – v době, kterou si počítač generuje sám (pomocí zápisu 01:x, 02:x atd. + F2)

- 1x denně 6.00
- 2x denně 6.00/18.00
- 3x denně 6.00/14.00/22.00
- 4x denně 6.00/12.00/18.00/23.55

Provozní věci: Diety, odběry laboratoře, RTG, bandáže, bilance, TK, P, nebulizace, O₂ atd.

- zadání 6.30

Vedení příslušného oddělení může tato časová schémata modifikovat dle specifických potřeb příslušného oddělení, vždy však musí být dodržena závaznost takto stanovených časů pro všechny předepisující lékaře v rámci daného oddělení (včetně lékařů sloužících na daném oddělení v ÚPS). (Tato modifikace musí být zaznamenána formou vnitřního metodického pokynu jednotlivých oddělení uloženého u přednosta oddělení).

Ordinované časy představují ideální čas podání. Vzhledem k faktu, že doba podávání léků na lůžkovém oddělení trvá cca hodinu, je možná při podávání léků tolerance -+ 0,5 hodiny proti času zadanému v NIS.

Při příjmu pacienta první medikaci zapisovat vždy na první celou půlhodinu po zápisu a ihned vytvořit plán činnosti na lůžko (musí zadávající lékař ihned po ukončení zadávání, nejlépe makrem) – pokud se medikace nebo činnost zadá v minulém čase nebo se plán činnosti na lůžko vytvoří po čase zadaném pro jednotlivý úkon, sestře se již v plánu neobjeví a tak je pro její činnost ztracen.

Menu: *plán-lůžko-vytvoř-zadat požadované datum nebo nechat aktuální datum-F2*
(ideálně makrem)

Psaní medikace na příští den, event. úprava medikace pro stávající den - 5 možností:

- vytvářet přepis medikace ručně zadáváním jednotlivých položek jednu po druhé s příslušným datem
- kopírovat DEN v menu Plán-Medikace (systém umožňuje editovat jednotlivé položky)
- kopírovat po jednotlivých položkách v menu Plán-Medikace
- použít předdefinovanou skupinu medikací s příslušným datem
- zadat při původním zadání medikací a činností větší počet dnů, kdy předpokládáme neměnnou medikaci

Vše se řídí principy uvedenými při zápisu medikace při příjmu – jsou naprosto závazné pro všechny, jinak v rámci oddělení vznikne chaos v medikacích pro sestru těžko luštitelný.

U každé medikace počítač generuje „zodpovědnost“, tj. je uveden lékař, který medikaci zadal a čas kdy byla medikace zadána, event. kým byla zrušena – možnost kontroly.

Zásady vedení dokumentace dané akreditačními standarty:

- Pokud je pacientovi zrušena stávající medikace, musí být lékařem, který ji ruší nebo mění zrušena v NIS v odpovídajícím MENU. V tištěné formě medikace musí být rušená medikace označena za názvem medikace ex, podpisem a jmenovkou lékaře.
- Při psaní medikace se nesmí používat zkratky názvů léků (PNC,HCT,FR apod.)
- V případě, že nelze ordinaci splnit nebo medikaci podat, uvede sestra k medikaci či ordinaci důvod nesplnění /nepodání, opatří zápis podpisem a jmenovkou.
- Při psaní ordinace infuzí musí být naordinovaná rychlost infuze (dobou aplikace nebo rychlostí podávání)
- U léků s podmíněným podáním musí být přesně dána podmínka, za které lék bude nebo nebude podán (např. u analgetik podat v případě překročení daného stupně škály bolesti, nelze psát jen d. p.)
- Omezovací prostředky musí vždy ordinovat lékař (mechanické nebo farmakologické). V dokumentaci musí být písemný záznam, proč byly použity. Každé omezení pacienta je nutné hlásit soudu. Nehlásí se, pokud s tímto omezením vysloví pacient dodatečně do 24 hod. souhlas. Podrobný postup ve SM 053 Použití omezovacího prostředku.
- Medikace a ordinace na další den je lékař povinen stvrdit podpisem a jmenovkou na vytištěný list s Plánem činnosti sestry nejpozději do půlnoci

[zpět_na_obsah](#)

5.3.2 Povolné vzdání

Pokud je pacient propuštěn na „propustku“, připraví lékař plán medikací na celou dobu propustky.

V den propuštění pacienta na propustku sestra pacientovi vydá léky na určenou dobu, vytiskne všechny plány medikací, do kterých napíše ručně „**pacient na propustce**“, zapíše do plánu činnosti v den propuštění na propustku výdej léků, potvrdí jmenovkou a podepíše.

[zpět_na_obsah](#)

5.3.3 Telefonické ordinace

V případě, že lékař není přítomen na oddělení, kde je nutno doplnit nebo naordinovat potřebnou činnost nebo medikaci, učiní tak, pokud dle jeho uvážení není nutné pacienta před ordinací klinicky vyšetřit, telefonicky, a to následujícím postupem:

uvede jméno a příjmení pacienta, název léku, gramáž, dávku a čas podání, eventuálně činnost, kterou je nutno u pacienta provést (indikace konzílií, ordinace laboratorních odběrů nebo jakoukoli jinou ordinaci). Sestra zaznamená úplný obsah ordinace do plánu činnosti sestry a tuto ordinaci zpětně lékaři přečte. Lékař potvrdí správnost ordinace a bez zbytečného odkladu ji zaznamená do systému

elektronické dokumentace (NIS) na v té době jemu nejdostupnější „PC“ stanici.

Nejpozději do konce své pracovní doby nebo skončení doby ÚPS osobně provede kontrolu správnosti zápisu sestry v plánu činnosti a stvrdí podpisem a jmenovkou.

Za rozhodnutí, zda je nutno pacienta před provedením telefonické ordinace klinicky vyšetřit, nebo je možno tuto ordinaci telefonicky provést, je zodpovědný ordinující lékař.

[zpět_na_obsah](#)

5.4 Další součásti hospitalizační dokumentace

5.4.1 Negativní revers

Záznam „Negativního reversu“ do hospitalizační dokumentace pacienta:

- Do poslední aktuální hospitalizační zprávy zapsat, že pacient odmítá příslušný zákrok eventuálně další hospitalizaci
- Založit další hospitalizační zprávu pod názvem „Negativní revers“ a do ní importovat předdefinovaný text „Prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem (zákonným zástupcem pacienta)“
- Doplnit do předdefinovaného textu konkrétní údaje (o zákroku, hospitalizaci atd.)
- U gravidních žen použít variantu „Prohlášení“ s uvedením ohrožení plodu
- Tisk této hospitalizační zprávy s „Prohlášením“
- Podpis pacienta event. zákonného zástupce, podpis lékaře a svědka
- Vytisknutý dokument je součástí dokumentace pacienta a zůstává přiložen v chorobopisu, pacientovi se nevydává

[zpět_na_obsah](#)

5.4.2 Doprovod pacienta

- Jedná se o dg Z 76.3 (Zdravá osoba doprovázející nemocnou osobu)
- Při přijetí sestra založí chorobopis doprovodu a vytiskne 1. list, část A a B
- V případě, že doprovod nemá trvalou medikaci, sestra v NIS přes medikace zadá stravu doprovodu

Pacienti – Specializovaně – Pokoje (najat na oddělení, které chci) – Oddělení - vyberu pacienta - Plán – Medikace - Zařaď – zadá odpovídající stravu

- V případě nutnosti zadávat léky, tuto činnost provede lékař
- Na konci hospitalizace se celý plán medikace vytiskne na bílou A4 a vloží do chorobopisu
- Při nutnosti vypsát pracovní neschopnost (PN), lékař vystaví a ukončí PN i v NIS.

Pacienti – Specializovaně – Pokoje (najat na oddělení, které chci) – Oddělení - vyberu pacienta - Info – Jiné - neschopenky – Zařaď – vyplnění event. ukončení PN

- Ošetřit vzdálení se doprovodu na určitou dobu z oddělení zápisem v dokumentaci a podpisem doprovodu.
- Zápis o právní zodpovědnosti rodiče za své dítě zadává sestra v I. hospitalizační zprávě – za ošetrovatelskou anamnézu, tiskne současně s ošetrovatelskou anamnézou a dává podepsat doprovodu dítěte. Zakládá se do dokumentace k dítěti.

[zpět_na_obsah](#)

5.4.3 Zápis o použití zdravotnického prostředku

O každém použití zdravotnického prostředku kategorie 2b musí být učiněn zápis v ordinacích lékaře a musí být zadána evidence tohoto přístroje v NIS.

Postup zadání:

Info » Hospitalizace»Přístroje » Zařaď»F 3 » Výběr přístroje z katalogu»Enter.

Tisk seznamu všech použitých zdravotnických prostředků (přístrojů) kategorie 2 b během hospitalizace

provádí při propuštění sestra nebo dokumentační pracovníce.

Při tisku najet kurzorem na poslední řádek zápisu a zadat Tisk

U pacientů, kteří byli během hospitalizace operováni, je nutné při propuštění rovněž vytisknout seznam použitých přístrojů kategorie 2 b.

Postup zadání:

Info » Operace » Přístroje » kurzor na poslední řádek » Tisk

[zpět_na_obsah](#)

5.5 Výjimky ze systému centrální dokumentace

5.5.1 ARO

Pro oddělení ARO je závazná dokumentace v NIS ve formě a rozsahu daném nařízením ředitele s následující výjimkou:

- nebude zaveden denní zápis v dekursu NIS (8. a další hospitalizační zprávě) - zpracování v programu nekompatibilním s NIS
- nebude zaváděna denní medikace v NIS
- (zpracovávána v nekompatibilním programu s NIS)
- v 6. hospitalizační zprávě bude zaveden Informovaný souhlas jako u ostatních, pokud pacient není schopen IS podepsat, bude tato skutečnost zapsána v Edukačním protokolu pacienta
- při propuštění a překlady bude medikace dne propuštění a další doporučená medikace zapsána do NIS v celém rozsahu dle všech pravidel zápisu medikace v NIS
- propouštěcí zpráva nebude obsahovat kompletní přehled komplementárních vyšetření, ale pouze jejich reprezentativní výběr
- při překlady na jiné oddělení NJ se do obálky chorobopisu pacienta založí vytištěná a lékařem podepsaná překladová zpráva ARO, Informovaný souhlas a ošetřovatelská dokumentace dle přílohy č. 7 B + dokumentace z hospitalizací na jiných odděleních nemocnice, na volný list se vytiskne nová obálka chorobopisu, ke které se přiloží ostatní papírová dokumentace ARO k archivaci na oddělení.
- popis vedení dokumentace je obsažen v příloze č. 7 tohoto dokumentu a obsahuje:
 - 1) Standard pro vedení lékařské dokumentace
 - 2) Standard pro vedení ošetřovatelské dokumentace
 - 3) Vysvětlivky zkratk použitých v tiskopisech

V ostatních bodech je nařízení závazné v plném rozsahu.

[zpět_na_obsah](#)

5.5.2 Gynekologicko – porodnické oddělení

- Součástí dokumentace je formulář Porodní křivka.
- Na oddělení Šestinedělí je obálkou dokumentace pacientek Porodopis, při překlady pacientky na jiné oddělení nemocnice sestra vytiskne obálku chorobopisu, ve které předá tištěné zprávy, viz strana 5 - 6 a 29 - 30 tohoto MP, nejdéle do 10 dnů zkompletuje odpovědná osoba oddělení dokumentaci do obálky porodopisu a předá na přebírající oddělení.

V ostatních bodech je nařízení závazné v plném rozsahu.

[zpět_na_obsah](#)

5.5.3 Onkologické oddělení

- Speciální schémata pro vedení chemoterapie jsou předdefinována formou předdefinovaných textů a budou importována do Hospitalizačních zpráv, poté upravena elektronicky do příslušné konkrétní podoby, vytištěna a dle nich provedena aplikace chemoterapeutického postupu. Změna proti tomuto konkrétnímu schématu bude zaznamenána v běžném dekursu pacienta.
- Tumormarkery:

V dokumentaci mimo NIS je zaveden dokument "Tumormarkery". Každý zápis do něj bude opatřen jmenovkou a podpisem lékaře.

- Chemoterapeutický záznam
V dokumentaci mimo NIS je zaveden dokument „Chemoterapeutický záznam“. Bude opatřen hlavičkou (razítkem oddělení) a každý zápis do něj bude opatřen jmenovkou a podpisem lékaře.
- Souhlas s poskytováním informací příbuzným u ambulantních pacientů
- V předdefinovaných textech pro oddělení v NIS je vytvořen text souhlasu, který je tištěn do ambulantní karty a signován za podmínek platných pro informované souhlasy

V ostatních bodech je nařízení závazné v plném rozsahu.

[zpět_na_obsah](#)

5.5.4 Dětské oddělení

- Na JIP novorozenců II. Hospitalizační zpráva – ošetrovatelský proces – se zpracovává v programu nekompatibilním s NIS. Vzor tiskopisu ve formulářích na intranetu.
- Speciální dokumenty mimo NIS: Množství odebrané krve u dětí s váhou pod 2500g na JIP novorozenců, Protokol o fototerapii Hodrův graf, Protokol o fototerapii hyperbilirubinemie, Záznam hospitalizace.

[zpět_na_obsah](#)

5.5.5 Rehabilitační oddělení

Na Rehabilitačním oddělení a OGNP je záznam rehabilitace prováděn v 9. hospitalizační zprávě která je standardně nazvána „Rehabilitační záznam“. Tento termín je nutno zapsat do prvního řádku založené hospitalizační zprávy se znakem: na konci tak, aby se zobrazil jako název příslušné HS.

[zpět_na_obsah](#)

5.5.6 Interní oddělení - Hemodialýza

Zdravotnická dokumentace je vedená ve speciálním PC programu pro dialýzy – NEFRIS. Je společná pro lékaře i sestry, tiskopisy jsou umístěné na intranetu ve formulářích.

- Dialyzační protokol
 - Záznamy o průběhu jedné dialýzy, po ukončení dialýzy tisk protokolu, založení do dokumentace pacienta
- Dialyzační předpis
 - zadávání ordinací a jejich plnění, po ukončení dialýzy založení do dokumentace pacienta
- Protokol nefrologického vyšetření
 - Kompletní shrnutí léčby
 - Provádí se 1 x měsíčně
 - tisk, založení do dokumentace pacienta
- Zadání ordinací
 - Ordinance k dialýze vytváří lékař dialyzačního střediska, na základě komplexního zhodnocení klinických a laboratorních nálezů pacienta ve speciálním programu Nefris do dialyzačního předpisu. Z důvodu včasné přípravy dialyzačního přístroje předá lékař sestřím vytisknu dialyzační předpis před zahájením dialýzy.
 - Lékařská vizita probíhá po napojení pacientů. Nové ordinace či změnu stávajících zaznamená lékař písemně na předpis s ordinacemi, vizitu zapisuje do protokolu v počítači.
 - Sestra zaznamenává průběh dialýzy do protokolu v počítači a do dialyzačního předpisu. Splnění ordinací stvrdí do dialyzačního předpisu jmenovkou a podpisem. Po ukončení dialýzy vytiskne dialyzační protokol a spolu s lékařem ho opatří podpisem. Lékař zohlední průběh dialýzy do ordinací pro následující dialýzu.
- Tištěná dokumentace
 - Informovaný souhlas
 - Souhlas se zařazením do Národního registru dialyzovaných pacientů České nefrologické

společnosti

- Příprava pacienta s chronickým selháním ledvin k zařazení do PDL (edukační a informační list), příprava pacienta

- Ošetřovatelská anamnéza

vyplní primární sestra u svých pacientů po zařazení pacienta do pravidelné dialyzační léčby kontrola a úprava 1x měsíčně

- Překladová ošetřovatelská zpráva

vyplní sestra dialýzy při odeslání pacienta k hospitalizaci

- Archivace výsledků:

Každý pacient má obálku s výsledky na 1 rok. Obálky jsou uloženy v archivu dialýzy po celou dobu léčby. Po vyřazení pacienta z dialyzační léčby budou obálky uloženy v centrálním archivu současně s dokumentací

[zpět_na_obsah](#)

5.6 Vedení dokumentace na operačních sálech

5.6.1 Zařazení pacienta do fronty na operaci a práce na operačním sále

Sestra lůžkového oddělení nebo JIP zařadí příslušného pacienta do *Fronty na operaci* podle operačního programu event. dle dekursu u akutních operací na příslušný operační sál (týká se všech klinických oddělení, např. z interních oddělení při ambulantní operaci na chirurgii atd.)

*z pozice oddělení: plán-požadavky-oper-F3-chirurgie operační sály-najet na příslušný operační sál-zařad'-vyplnit okno * podle operačního programu-uložit F2-3 x Esc-jsme zpět na oddělení*

*Vyplnění okna:

- Záležitost – na jaký jde výkon dle programu
- Ke komu – jméno operátora
- Na kdy – den operace (nastaví se samo, pokud je na jiný den, přepsat)
- Typ operace
 - 0 - žádná
 - 1 - neodkladná
 - 2 - jiná

[zpět_na_obsah](#)

5.6.2 Zpracování operačního protokolu

na sále se zpracovává **Operační protokol** pacienta zařazený do Fronty na operaci z oddělení nebo z ambulance

Přístup do fronty na operaci:

Pacienti *Enter*

Specializovaně *Enter*

Oper *Enter*

zobrazí se **Fronta na operaci** (seznam pacientů, kteří jsou nebo budou z oddělení nebo ambulance odesláni na sál)

najet kurzorem na řádek pacienta, jehož operaci chceme zapisovat

na horním příkazovém menu najet na **Zpracování** - *Enter*

na obrazovce se objeví operační záznam (karta) pacienta –

obdoba operačního protokolu nynějšího

najet v horním řádku Menu na **Text** - *Enter*

vyplnit:

- Anestezie
- Operatér
- Asistenti

- Sestry sálové (obě)
- 1. operační diagnóza nebo diagnózy
- 2. operační výkon
- 3. u laparoskopických výkonů čas začátku a konec (sleduje VZP kontrola, dle délky vykázat počet laparo)
- 4. popis operačního výkonu a případných komplikací
- 5. zapsat do protokolu čísla provedených výkonů
- 6. zapsat materiál odeslaný na histologii nebo bakteriologii
- 7. zadat čísla výkonů do příslušného menu event. i s DRG
- 8. zadat pomocí předdefinovaných skupin kódy použitých přístrojů kategorie 2 b na jednotlivých sálech (jednotlivě nebo pomocí předdefinovaných skupin)
- 9. vytisknout operační protokol
- 10. uložit s vyřazením (nutno provést v operační den, jinak datum operací v přehledech nesouhlasí se skutečným datem operace)
 - **Zapsat medikaci pacienta na operační den do příslušného menu, event. doporučení při překladu na sdruženou JIP chirurgických oborů**
 - **zapsat do aktuální Hospitalizační zprávy Operační výkon**
 - **Zadat pacienta do příslušných front (pooperační RTG, histologie, cytologie, bakteriologie, atd.)**

Ihned tisk operačního protokolu a podpis lékaře.

Postup je identický u výkonů na jednodenní chirurgii, vytištěný a podepsaný protokol se zakládá a archivuje spolu s ostatní dokumentací jednodenní chirurgie.

V případě krizové situace je možno zápis operačního protokolu odložit do doby pominutí krizové situace, poté bude zápis proveden bez prodlení

[zpět_na_obsah](#)

5.6.3 Operační programy

Operační programy vypracovává každé oddělení dle vlastních potřeb a zvyklostí.

Vzhledem k tomu, že obsahují identifikační údaje pacientů a data o jejich zdravotním stavu, je povinné operační programy, které nejsou archivovány, znehodnotit. Za znehodnocení operačních programů následující den jsou zodpovědné staniční sestry oddělení, pro která jsou operační programy vydány a jsou tímto oddělením označeny.

[zpět_na_obsah](#)

5.6.4 Sesterská dokumentace na operačních sálech

5.6.4.1 Záznam perioperační péče – Centrální operační sály (COS)

Záznam perioperační péče se vyplňuje při každém operačním výkonu.

Záznam vyplňuje obíhající sestra.

Při vstupu klienta (pacienta) na operační sál se nalepí na tiskopis štítek se jménem pacienta, vyplní datum, podle operačního programu se doplní operační výkon (u akutních výkonů podle chorobopisu).

Čas incize se zapíše do začátku operace, doplní se poloha pacienta.

Dále sestra vyplní operační skupinu, včetně sanitáře.

V průběhu operace doplňuje obíhající sestra další údaje v záznamu (pokud byly požadovány):

- asepse operačního pole
- přítomnost RTG laboranta
- použití kontrastní látky
- použití turniketu
- kapnoperitoneum
- zavedení močového katétru perioperačně
- případné známé alergie
- změny na kůži perioperačně
- použití koagulace
- místo připevnění neutrální elektrody

- odběr biologického materiálu
- drény
- výplachy
- léky perioperačně
- použití incizní fólie
- odsouhlasení počtu použitých břišních roušek

Do záznamu se dále zapisují nebo nalepují štítky použitých implantátů, šicího materiálu, rouškování, operačních plášťů, indikátory sterilizace.

Čas zalepení operační rány se zapíše jako konec operace.

[zpět_na_obsah](#)

5.6.4.2 Záznam perioperační péče – Oční operační sál

Vyplňování záznamu perioperační péče probíhá stejně, jako na COS, záznam je upraven pouze pro oční operační výkony.

[zpět_na_obsah](#)

6. Ambulantní dokumentace

6.1 Ambulantní a konziliární vyšetření

6.1.1 Ambulantní karta

Zpracovává se **Ambulantní karta** pacienta zařazeného do Fronty na ambulanci z evidence nebo z oddělení (konzilia)

Po dokončení zápisu vyšetření nebo konzilia a zápisů kódů pro ZP **má lékař povinnost kartu uzavřít** – tj. uložit a vyřadit z fronty oddělení – tím je vyšetření uzavřeno a jeho text je nezměnitelný. Nelze tedy ponechat kartu otevřenou do doby dalšího vyšetření - pokud je pacient opakovaně vyšetřen a ošetřen na identické ambulanci s tímž onemocněním, je lékař povinen uloženou kartu obnovit v příslušném menu NIS, tedy nikoli zakládat novou ambulantní kartu. Tato se zakládá pouze v případě, že se pacient dostaví na ambulanci s novým onemocněním.

Přístup do fronty na ambulanci:

Pacienti *Enter*
Specializovaně *Enter*
Amb *Enter*

zobrazí se **Fronta na ambulanci** (výběr ambulančí příslušné kliniky)

- najet kurzorem na řádek pacienta, jehož vyšetření chceme zpracovávat
- na horním příkazovém menu najet na **Zpracování** *Enter*
na obrazovce se objeví karta pacienta
- Vyplnit záhlaví karty, pokud již není předvyplněno při zařazení pacienta do fronty (*přepínání mezi základním a textem - alt + T/alt + K*)
- vytvořit text ambulantní karty dle následující struktury:
 - epikríza a anamnéza vztahující se k vyšetření a ošetření (pokud se jedná o pacienta s chron. onem. je závazná aktualizace epikrízy a anamnézy v ambulantní kartě minimálně 1 x za 2 roky), v případě, že je pacient odeslán do ambulantní specializované péče, lze využít vstupního vyšetření z hospitalizace po dobu 30 dnů
 - [u pacientů s biologickou léčbou je součástí klinického vyšetření lékařem hodnocení výkonnostního stavu pacienta, v Komplexním onkologickém centru dle škály ECOG – Performance status \(PS 0-5\), v Centru demyelinizačních onemocnění dle škály EDSS - speciální škály disability \(EDSS 0-10\). Hodnotící škály jsou uvedeny v příloze č. 10](#)
 - objektivní nález
 - diagnostický závěr

- léčebná opatření
- doporučení dalšího postupu event. zápis o ukončení léčby a předání pacienta
- vytisknout kartu z příslušného menu, tisk vždy podepsat (důležité při konziliárních vyšetřeních)
- (tisk s průpisem, originál vydat pacientovi, průpis archivovat)
- zadat kódy provedených výkonů a příslušný kód ambulantního vyšetření v příslušném menu
- uložit kartu s vyřazením z Fronty na ambulanci

Kartu vytisknout s průpisem v menu TISK.

Originál i kopii podepsat:

- originál zůstává pacientovi
- pokud se jedná o konziliární vyšetření, pak originál zůstává v dokumentaci pacienta
- kopie se zakládá v archivované ambulantní dokumentaci

Dokumentace ambulantního vyšetření (event. konzilia) musí být vyhotovena v rozsahu daném tímto metodickým pokynem ihned po dokončení vyšetření a ošetření pacienta

[zpět_na_obsah](#)

6.1.2 Metodika ordinací lékaře na Ambulantním traktu (AT)

- Ordinace lékaře je zaznamenána v dokumentaci

Sestra vytvoří žádanku na ordinované vyšetření ve zdravotnické dokumentaci (kde je jasně specifikováno požadované vyšetření) a odesílá pacienta na příslušné místo k provedení tohoto vyšetření.

- Ordinace lékaře není zaznamenána v dokumentaci

Bez ordinace ve zdravotnické dokumentaci až na výjimky sestra nesmí samostatně vypisovat žádanku a odesílat pacienty na vyšetření (RTG, SONO, CT, MR, AG).

Výjimky, (kdy smí tuto žádanku vypsat bez ordinace lékaře a pacienta samostatně na vyšetření odeslat) výlučně pouze pro RTG v rámci provozu AT v případě, že je příslušný lékař v daný okamžik zaneprázdněn jinou činností:

- po odebrané anamnéze jedná- li se o izolované poranění končetin
- po odebrané anamnéze, jedná- li se o izolované poranění lebky resp. v kombinaci s poraněním končetin

[zpět_na_obsah](#)

6.1.3 Záznam negativního reversu do ambulantní dokumentace

- Do ambulantní karty zapsat, že pacient odmítá příslušný zákrok eventuálně hospitalizaci
- Do ambulantní karty importovat předdefinovaný text „Prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem (zákoným zástupcem pacienta)
- Doplnit do předdefinovaného textu konkrétní údaje (o zákroku, nutnosti hospitalizaci atd.)
- U gravidních žen použít variantu „Prohlášení“ s uvedením ohrožení plodu
- Kartou vytisknout s průpisem v menu TISK
- Podpis pacienta event. zákonného zástupce, podpis lékaře a svědka na originál i průpis ambulantní karty (**originální podpis na obě karty, nikoli průpisem!!!!**)
 - originál zůstává pacientovi
 - pokud se jedná o konziliární vyšetření, pak originál zůstává v dokumentaci pacienta
 - kopie se zakládá v archivované ambulantní dokumentaci

[zpět_na_obsah](#)

6.2 Záznam fyzioterapie

Postup v NIS je identický se způsobem zpracování konzilií.

- Ošetřující lékař na lůžkovém oddělení v menu „Medikace“ ordinuje fyzioterapii s přesnou specifikací, co od fyzioterapeuta požaduje (chůze s oporou, bez opory, s jakou zátěží, na lůžku atd.)

- Sestra přes menu NIS-REH_E požadavek fyzioterapeutovi zadá stejným způsobem jako konzilia (v užší specifikaci zadá dle ordinace lékaře)
- Fyzioterapeut na základě vstupního kineziologického rozboru dle standardu rehabilitačního oddělení č. 9 nebo 9 a, stanoví terapeutický plán a provede výběr vhodných metodických postupů k dosažení terapeutického cíle – toto zapíše do menu ambulantní karty. Poté je denně dokumentována realizace, denně je zápis uložen a karta vyřazena z fronty. Dle ordinace ošetřujícího lékaře je stejným algoritmem zadáno do fronty REH_E a karta obnovena fyzioterapeutem.
- 1x týdně a při ukončení terapie provede fyzioterapeut kineziologické kontrolní vyšetření a zdokumentuje v kartě.
- Pokud je třeba konzultace rehabilitačního lékaře, provádí se stejným způsobem jako ostatní konzilia přes frontu REH_A

[zpět_na_obsah](#)

6.3 Záznam zdravotně – sociálního pracovníka

Postup v NIS je identický se způsobem zpracování konzilií.

- Ošetřující lékař na lůžkovém oddělení v menu „Medikace“ ordinuje vyšetření zdravotně – sociálním pracovníkem (dále ZSP)
- ZSP zpracuje zejména na základě získaných informací a pohovorem s pacientem sociální anamnézu do 24 hod., v So, Ne a svátky do 72 hodin dle následující struktury:
 - rodinné zázemí, kontakty
 - podmínky dosavadního bydlení a stravování
 - schopnost starat se o sebe v domácnosti
 - stávající sociální pomoc/domácí péče, pečovatelská služba atd./
 - sociální dávky, poživatel důchodu /ID,SD/
 - používání kompenzačních pomůcek
 - jiné důležité skutečnosti týkající se sociální situace pacienta

Po vyplnění ambulantní karty sociální záznam 2 x vytiskne a podepíše, 1x založí do dokumentace pacienta a 1 x do své kartotéky.

- Po vstupním vyšetření informuje lékaře o zjištěných potřebách nemocného, kontaktuje rodinu a další potřebné subjekty.

Do karty provádí každý aktuální záznam a nová zjištění týkající se pacienta.

[zpět_na_obsah](#)

6.3.1 Zadávání pacienta v NIS pro ZSP

Z oddělení:

- plán-požadavek-ambul.-F3 výběr-všechny-LDN-LDN S/sociální pracovníci/ -zařad'-vyplnit tabulku -F2 /uložit/
- plán – požadavek- ambul- F3 výběr- LDNC / sociální lůžka--zařad'-vyplnit tabulku -F2 /uložit/

Z ambulance:

- požadavek-ambul.-F3 výběr-všechny-LDN-LDN S/sociální pracovníci -zařad'-vyplnit tabulku - F2/uložit/

[zpět_na_obsah](#)

6.3.2 Záznam ZSP na OGNP

Záznam je prováděn v 10. hospitalizační zprávě, která je nazvaná "Sociální záznam". Tento termín je nutno zapsat do prvního řádku založené hospitalizační zprávy se znakem: na konci tak, aby se zobrazil jako název příslušné HS.

ZSP na základě informací od pacienta a ošetřujícího lékaře zpracuje sociální anamnézu do 48 hod, o víkendech a svátcích do 72 hodin u všech přijatých pacientů dle následující struktury (je shodná se současně uvedenou):

- kontakt na rodinu, kde bydlí, s kým bydlí, jak zvládá péči o sebe, případně, kdo mu pomáhá
- záznam doplňuje dle aktuálních zjištění, zapisuje výsledky jednání s rodinami, soc. ústavy, orgány státní správy
- na základě požadavků ošetřujícího lékaře doplňuje průběžně další informace týkající se soc. situace pacienta.
- lékaři si sami aktivně tyto informace čtou, není třeba je tisknout.
- Při ukončení hospitalizace ZSP uzavře také sociální záznam, 2 x záznam vytiskne, podepíše a založí 1x do dokumentace pacienta, 1 x zůstane v kartotéce OGNP

[zpět_na_obsah](#)

6.3.3 Záznam ZSP na OGNP/ sociální lůžka

Záznam je prováděn v souladu se záznamem ZPS na OGNP, tedy do 10. hospitalizační zprávy. ZSP na základě informací od pacienta a ošetřujícího lékaře zpracuje sociální anamnézu do 48 hod, o víkendech a svátcích do 72 hodin u všech přijatých pacientů dle následující struktury - kontakt na rodinu, kde bydlí, s kým bydlí, jak zvládá péči o sebe, případně, kdo mu pomáhá, finanční zajištění. Záznam doplňuje dle aktuálních zjištění, zapisuje výsledky jednání s rodinami, soc. ústavy, orgány státní správy. Dále:

- při nástupu klienta na sociální lůžka v Nemocnici Jihlava začínají vypracovávat sociální pracovník a klíčový pracovník společně s klientem formulář v NIS (předdefinované texty) Individuální plán klienta sociálního lůžka, v rámci něhož zjišťuje jeho potřeby, zvyklosti, přání, obavy a rozsah potřebné podpory.
- aktualizace plánu probíhá vždy na základě požadavků ze strany klienta, na základě průběžného nebo závěrečného vyhodnocení splnění cíle, případně při změnách souvisejících se zdravotním stavem klienta, nejméně však jednou za 3 měsíce (včetně tisku a podpisu ZSP).
- při ukončení hospitalizace ZSP uzavře sociální záznam, zhodnotí plnění individuálního plánu, vytiskne, podepíše a založí do dokumentace pacienta

[zpět_na_obsah](#)

6.4 Záznam nutričního terapeuta

Postup v NIS je identický se způsobem zpracování konzilií.

Sestra po vyhodnocení nutričního screeningu zadá rizikové pacienty do Edukačně nutriční ambulance. K mírně malnutričním pacientům (2-4 body) se dostaví nutriční terapeut (NT) do 48 h, So, Ne a svátky do 72 h.

K malnutričním pacientům (5 a více bodů) se dostaví NT do 24 h, So, Ne a svátky do 72 h.

NT vytvoří text do ambulantní karty dle následující struktury:

- anamnéza pacienta vztahující se k edukaci či malnutrici
- objektivní nález
- diagnostický závěr
- léčebná opatření
- doporučení dalšího postupu event. zápis o ukončení léčby a předání pacienta

Tisk – celé s hlavičkou

- vytisknout kartu, tisk vždy podepsat (důležité při konziliálních vyšetřeních)
- tisk s průpisem, originál založit pacientovi do dokumentace, průpis do kartotéky nutričních terapeutů

[zpět_na_obsah](#)

6.5 Záznam klinického psychologa

Postup v NIS je identický se způsobem zpracování konzilií.

Ošetřující lékař v ambulanci nebo na lůžkovém oddělení v menu „Medikace“ vybere ambulanci PSYCH-A, ordinuje vyšetření Klinickým psychologem (dále KP) s přesnou specifikací co od KP požaduje (např., psychoterapie, krizová intervence, zhodnocení kognitivních funkcí, cílené vyšetření aj...)

KP zpracuje na základě informací získaných klinickým vyšetřením, psychoterapeutickým rozhovorem, nebo testovým vyšetřením, psychologickou zprávu do následujícího pracovního dne dle následné

struktury:

- anamnéza pacienta vztahující se k vyšetření
- užité diagnostické metody a jejich výsledky
- objektivní nález
- diagnostický závěr
- navržená psychoterapeutická opatření k dosažení terapeutického cíle
- dle možností a potřeb pacienta, doporučení dalšího postupu případně zápis o ukončení léčby nebo předání pacienta

Tisk - celé s hlavičkou

- po vyplnění ambulantní karty text 2x vytiskne, tisk vždy podepsat a opatřit razítkem ambulance (důležité při konziliárních vyšetřeních)
- tisk 1x založí do dokumentace pacienta, 1x do své kartotéky

V případě neodkladné potřeby, informuje ihned, po vstupním vyšetření ošetřujícího lékaře o zjištěném psychologickém nálezu a doporučí, vhodný následný terapeutický postup.

Do Ambulantní karty, zaznamenává bezodkladně každý aktuální záznam a nová zjištění týkající se pacienta.

zpět_na_obsah

6.6 Zápis telefonických konzultací s Antibiotickým střediskem

Po telefonické konzultaci lékaře klinických oborů s lékařem antibiotického střediska je lékař antibiotického střediska povinen výsledek konzultace implementovat do systému NIS v menu Info – lab HBM.

Výsledek musí obsahovat následující informace:

- Systémem generovanou hlavičku, obsahující identifikační údaje pacienta a oddělení, pro které je konzultace prováděna
- S kterým lékařem telefonická konzultace byla provedena
- Základní diagnóza, pro kterou je pacienta léčen ATB
- Laboratorní výsledky, na jejichž podkladě je příslušné ATB indikováno (CRP, PCT, mikrob., atd.)
- Navržené antibiotikum a dávka

zpět_na_obsah

6.7 Výsledky komplementárních vyšetření

Všechny výstupy komplementárních vyšetření je oddělení, které je zhotovilo, povinné vytisknout a odpovědný lékař jej musí signovat a opatřit jmenovkou, pokud tato není generována elektronicky. Poté jsou výsledky odeslány na příslušné oddělení, kde se stávají součástí dokumentace pacienta. Pokud se výsledek komplementárního vyšetření změní revizí příslušného specialisty komplementu, je tento povinen informovat telefonicky příslušného lékaře na klinickém oddělení a ten je povinen o této skutečnosti učinit záznam do hospitalizační zprávy.

Ošetřující lékař je povinen vidovat výsledky vyšetření v NIS do 24 hod. od dodání výsledku laboratoří do NIS. (Lab - Detailně - F2 potvrzení).

Kritické hodnoty laborant zavolá ihned po zjištění lékaři nebo sestře příslušného klinického oddělení a zaznamená si jméno pracovníka, který informaci přijal. Pokud informaci o kritické hodnotě přejímá sestra, je povinna ji ihned nahlásit kompetentnímu lékaři a zapsat do sesterské dokumentace v NIS jméno lékaře, kterému informaci předala a čas ve kterém mu ji předala. Činnost lékaře je závislá na typu a závažnosti informace a je dána příslušnou metodikou.

Pokud ošetřující lékař dle potřeb a zvyklostí oddělení vytiskne v příslušném menu **Porovnání** výsledků vyšetření v časové ose, tento výtisk se stává součástí dokumentace pacienta a musí být do této dokumentace založen.

Výjimka:

Glykemický profil

Výsledky glykemií lze zaznamenávat na list Glykemický profil, každý záznam musí být signován sestrou

a 1 x za 24 hod. ověřen lékařem (podpis a jmenovka).

Na dětském oddělení lze u dětských diabetiků používat Záznam hospitalizace, vydaný Edukačním centrem pro diabetiky. Veškeré zápisy musí být vždy signovány, ověření výsledků lékařem 1 x za 24 hod. (podpis a jmenovka).

[zpět_na_obsah](#)

7. Standard pro vedení jednotné ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace je vedená ve třech úrovních: v NIS, na tištěných formulářích a pomocí záznamů v určených denících, nedílnou součástí jsou standardy ošetrovatelské péče, umístěné v tištěné formě na všech klinických odděleních.

7.1 Sesterská dokumentace v NIS

- I. Hospitalizační zpráva – Sesterská dokumentace
- II. Hospitalizační zpráva – Ošetrovatelský proces
- ?. Hospitalizační zpráva – Překladová sesterská zpráva
- Plán činnosti sestry

[zpět_na_obsah](#)

7.1.1 Sesterská dokumentace – I. hospitalizační zpráva

Ošetrovatelskou anamnézu zpracovává sestra, pokud se jedná o:

- příjem pacienta
- překlad pacienta z OGPN NJ
- překlad pacienta z JIP či jiného oddělení, kde nebyla vypsána pro krátkodobou hospitalizaci

V předdefinovaném textu Ošetrovatelská anamnéza je zakomponován i Barthel (ADL) test soběstačnosti.

- Do této hospitalizační zprávy si sestra při příjmu pacienta zkopíruje z předdefinovaných textů „Ošetrovatelská anamnéza“
- Ošetrovatelská anamnéza je rozdělena do několika okruhů (anamnestické údaje, hodnocení nemocného sestrou, sociální situace, hodnocení nutričního stavu, zjištění rizika pádu, soupis převzatých věcí a cenností, poučení nemocného, záznam o seznámení pacienta s Právy pacientů/Chartou práv hospitalizovaných dětí)
- Při vypisování této zprávy označí sestra vybranou položku * do předepsaných závorek (*) ano (*) ne
- Po vypsání je tato zpráva vytištěna, podepsána sestrou i pacientem a založena do dokumentace
- Tato zpráva musí být vypsána do 24 hodin od přijetí pacienta
- V rámci jednoho hospitalizačního případu je tato zpráva vypsána pouze na vstupním oddělení- viz popis v kapitole „Závazná struktura hospitalizačních zpráv“

Plnění úkolů, které sestře vyplynou při vyplňování Ošetrovatelské anamnézy:

- Vyjde-li při provedení testu rizika vzniku dekubitů skóre 25 a méně, sestra založí Plán prevence vzniku dekubitů
- Vyjde-li u hodnocení nutričního stavu 2 a více bodů, kontaktuje nutričního terapeuta a to tak, že příslušného pacienta zařadí v NIS do fronty Edukačně nutriční ambulance, Vyjde-li hodnocení NS 2 body z důvodu, že pacienta nelze změřit a zvážit, je sestra povinna konzultovat potřebu nutriční intervence s lékařem, poté označí (*) intervence není nutná – doplní po dohodě s lékařem.
- Zjistí-li sestra při příjmu pacienta, že tento má na těle dekubity či jiné chronické defekty, jejichž ošetřování spadá do kompetence sestry, založí protokol Ošetřování dekubitů a jiných chronických ran
- Uvede-li sestra při příjmu pacienta, že trpí bolestí, zadá u pacienta ošetrovatelskou diagnózu bolest a provádí její hodnocení (akutní – do grafické karty, chronická – do ošetrovatelského listu)

- Barthel test), provede sestra u pacienta při jakémkoliv snížené schopnosti v oblasti sebe péče. Vyjde –li v hodnocení Barthel testu jakýkoliv stupeň závislosti, zadá sestra ošetřovatelskou diagnózu Sebepečce s vytvořením individuálního plánu, vztahujícího se k deficitní oblasti.
- Přehodnocení soběstačnosti pacienta se provádí pravidelně po 14 dnech, na následné péči po měsíci. Dále vždy při změně stavu pacienta, při překladech - převzetí z jiné kliniky, při propuštění se provádí pouze v případě, že trvá oš.dg. Sebepečce. Založí se nová hospitalizační zpráva Barthel (ADL) test: do ní se zkopíruje z předdefinovaných textů tabulka pro záznamy měření, tato tabulka se tiskne až při propuštění pacienta a založí do dokumentace.
- Vyjde-li při vyhodnocení rizika pádu skóre 7 a více - znamenající, že pacient patří do rizikové skupiny, označí sestra jeho lůžko červeným páskem a zadá u tohoto pacienta ošetřovatelskou diagnózu Riziko pádu a zranění.
- Vyjde-li v hodnocení pacientovi sociální situace nutnost zajištění další péče po plánovaném propuštění, zadá oš. lékař do NIS vyšetření zdravotně – sociálním pracovníkem (viz kapitola 3.3). Vystane-li během léčebného procesu pacienta situace, kdy se nemůže vrátit do svého původního prostředí, bude propuštění plánováno.
- V případě, že informace od pacienta získat nelze z důvodu bezvědomí, afázie či dezorientace, NLZP o této skutečnosti učiní záznam do oš. procesu. U pacientů s doprovodem odebírá NLZP informace od doprovodu, pokud je pacient bez doprovodu, doplňuje NLZP informace o pacientovi během hospitalizace.

zpět_na_obsah

7.1.2 Ošetřovatelský proces – II. hospitalizační zpráva

Do této hospitalizační zprávy budou sestry provádět zápisy o průběhu poskytované ošetřovatelské péče formou ošetřovatelských diagnóz.

Vypracované ošetřovatelské diagnózy má každá sestra k dispozici v předdefinovaných textech.

Při příjmu pacienta zvolí pořadí diagnóz dle priority.

U každé zadané ošetřovatelské diagnózy označí (*) z nabídky:

- důvod, pro který tuto diagnózu zvolila
- cíl, kterého chce u pacienta dosáhnout
- aktuální intervence (plán ošetřovatelské péče)

Pod zadanou diagnózou je vždy uvedeno jméno sestry, která ji zadala.

Při překladech či propuštění pacienta je v případě dosažení cíle vepsáno jméno sestry, která danou diagnózu ukončila nebo fakt, že tato diagnóza trvá

V průběhu hospitalizace pacienta sestry zařazují aktuální oš.diagnózy, dle vzniklých potřeb pacienta

Do této zprávy budou sestry provádět zápisy v průběhu celé hospitalizace pacienta (minimálně 1 x za směnu)

Krátkodobá hospitalizace (do 72 hodin)

- u pacientů, kde se předpokládá, že délka hospitalizace nepřesáhne 72 hodin, sestra nemusí používat zápisy formou ošetřovatelských diagnóz
- při přijetí sestra vytvoří pacientovi individuální plán ošetřovatelské péče
- další zápisy tvoří volná esej hodnocení pacientova stavu
- v případě, že dojde k prodloužení hospitalizace nad 72 hodin, je nutné zadat pacientovi ošetřovatelské diagnózy a dále postupovat, jak je popsáno výše

V den propuštění, překladech pacienta na OGNP nebo do jiného zařízení:

Provede sestra souhrnné hodnocení poskytované ošetřovatelské péče (dosažení cíle) a zapíše fakt, že pacient byl propuštěn nebo komu byl předán do péče.

Po provedení posledního zápisu se tato zpráva vytiskne, sestra ji podepíše a založí do dokumentace pacienta.

V případě překladech pacienta na jinou kliniku v rámci NJ sestra provede:

- vyjádření k jednotlivým ošetřovatelským diagnózám
- pod každou oš.dg.(v předdefinovaných textech)dopíše, zda pokračuje či je ukončena

- pod poslední zápis zkopíruje z položky SPOL předdefinovaný text „**Zhodnocení pacienta při překladu**“ a vyplní předepsané kolonky
- po vyplnění tohoto textu vše uloží F2 a tuto zprávu vytiskne a opatří svým podpisem při předání pacienta potvrdí podpisem přejímající sestra a tato zpráva se vrací zpět na oddělení
- **před předáním pacienta v NIS na jinou kliniku tuto hospitalizační zprávu uzamkne** a to tak že: po otevření hospitalizační zprávy najede kurzorem na její začátek k nadpisu Ošetřovatelský proces: a do tohoto řádku **před: vepíše** zkratku svého oddělení, například – Ošetřovatelský proces TRN:
tímto krokem je zpráva uzamčená a označená názvem oddělení

Při převzetí pacienta z jiné kliniky NJ si sestra založí novou hospitalizační zprávu s přesným označením **Ošetřovatelský proces:**

- dále pracuje s touto zprávou jako při příjmu pacienta
- tj. zkopíruje si z předdefinovaných textů aktuální ošetřovatelské diagnózy

Tato zpráva je odemčená pro možnost pracovat s ošetřovatelskými diagnózami vždy jen na té klinice, kde je pacient aktuálně hospitalizován.

zpět_na_obsah

7.1.3 Edukační protokol – III. hospitalizační zpráva

Do této hospitalizační zprávy provádí sestra zápisy o edukaci pacienta a jeho rodiny v rámci svých kompetencí.

V den propuštění provede sestra záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetřovatelské péče (režimová opatření, dieta, trvání PN, další kontroly apod.)

Po provedení posledního zápisu zprávu vytiskne, podepíše a založí do dokumentace pacienta.

zpět_na_obsah

7.1.4 Překladová sesterská zpráva – X. hospitalizační zpráva

Tato zpráva bude založena pouze při překladu pacienta na OGNP NJ nebo při překladu na jiné pracoviště mimo NJ.

V tomto případě sestra založí novou hospitalizační zprávu – Překladová sesterská zpráva a do ní si z předdefinovaných textů zkopíruje „Výstupní ošetřovatelský list“.

Tato zpráva obsahuje – aktuální ošetřovatelské diagnózy, zhodnocení aktuálního stavu pacienta a záznam o podání posledních medikací.

Součástí této zprávy je i soupis věcí pacienta

Po vypsání je tato zpráva vytištěna, podepsána sestrou a předána s pacientem spolu s lékařskou propouštěcí zprávou

V případě překladu pacienta na **OGNP** v rámci naší nemocnice je tato zpráva vytištěna 2x. Jedna zpráva se nám vrátí zpět podepsána přejímající sestrou a je založena do dokumentace pacienta.

Při překladu pacienta na jinou kliniku sestra předává spolu s pacientem v obálce chorobopisu:

Ošetřovatelský proces – ten se po podpisu přejímající sestrou vrací zpět a všechny rozpracované tiskopisy:

- Ošetřovatelský list
- Grafickou kartu bolesti
- Plán prevence dekubitů
- Záznam fyziologických funkcí a bilance tekutin
- Ošetřování dekubitů a jiných kožních defektů
- Glykemický profil

Předání ostatních částí dokumentace – viz strana 5 a 6 tohoto MP.

zpět_na_obsah

7.1.5 Plán činnosti sestry

Plán činnosti sestry si sestra vytvoří na základě správně časově zadaných ordinací lékaře a vytiskne do dokumentace pacienta.

Tento plán si sestra tiskne:

- Při příjmu pacienta
- Při velké změně ordinací (po operaci, po vyšetření apod.)
- Na další následující den (noční služba)

NIS umožňuje 2 způsoby formy tisku Plánu činnosti sestry

1. Stručněji (z menu: pacient-plán-lůžko-tisk-tisk ručně)
2. Obsáhleji (z menu: pacient-plán-lůžko-tisk-tisk obsáhleji)

Doplnění ordinací lékařem během dne se musí zaznačit do již vytištěného plánu činnosti sestry ručně, lékař je povinen současně tuto ordinaci zanést do NISu.

Doplněná ordinace musí obsahovat: čas, přesné znění ordinace, jmenovku a podpis lékaře.

Provedení záznamů o splnění činnosti

Odškrtnutí splnění jednotlivých položek plánu činnosti sestry dle způsobu tisku:

- Tisk stručně – odškrtnutím (fajfkou) na začátku medikace či ordinace
- Tisk obsáhleji – odškrtnutím (fajfkou) na konci řádku do kolonky splněno
- Opiáty – červeně odškrtnutím, jmenovkou a podpisem sestry
- Odškrtnutím jednotlivých položek plánu a souhrnným podpisem sestry na konci její směny
např. 6,00 – 18,00 ordinace splnila – Jmenovka + podpis)
- Splnil-li u pacienta při skupinové péči ordinaci někdo jiný, než jeho skupinová sestra, pak ten, kdo provedl, označí splnění odškrtnutím příslušné ordinace a opatří jmenovkou a podpisem na téže řádce
- Splnění ordinace infuzí provede sestra, dle způsobu jejího zadání lékařem:
 - při zadání 1000ml PlasmaLyte i. v. kapat 4 hodiny sestra dopíše např. Z8,00 – K12,00
 - při zadání 1000ml PlasmaLyte i. v. 8:00 – 12:00 sestra dopíše Z k času začátku a K k času ukončení, pokud se tento shoduje se skutečnou dobou aplikace

[zpět_na_obsah](#)

7.1.6 Předávání pacientů

- Pacienti, jejichž zdravotní stav nevyžaduje zvýšený dohled – tyto pacienti jsou převáženi mezi jednotlivými pracovišti sanitáři
- Pacienti, jejichž zdravotní stav vyžaduje zvýšený dohled – tyto pacienty při převozu mezi jednotlivými pracovišti doprovází vždy sestra
- Pacient s ohrožením vitálních funkcí - tyto pacienti jsou převáženi mezi jednotlivými pracovišti vždy v doprovodu lékaře a sestry

[zpět_na_obsah](#)

7.2 Tištěné formuláře

Ošetrovatelský list

Slouží pro záznamy informací o pacientovi (TT, TK, P, invazivní vstupy, hodnocení chronické bolesti), a dokumentování realizace ošetrovatelské péče, je založen v dokumentaci pacienta

Jsou tři verze:

- pro standardní oddělení (na 5 dnů)
- pro dětské oddělení (na 5 dnů)
- pro oddělení následné péče (OGNP- na 14 dnů)

Krevní transfuze a jiné krevní deriváty

- slouží k záznamům sledování pacienta při podávání krve a krevních derivátů
- každý záznam je opatřen podpisem lékaře a sestry, která pacienta během převodu sledovala

- o jeden list pro podání 3 jednotek
- o žádanka od podaných přípravků se vlepi na zadní stranu tohoto listu

Plán prevence vzniku dekubitů

- o je založen, jestliže je skóre rizika dle Nortonové 25 a méně bodů
- o obsahuje plán péče o imobilního pacienta

Grafické hodnocení akutní bolesti

- o zakládá se u pacienta s akutní bolestí
- o obsahuje grafickou křivku, záznamy o lokalizaci, charakteru bolesti, intervencích a zhodnocení.

Soupis věci

- o tento tiskopis slouží k sepsání věci pacienta při jeho úmrtí
- o je vždy opatřen podpisem toho, kdo věc sepisoval + podpisem svědka
- o je opatřen datem předání a podpisem předávajícího
- o je opatřen datem a podpisem a číslem OP přejímajícího

Záznam fyziologických funkcí a balance tekutin

- o slouží k záznamům měření TK, PULSU, příjmu a výdeje tekutin
- o záznam je rozepsán na 24 hodin s možností vpisování aktuálního času měření

Ošetřování dekubitů a jiných kožních defektů

Glykemický profil

Slouží k záznamům výsledků glykemií jak z laboratoře, tak měřené osobním glukometrem.

Při zápisu hodnot do tabulky zaškrtně sestra způsob měření.

Možnosti: lab = laboratorní výsledek opsaný z NIS

OG = měření provedené osobním glukometrem

Každý zápis musí ihned signovat podpisem a jmenovkou.

Nutriční karta

- o slouží k záznamům měření příjmu stravy, doplňků stravy a tekutin, hlavně u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů

Průvodní list k analgosedaci u dětí – pouze dětské oddělení

Záznam perioperační péče pro Centrální operační sály

Záznam perioperační péče pro Oční operační sál

[zpět_na_obsah](#)

7.3 Deníky

Transfuzní deník

- každá ošetrovací jednotka má svůj transfuzní deník
- obsahuje záznamy o podání všech krevních derivátů

Hlášení sester

Deník hlášení sester obsahuje minimálně tyto zápisy:

- datum služby
- počet pacientů
- stav opiátů
- plnění harmonogramu práce
- rozdělení pokojů při systému skupinové péče
- záznam o mimořádné události
- podpisy přijímající a předávající sestry

Deník hlášení sester dále slouží k záznamům o provedené kontrole na ošetrovací jednotce (NOP, nutriční terapeutky, vrchní sestry apod.).

[zpět_na_obsah](#)

7.3.1 Předávání informací o nemocných mezi směny

- předávání informací provádí sestra s kompetencemi dle Zákona 96/2004 Sb.
- předávání se provádí ústně dle záznamů v ošetrovatelské dokumentaci (ošetrovatelské diagnózy, aktuální stav, plánované činnosti, realizace ošetrovatelské péče), které sestra potvrdí svým podpisem.
- v indikovaných případech se předání děje přímo u lůžka nemocného

Kvalifikovaným pracovníkem pro zápis do ošetrovatelské dokumentace se rozumí všeobecná sestra a porodní asistentka s odbornou či specializovanou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu nebo s odborným dohledem a zdravotnický asistentem pod odborným dohledem všeobecné sestry.

[zpět_na_obsah](#)

7.3.2 Výjimky

Sesterská dokumentace na JIP

- v NIS se vede stejně jako na standardních odděleních
- Tištěné formuláře: **Denní záznam JIP** (nahrazuje Ošetrovatelský list a Záznamy FF a bilance tekutin)
- Ostatní formuláře stejné jako standardní oddělení

Ošetrovatelská anamnéza

- není vypisován u krátkodobých hospitalizací pacientů na JIP
- u těchto pacientů sestra do I. hospitalizační zprávy – Sesterská dokumentace provede pouze krátký záznam
- „krátkodobá hospitalizace na JIP – pro :“
- přesáhne-li délka pobytu pacienta 24 hodin, je vypsán zpětně a založen do dokumentace

JIP novorozenců

II. hospitalizační zpráva - ošetrovatelský proces se zpracovává v programu nekompatibilním s NIS, papírová forma je přílohou tohoto dokumentu

[zpět_na_obsah](#)

7.3.3 Ošetrovatelské standardy

- jsou na každé ošetrovací jednotce
- slouží sestrám jako manuál pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče dle platných směrnic
- kontrola každého standardu se provádí 1 x ročně

[zpět_na_obsah](#)

8. Opatření při výpadku provozu NIS

V případě výpadku příslušného modulu systému NIS je zdravotnický pracovník povinen dokumentaci v nezbytném rozsahu vést v písemné formě (rukou nebo strojem) a po úpravě výpadku zajistit převedení obsahu zápisu do systému NIS. Původní zápis zůstává součástí dokumentace pacienta.

[zpět_na_obsah](#)

9. Archivace

Hospitalizační dokumentace se archivuje vždy na oddělení, které pacienta propouští nebo překládá na OGNP či jiné pracoviště mimo NJ.

Jednotlivé součásti dokumentace v rámci jednoho hospitalizačního případu dodávají po zpracování dokumentační pracovníci oddělení na oddělení, kde je v danou chvíli pacient fyzicky hospitalizován,

nebo na to odd. odkud byl pacient přeložen / propuštěn.

Obálka chorobopisu připraveného k archivaci je opatřená povinnými údaji, chorobopis je opatřen razítkem a podpisem ošetřujícího lékaře a primáře propouštějícího oddělení.

Jednotlivé části chorobopisu budou řazeny v rámci jednoho hospitalizačního případu podle jednotlivých oddělení, jejichž složky budou od ostatních oddělení rozlišeny vloženým samostatným listem s identifikačními údaji pacienta (tisk obálky chorobopisu na volný list) a označené v pravém horním rohu zkratkou oddělení dle přílohy č. 18 tohoto MP. Tyto jednotlivé složky budou za sebou řazeny dle časové osy. Pro řazení jednotlivých složek oddělení platí pravidlo, že (obsahově stejné – např. Hospitalizační zprávy, medikace / plán sestry, Ošetřovatelské listy) budou za sebou chronologicky zařazeny tak, že po otevření složky oddělení budou vždy následovat části dokumentace v pořadí:

- hospitalizační zprávy
- informovaný souhlas s hospitalizací (bude jen u propouštějícího oddělení)
- informovaný souhlas s výkonem
- plán sestry (medikace)
- ošetřovatelská anamnéza
- ošetřovatelský proces
- edukační protokol
- záznamy fyzioterapeutů
- ošetřovatelský list
- operační protokol
- anesteziologická průvodka+ anesteziologický záznam
- informovaný souhlas s anestézií
- záznam o vedení epidurální anestezie
- prevence stranové záměny
- záznam perioperační péče
- anesteziologický ošetřovatelský záznam
- záznam sledování bilance tekutin a fyziologických funkcí
- grafická karta hodnocení bolesti
- záznam o aplikaci transfuzních přípravků
- plán prevence vzniku dekubitů
- ošetřování dekubitů a jiných kožních defektů
- záznam o používání zdravotnických prostředků kategorie 2 b
- konziliární vyšetření a laboratorní výsledky
- další části dokumentace, které se nevyskytují pravidelně u každého pacienta (např., výjezdni karty ZZS, kopie průvodního listu k pitvě, soupis věcí, kopie „Hlášení ošetřujícímu lékaři“ apod.)
- Překladová (propouštěcí) lékařská zpráva (v případě převzetí pacienta z OGNP nebo jiného pracoviště)
- Překladová sesterská zpráva (v případě překladu či převzetí pacienta z OGNP nebo jiného pracoviště)
- Pokračování propouštěcí zprávy

Tisk propouštěcí zprávy lze provést dvěma způsoby:

- tisk začíná na zadní stranu chorobopisu, pokračování propouštěcí zprávy je tištěno na volný list a do chorobopisu vloženo dovnitř, vždy jako poslední list.
- nebo lze tisknout oboustranně na volný list a vložit do chorobopisu jako poslední vložený list

Takto zkompletovaná dokumentace (chorobopis) je **závorkována sešívačkou**, opatřená archivačním číslem daného oddělení, pod kterým je zapsána v INDEXU a je uložena do archivu na oddělení.

Při předání dokumentace do centrálního archivu je pracovnice archivu povinna zkontrolovat čísla chorobopisů a zkompletovat chorobopisy stejného čísla k sobě.

zpět_na_obsah

10. Seznam příloh

Příloha číslo 1:

Seznam formulářů - Jednotná dokumentace na ambulancích Nemocnice Jihlava

Příloha číslo 2:

Vzor – Záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím zdravotní péče - pozitivní revers - ČJ, AJ, RJ, NJ, VJ

Příloha číslo 3:

Vzor - Prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem (zákonným zástupcem pacienta) – negativní revers

Příloha číslo 4:

Seznam specializovaných informovaných souhlasů, používaných v NJ podle odborností

Příloha číslo 5:

Obecný informovaný souhlas se zákrokem – ČJ,AJ,RJ,NJ,VJ

Příloha číslo 6:

Závazný rozsah „Status praesens organorum“ (včetně základní onkologické prevence)

Příloha číslo 7:

Popis systému hospitalizační dokumentace na oddělení ARO vedené mimo systém NIS

Příloha číslo 8:

Seznam přístupových kompetencí pracovníků v NIS

Příloha číslo 9:

Seznam zkratk oddělení a jednotek intenzivní péče

[Příloha č. 10](#)

[Hodnotící škály výkonnosti pacientů](#)

[zpět_na_obsah](#)

11. Seznam formulářů pro zdravotnickou dokumentaci

Analgoledace průvodka PED
Anesteziologický záznam
Anesteziologický ošetrovatelský záznam
ARO - Denní záznam pacienta
ARO – Kardiopulmonální profil
ARO – Biografická anamnéza
ARO – Denní plán bazální stimulace
ARO – Forsírovaná diuréza
ARO – Bilanční list
ARO – výsledky laboratorních vyšetření
ARO – Vícečetné krevní převody
Aplikace transfuzních přípravků
Bezpečnostní protokol pro chirurgické výkony
Bromage skóre
Dekurz standard – Dětské oddělení
Denní záznam pacienta JIP - líc
Denní záznam pacienta JIP – rub
Denní záznam pacienta JIP novorozenců
Denní záznam pacienta ARO

Datum vydání	Autor	Schválil	Verze	Strana	Uloženo	Aktualizace	Označení
29.8.2014	Dr. Meduna	Ř	08	36 z 38	sekretariát	1 x ročně	III.PLP/NJ/MP/001

Diabetologická karta
 Diabetologická karta – laboratorní vyšetření
 Dialyzační protokol
 Edukace diabetika
 Glykemický profil
 Grafické hodnocení bolesti
 Chemoterapeutický záznam
 Kardiostimulační karta
 Množství odebrané krve u dětí s váhou pod 2500 g
 Monitoring pacienta po koronarografii
 Nádorové markery
 NIHSS
 Nutriční karta
 Odložení plánovaného výkonu v anestezii na COS
 Ošetřovatelská anamnéza pac. v pravidelném dial.režimu
 Ošetřovatelská překládová zpráva pacienta v pravidelném dialyzačním režimu
 Ošetřování dekubitů a jiných kožních defektů
 Ošetřovatelský list
 Ošetřovatelský list OGNP (dříve ODN)
 Ozařovací protokol teleterapie
 Ozařovací protokol brachyterapie
 Ozařovací protokol nenádorové terapie-Stabilipan
 Oznámení o změně způsobilosti k řízení motorových vozidel
 Peritoneální dialýza – peritoneální katétr
 Plán prevence vzniku dekubitů
 Pobyt na lůžku na žádost klienta
 Porodní křivka
 Prohlášení klienta/pacienta při hospitalizaci v NJ
 Protokol nefrologického vyšetření
 Protokol o fototerapii hyperbilirubinémie
 Protokol o fototerapii – Hodrův graf
 Sledování fyziologických funkcí a bilance tekutin
 Souhlas pacienta s použitím omezovacího prostředku
 Soupis věcí pacienta
 Urgentní příjem – expektační lůžka
 Urgentní příjem
 Zápis o právní odpovědnosti rodiče za své dítě při jeho doprovodné hospitalizaci s hospitalizovaným dítětem v Nemocnici Jihlava
 Zařazení pacienta k PDL
 Záznam o novorozenci
 Záznam hospitalizace (dětský diabetik)
 Záznam o aplikaci výživy sondou a PEG
 Záznam o hodnocení portálových snímků pacienta
 Záznam o monitoraci pacienta na GE pracovišti
 Záznam o přímém měření vstupní dávky na pacientovi
 Záznam o verifikaci plánu IMRT
 Záznam pacienta na urgentním příjmu
 Záznam perioperační péče pro Centrální operační sály
 Záznam perioperační péče pro Oční operační sál
 Žádanka ke zpopelnění části lidského těla – PAO

Tyto formuláře (tiskopisy) jsou umístěny ve formulářích na hlavní stránce intranetu v sekci formuláře pro zdravotnickou dokumentaci.

zpět_na_obsah

12. Související dokumenty

PŘ 004	Nahlížení do zdravotnické dokumentace
MP 002	Poskytování informací pacientům nerozumějícím česky
MP 011	Informovaný souhlas, negativní revers, zdravotní péče a hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu
MP 013	Právo nahlížet a zapisovat do zdravotnické dokumentace
MP 012	Kompetence přístupu zdravotnických pracovníků k jednotlivým kategoriím dat v NIS

[zpět_na_obsah](#)

Seznam formulářů a tiskopisů, používaných na ambulancích v Nemocnici Jihlava

1. Dokumentace používaná přes NIS

Ambulantní karta
Negativní revers v rámci ambulantní karty
Žádanky na laboratorní vyšetření prováděná v nemocnici
Žádanka na sterilizaci
Statistika-vyúčtování výkonů v ambulantní péči
Výkaz mzdových nároků

2. Ostatní dokumentace v papírové formě

Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti
Žádost ve smyslu § 6 odst.4,písm.n) Zák.č.582/1991 Sb.- Souhlas ke zpětnému uznání PN
Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti
Recepty + recepty pro předpis opiátů / opiátová kniha/
Chorobopis
Výměnný list – poukaz
Hlášení infekční nemoci
Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku
Potvrzení nároku cizího pojištěnce členské země EU a EHP
Příkaz k přepravě pacienta – zdravotnímu transportu
Poukaz na vyšetření/ošetření
Lékařská zpráva – nález
Stvrzenka
Vyúčtování náhrady cestovních dokladů
Žádanka o schválení/povolení/výkonu-léčiva-PZT-ostatní
Zvlášť účtovaná léčiva a prostředky zdrav. techniky
Žádanka Histologické vyšetření
Hlášení novotvaru
Žádanka o virolog.vyš. / SEVT 14 799 3/
Žádanka o bakteriolog.vyš. /SEVT 14 799 1/
Žádanka o sérolog.vyš. /SEVT 14 799 2/
Žádanka o imunologické lab.vyš.
Žádanka o alergologické vyš.
Dovolenka
Výdejka – převodka
Žádanka o opravu
Rozpis služeb, evidence odpracovaných hodin a absence
Žádost o poskytnutí pracovního volna
Plná moc
Pozvánka k lékaři
Poučení pacientů / informovaný souhlas/ před jednotlivými výkony/
Obálky různých velikostí
Hlášení mimořádné události
Obecný informovaný souhlas se zákrokem
Specializovaný informovaný souhlas s výkonem dle odborností viz Příloha č. 4
Anesteziologický dotazník

3. Dokumentace ne jednotlivých ambulancích dle specifika zaměření

3.1 Urgentní příjem

Hlášení popálenin
Hlášení o přijetí na Protialkoholní stanici
Hlášení o poranění člověka zvířetem
Hlášení o úrazu nebo jiném poškození zdraví
Žádost o fyzioterapii / při odeslání mimo nemocnici/
Pozvánka k hospitalizaci
Pozvánka na kontrolu
Ambulantní operační kniha
Průvodní list k radioizotopovému vyšetření
Žádost o transfúzní přípravky a isoserologické vyšetření
Dotazník k denzitometrickému vyšetření
Protokol o lékařském vyšetření při ovlivnění alkoholem/SEVT 14652 1/
Žádanka na vyš.MR
Kniha SONO
Kniha hlášení služby sester

3.2 Dětské oddělení

Statistický lístek dítěte s vrozenou vývojovou vadou
Speciální vyšetření – oranžová /Centr.lab.ÚKBLD UFN Praha
Seznam alergenů pro stanovení spec.IgE
Registr pacientů s familiární hypercholesterolemií /FH/
Protokol o lékařském vyš. při ovlivnění alkoholem
Žádanka na odběr krve na alkohol
Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
Hlášení o poranění člověka zvířetem
Percentily ČSR 1981 – HOŠI 1-6r. DÍVKY 1-6 r.
Chorobopis
Informace pro rodiče
Žádanka CEDELAB – virolog. lab. Brno
Žádanka na vyš.MR
Zpráva o novorozenci
Stanovení Peptidu v séru VIDIA – Diagnostika Brno
Návrh na umístění dítěte do lázní
Výkaz ambulantních výkonů LSPP

3.3 Plicní oddělení

Kontrolní hlášení TBC a ostatních mykobakterióz
Hlášení o změně údajů u osob RT
Dekurs
Žádost o vyšetření krve testem QuantiFERON - TB Gold In - Tube

3.4 Rehabilitace

Návrh na pracovní a mzdové zařazení
Bloky různých velikostí

Obálky různých velikostí
Žádanka o vyprání prádla
Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví

3.5 Neurologické oddělení

Kniha zemřelých
Index přijatých a propuštěných pacientů
Objednací kniha pro plánovanou hospitalizaci
Objednací kniha pro ambulantní vyšetření
Sešit evidence vystavených DPN
Příkaz k přepravě pro vnitřní dopravní systém/modrá žádanka/
Čestné prohlášení k odbornému posouzení neurologem k způsobilosti řídit motorová vozidla
protokol
Žádanky na MR vyšetření na různé kliniky
Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
Hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiva
Žádanka na odběr krve na alkohol
Doklad o zapůjčení snímkové dokumentace mimo nemocnici Jihlava

3.6 Kožní oddělení

Průvodní list k dermatohistopatolog.vyšetření
Žádanka do Nelsonské laboratoře
Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
Vložka do obálky užívaná k záznamům záření UV
Obálka na dokumentaci
Hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiv

3.7 ARO

Záznam o spotřebě omamných látek
Průkaz pacienta pro léčbu opioidy
Deník pacienta – pomůcka k dennímu záznamu intenzity bolesti
Hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiva
Objednací kartička k příští návštěvě + rozpis přesného dávkování ordinovaných léků
Objednací sešit
Kniha ambulantních výkonů

3.8 Onkologické oddělení

Záznam o přímém měření vstupní dávky na pacientovi
Ozařovací protokol pro brachyterapii
Poučení pacienta o léčbě
Souhlas pacienta s léčbou
Ozařovací protokol – teleterapie
Set-UP SHEET – záznam pro nastavení polohy pacienta
Ozařovací záznam
Markrový list
Chemoterapeutický záznam
Chemoterapeutický protokol
Poukaz na vyšetření HIOK
Biochemické vyšetření – Praha, Brno
Žádanka na vyšetření HER 2 – Herceptin
Žádanka k FLOWCHEMOTHERAPII
Žádanka na EKG

Žádanka na vyš. MR,PET

3.9 Oddělení geriatrické a následné péče

Chorobopis
Potvrzení o úschově
Kniha propuštění
Kniha úmrtí
Kniha abecední
Kniha EKG

3.10 Oční oddělení

Poukaz na brýle
Vyšetřování zraku předškolních dětí
Amslerova mřížka
Tiskopisy pro kinetický perimetr
Tiskopisy k počtu perimetru do tiskárny
Karty na laserový záznam
Hlášení o poranění člověka zvířetem
Žádanka na vyš. MR
Tvrdá karta – zápis o průběhu ošetření
Evidenční kniha k laserům

3.11 ORL

Co vzít do nemocnice
Obálky na zakládání ambul.karet
Chorobopis
Tvrdé dekurzy
Hlášení o úrazu nebo jiném poškození zdraví
Hlášení o poranění člověka zvířetem
Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
Hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiva
Žádanka na odběr krve na alkohol
Žádanka na vyš.MR
Poukaz na foniatickou pomůcku

3.12 Gynekologicko- porodnické oddělení

Žádost o peněžitou výpomoc v mateřství
Žádost o vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství
Žádost o umělé přerušení těhotenství
Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
Žádanka na vyš.MR
Chorobopis
Sterilizační žádost
Průvodka na vyhodnocení cerviko-vaginální cytologie a vyšetření HPV
Žádanka o základní laboratorní vyšetření
Žádanka o bakteriologické, mykologické a parazitologické laboratorní vyšetření

3.13 Infekční oddělení

Hlášení úrazu nebo jiného poškození zdraví
Hlášení o poranění člověka zvířetem

Hlášení podezření na nežádoucí účinek léčiva
Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče)
Pozvánka I. výzva, II. výzva (DITIS 114 018 0)
Průkazka o zdravotní péči

3.14 Interní oddělení

Pozvánka na kontrolu
Obálky na zakládání ambul.karet
Průkaz diabetika
Průkazka o zdravotní péči

3.15 Kardiologické oddělení

Kardiostimulační karta
Ambulantní monitorování krevního tlaku - informace pro pacienty
Smlouva o výpůjčce (podepisují pacienti co dostanou TK holter)

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby

Souhlas pacienta s prováděním vyšetřovacích a léčebných výkonů vyžádaný zejména podle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

Prohlašuji, že jsem byl(a) dnešního dne lékařem poučen(a), bylo mi podáno vysvětlení a byly mi poskytnuty veškeré údaje :

- o příčině a povaze onemocnění, jeho stádiu a předpokládaném vývoji (prognóze)
- plánovaných postupech při léčbě, včetně jejich alternativ a hodnocení těchto jednotlivých možných postupů
- právech souvisejících s poskytováním informací o zdravotním stavu a nahlížením do zdravotnické dokumentace včetně pořizování opisů, výpisů a kopií
- účelu zdravotního výkonu a o tom, jak bude příslušný výkon probíhat
- možných riziků a důsledcích léčby a jednotlivých zdravotních výkonů
- o jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích, a o další potřebné péči
- předpokládaném prospěchu léčby, o jednotlivých léčebných a vyšetřovacích výkonech a jejich významu pro zdravotní stav pacienta
- možném omezení v obvyklém způsobu života a případné pracovní neschopnosti po provedení příslušného výkonu, pokud lze takové omezení předpokládat
- léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonů a v případě změny zdravotního stavu údajů o změnách zdravotní způsobilosti
- právu pacienta svobodně rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud to není vyloučeno zvláštním právním předpisem
- o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu, určit osoby, které se mohou seznámit s jeho zdravotním stavem nebo toto podávání informací vůči některým osobám vyloučit
- o možnosti odvolat svůj souhlas s poskytováním zdravotní služby a také o tom, že odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

Dále prohlašuji, že:

- jsem byl(a) informován(a) o rozsahu zdravotní péče, která je ve zdravotnickém zařízení poskytována
- jsou mi známy důvody hospitalizace
- byl(a) jsem seznámen(a) s vnitřním řádem nemocnice a oddělení, který budu respektovat a souhlasím s ním
- jsem byl(a) seznámen(a) se zákonnými právy pacienta, zejména s právem na úctu a důstojné zacházení, respektování soukromí, s právem znát jména a příjmení zdravotnických pracovníků zúčastněných na poskytování zdravotních služeb

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu v rozsahu týkajícím se onemocnění, způsobu jeho léčení a prognóze níže uvedené osobě(osobám) a beru na vědomí, že jiným osobám tyto informace poskytovány nebudou:

.....
.....
.....
.....
.....

Souhlasím, aby níže uvedená osoba(osoby) měla právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a mohla z ní pořizovat opisy, výpisy a kopie:

.....
.....

Souhlasím / nesouhlasím *) s případnou fotodokumentací vývoje onemocnění,
Souhlasím / nesouhlasím*), aby v mezích daných právními předpisy tyto výkony prováděli studenti v přípravě k výkonu zdravotnického povolání a aby pracovali s mou zdravotnickou dokumentací.
Souhlasím / nesouhlasím*) s tím, že budu informován(a) o svém zdravotním stavu průběžně během lékařských vizit u lůžka v přítomnosti ostatních pacientů.
Souhlasím / nesouhlasím*) s uvedením svého jména na dveřích pokoje a na mém lůžku k usnadnění identifikace.
Byl(a) jsem poučen(a), že za cennosti, které neuložím do ústavní pokladny, a za věci, které mám s sebou na pokoji, personál oddělení neodpovídá.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl a uvádím, že uvedená konzultace s lékařem proběhla po dostatečnou dobu. Prohlašuji, že jsem měl(a) možnost poučení uvážit a uvedenému poučení plně porozuměl(a).

Výslovně souhlasím s provedením všech potřebných plánovaných zdravotních výkonů.

Upozornění: V některých prostorách Nemocnice Jihlava je namontován kamerový systém ke zvýšení bezpečnosti a bezpečí našich pacientů.

V Jihlavě datum a čas:.....

.....
podpis lékaře

.....
podpis pacienta

.....
podpisy zákonných zástupců **)***)

Vysvětlivky:

- *) nehodící se škrtněte
- **) platí pro osobu nezletilou či pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům
- ***) platí pro případ, že je přítomen jen jeden z rodičů: podepsaný zákonný zástupce(rodič) prohlašuje, že druhý z rodičů s hospitalizací souhlasí

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby – anglický jazyk

Informed consent with providing of health service

The patient's consent to examination and treatment required chiefly according to Act No. 372/2011 Coll, the Health Care Services Act, as amended.

I hereby declare that I have been informed about the possibility of being provided with an interpreter of a world language or, if possible, of my mother tongue on the phone while communicating with the health care provider. In such an event I hereby undertake to settle the costs of this contractual service (CZK 600–800/hour) that the provider will incur as the costs will be specified to me.

I declare that on this day I have been instructed by the physician, I have been provided with explanations and all information has been provided to me concerning:

- the cause and character of my illness, its phase and its assumed course (prognosis)
- the planned procedures during treatment, including alternatives and an assessment of these individual possible procedures
- the rights connected with providing information on the state of health and viewing medical records including making transcripts, excerpts and copies
- the purpose of the medical operations and on how the medical operations will take place
- the possible risks and consequences of treatment and individual medical operations
- other possibilities of providing health treatment, their suitability, benefits and risks, and other treatment needed
- the assumed benefits of the treatment, individual treatments and examinations and their significance for the patient's state of health
- the possible restrictions to my normal lifestyle and possible sick-leave following performance of the appropriate operations, if such restrictions can be expected
- the treatment regimen and preventive measures that are suitable, upon performance of checkups or examinations and in the event of changes to the state of health information on changes to disability status
- the patient's right to freely decide on the subsequent proposed procedure during provision of medical treatment, unless this is excluded by special legal regulations
- the possibility to renounce the information about my health condition, to designate people who can be informed about his health condition, or to exclude the filing of information against some people
- the possibility to withdraw my consent to the provision of health care and on the fact that the withdrawal of consent is not effective if the implementation of health performance was already commenced and its disruption can cause serious damage to health or threat to life.

I also declare that:

- I have been informed of the scope of medical treatment provided in the medical facility.
- I know the reasons for hospitalization.
- I have been acquainted with the internal rules of the hospital and the regime of the department, which I shall respect and I consent to it.
- I have been acquainted with the patient's legal rights, namely the right to be treated with respect and with dignity, the respect of privacy, with the right to know the names and surnames of healthcare workers providing health care

I consent to the provision of information on my state of health in the scope concerning my illness and the method of its treatment and the prognosis to the individual (individuals) given below and I am aware that this information shall not be provided to any other persons:

.....
.....
.....

I agree that the individual (individuals) given below are entitled to view my medical records and can

make transcripts, excerpts and copies of them:

.....
.....
I consent / do not consent *) to the making of photographic documentation charting the development of my illness;

I consent / do not consent *) that this treatment is performed by students of medical departments, Medical Schools and Medical Colleges within the limits stipulated by legal regulations and that they may use my medical records.

I consent / do not consent *) that I will be informed of my state of health during the course of doctor's rounds when in my bed and with other patients present.

I consent / do not consent *) with my name tag on the door to my room and on my bed to make my identification easier.

I have been instructed that the personnel department is not responsible for valuables that I do not place in the institute's safe and items that I have with me in my room.

I declare that I confirm, by my own signature, that the physician who instructed me has personally explained everything contained in this written informed consent form. I have been given the opportunity to ask additional questions, which the physician has answered and I state that the consultation with the physician was of sufficient duration. I declare that I have had the opportunity to consider these instructions and have understood them fully.

I give my express consent with performance of all necessary medical operations.

Notice: CCTV (Closed Circuit Television) in use in Jihlava Hospital to enhance patients and property safety.

In Jihlava date and time:

.....
Physician's signature

.....
Patient's signature

.....
statutory r signature of epresentatives **)***)

.....
Explanations:

*) delete inapplicable

**) applies to minors or patients relieved of their competence to take legal actions or patients with limited competence to take legal actions

***) applies to cases when one parent is present; the undersigned statutory representative (parent) declares that the other parent consents to hospitalization.

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby – ruský jazyk

Информированное согласие с предоставлением медицинского обслуживания

Согласие пациента на проведение обследования и лечения требуется, главным образом, согласно Закону «О медицинских услугах» № 372/2011 Св. зак

Заявляю о том, что я был предупрежден (была предупреждена) о возможности обеспечения переводчика (по телефону) для коммуникации с медицинским учреждением, перевод будет обеспечен на один из языков международного общения, а по возможности, и на мой родной язык. В случае предоставления услуги я обязуюсь оплатить затраты медицинского учреждения, связанные с предоставлением данной договорной услуги (по тарифу 600 - 800 чешских крон / час), так, как мне будут специфицированы.

Заявляю, что я был(а) сегодняшнего дня проинформирован(а) врачом, я получил(а) разъяснение и все необходимые сведения:

- о причине и характере заболевания, его стадии и его предполагаемом развитии (прогнозе)
- о планируемых методах лечения, включая альтернативы и оценку отдельных возможных методов
- о правах, связанных с предоставлением информации о состоянии здоровья и ознакомлением с медицинской документацией, включая составление копий и выписок
- о цели медицинского вмешательства и о том, каким образом будет соответствующее вмешательство проводиться
- о возможном риске и последствиях лечения и отдельных медицинских вмешательств
- о других возможностях предоставления медицинских услуг, их пригодности, полезности и риске, и о дальнейшем необходимом обслуживании
- о предполагаемой пользе лечения, об отдельных методах обследования и лечения и их значении для здоровья пациента
- о возможных ограничениях нормального образа жизни и возможной нетрудоспособности после проведения соответствующего вмешательства, если таковые ограничения можно предположить
- о лечебном режиме и соответствующих профилактических мерах, которые рекомендуются, о проведении контрольных обследований и лечебных вмешательств и, в случае изменения состояния здоровья, и об изменениях медицинской пригодности
- о праве пациента свободно принять решение о дальнейшем предлагаемом методе предоставления медицинского обслуживания, если это не исключено особым правовым предписанием
- о возможности отказаться от дачи информации о своем состоянии здоровья, о указании лиц, которые могут получить информацию о состоянии моего здоровья, или исключить предоставление данной информации некоторым лицам
- о возможности отменить свое согласие с предоставлением медицинских услуг, а также о том, что отменение согласия не действительно в случае, если осуществление медицинского вмешательства уже началось и его прекращение может вызвать серьезный ущерб здоровью или явиться угрозой для жизни.

Далее заявляю, что:

- я получил(а) информацию об объеме медицинского обслуживания, которое в данном медицинском учреждении предоставляется
- мне известны причины госпитализации

- я был(а) ознакомлен(а) с режимом отделения, с которым согласен (согласна) и буду его соблюдать
- я был(а) ознакомлен(а) с законными правами пациента, главным образом с правом на уважение и достойное обращение, соблюдение уединения, с правом знать имена и фамилии медицинского персонала, принимающего участие в предоставлении медицинских услуг.

Я согласен (согласна) с предоставлением информации о состоянии моего здоровья в объеме, касающемся заболевания, способах его лечения и прогнозе ниже указанному лицу (лицам) и принимаю к сведению, что другим лицам эта информация предоставляться не будет:

.....
.....
.....

Я согласен (согласна) с тем, чтобы нижеуказанное лицо (лица) имело право ознакомиться с моей медицинской документацией и могло получать выписки и копии из нее:

.....
.....
.....

Согласен / не согласен *) с возможной фотодокументацией развития заболевания,

Согласен / не согласен *), чтобы в рамках, определенных правовыми предписаниями, эти вмешательства проводили студенты медицинских факультетов, медицинских училищ и высших медицинских училищ и чтобы они работали с моей медицинской документацией.

Согласен / не согласен *) с тем, что я буду регулярно получать информацию о состоянии моего здоровья во время обхода врачей в палате, в присутствии остальных пациентов.

Согласен / не согласен*) с записью моей фамилии на дверях моей палаты и на моей койке для облегчения идентификации.

Мне было сообщено, что за ценности, которые я не сдам на хранение в кассу учреждения, и за вещи, которые находятся у меня в палате, персонал отделения ответственности не несет.

Я заявляю и своей собственноручной подписью далее подтверждаю, что врач, от которого я получил(а) наставление, мне лично объяснил содержание настоящего письменного информированного согласия. У меня была возможность задавать дополнительные вопросы, на которые я получил(а) надлежащие ответы и заявляю, что указанная консультация с врачом длилась достаточно долго. Заявляю, что у меня была возможность наставление обдумать и что я указанное наставление полностью понял(а).

Я определенно согласен (согласна) с проведением всех необходимых медицинских вмешательств.

Предупреждение: В некоторых помещениях больницы Nemocnice Jihlava установлена система видеонаблюдения для улучшения безопасности и охраны наших пациентов.

В г. Йиглава дата и время:

.....
подпись врача

.....
подпись пациента

.....
podpisi законных представителей **)***)

Пояснения:

*) не нужно зачеркните

**) действует для несовершеннолетних больных или больного, лишенного правоспособности или с ограниченной правоспособностью

***) **ДЕЙСТВУЕТ В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПРИСУТСТВУЕТ ТОЛЬКО ОДИН ИЗ РОДИТЕЛЕЙ:
ПОДПИСАВШИЙСЯ ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (РОДИТЕЛЬ) ЗАЯВЛЯЕТ, ЧТО ВТОРОЙ ИЗ
РОДИТЕЛЕЙ С ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ СОГЛАСЕН.**

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby – německý jazyk

Einwilligung zu medizinischen Dienstleistungen

Einwilligung des Patienten zur Durchführung von Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen angefordert vor allem gemäß dem medizinischen Dienstleistungsgesetz Nr. 372/2011 S.

Ich erkläre hiermit, dass ich über die Möglichkeit belehrt wurde, dass mir bei der Kommunikation mit dem Anbieter von Gesundheitsleistungen ein Dolmetscher am Telefon zur Verfügung gestellt werden kann, der in eine Weltsprache und laut Möglichkeiten in seine Muttersprache dolmetscht. In so einem Fall verpflichte ich mich, die Kosten für diese Vertragsleistung (600 - 800 CZK/1 Stunde), die dem Anbieter entstehen, in dem Umfang zu tragen, in welchem mir diese spezifiziert werden.

Ich erkläre hiermit, dass ich am heutigen Tag vom Arzt belehrt und aufgeklärt wurde und dass mir sämtliche Auskünfte über Folgendes erteilt wurden:

- die Ursache und Beschaffenheit der Krankheit, ihr Stadium und ihre voraussichtliche Entwicklung (Prognose)
- die geplanten Vorgehensweisen bei der Behandlung, einschließlich ihrer Alternativen und Bewertung dieser einzelnen möglichen Vorgehensweisen
- die mit der Erteilung von Auskünften über den Gesundheitszustand und Einsichtnahme in den medizinischen Bericht zusammenhängenden Rechte, einschließlich Beschaffung von Abschriften, Auszügen und Kopien
- den Zweck des medizinischen Eingriffs und wie der jeweilige Eingriff ablaufen wird
- mögliche Risiken und Konsequenzen der Behandlung und einzelner medizinischer Eingriffe
- andere Möglichkeiten medizinischer Dienstleistungen, ihre Eignung, Vorteile und Risiken und über weitere notwendige Behandlung
- den voraussichtlichen Erfolg der Behandlung, einzelne therapeutische und Untersuchungsleistungen und ihre Bedeutung für den Gesundheitszustand des Patienten
- mögliche Einschränkungen der gewohnten Lebensweise und etwaige Arbeitsunfähigkeit nach dem jeweiligen Eingriff, falls man mit einer solchen Einschränkung rechnen kann
- die geeignete Therapieart und vorbeugende Maßnahmen, über therapeutische oder untersuchende Kontrollmaßnahmen und bei einer Veränderung des Gesundheitszustands auch über Änderungen des Gesundheitszustands
- das Recht des Patienten auf freiwillige Entscheidung über die weitere vorgeschlagene Vorgehensweise bei medizinischen Behandlungen, falls durch Sonderrechtsvorschriften nicht ausgeschlossen
- die Möglichkeit auf Erteilung von Auskünften über meinen Gesundheitszustand zu verzichten, Personen zu nennen, die sich mit meinem Gesundheitszustand bekannt machen dürfen oder diese Erteilung von Auskünften gegenüber einigen Personen auszuschließen
- die Möglichkeit meine Einwilligung zu der medizinischen Dienstleistung zu widerrufen, und ebenfalls darüber, dass die Rücknahme der Einwilligung nicht wirksam ist, wenn mit der medizinischen Behandlung bereits begonnen wurde, deren Unterbrechung ernsthafte Gesundheitsschäden verursachen oder das Leben gefährden kann.

Ferner erkläre ich hiermit, dass:

- ich über den Umfang der medizinischen Behandlung in der medizinischen Einrichtung unterrichtet wurde,
- mir die Gründe für eine stationäre Behandlung bekannt sind,
- ich mit der internen Krankenhaus- und Abteilungsordnung, die ich respektieren werde und mit der ich einverstanden bin, bekannt gemacht wurde
- ich mit den gesetzlichen Rechten des Patienten bekannt gemacht wurde, vor allem mit dem Recht auf Achtung und würdevolle Behandlung, Schutz der Privatsphäre, mit dem Recht die Vor- und Familiennamen des medizinischen Personals zu kennen, das an den medizinischen Dienstleistungen beteiligt ist

Ich stimme der Erteilung von Auskünften über meinen Gesundheitszustand im Umfang meiner Erkrankung, ihrer Behandlungsart und Prognose der/den nachstehend angeführten Person/en zu und ich nehme zur Kenntnis, dass anderen Personen diese Angaben nicht erteilt werden:

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die nachstehend angeführte/n Person/en das Recht zur Einsichtnahme in den medizinischen Bericht hat/haben, einschließlich Anschaffung von Abschriften, Auszügen und Kopien :

Ich bin / bin nicht einverstanden^{*)} mit einer etwaigen Fotodokumentation der Krankheitsentwicklung, **Ich bin / bin nicht einverstanden^{*)}**, dass in dem durch gesetzliche Vorschriften geregelten Umfang diese Eingriffe von Studenten medizinischer Fakultäten, Fachschulen für Medizin und Fachoberschulen für Medizin vorgenommen werden und dass diese mit meinem medizinischen Bericht arbeiten.

Ich bin / bin nicht einverstanden^{*)} damit, dass ich bei ärztlichen Visiten am Krankenbett in Anwesenheit anderer Patienten laufend über meinen Gesundheitszustand unterrichtet werde.

Ich bin / bin nicht einverstanden^{*)} mit der Angabe meines Namens an der Tür und an meinem Krankenbett zur Erleichterung der Identifikation.

Ich wurde darüber belehrt, dass das Abteilungspersonal für Wertsachen, die ich nicht im Einrichtungstresor deponiere und die ich bei mir im Krankenzimmer habe, keine Haftung trägt.

Ich erkläre und bestätige durch meine nachstehend angeführte eigenhändige Unterschrift, dass der Arzt, der mich belehrte, mir persönlich alles erklärte, was den Inhalt dieser schriftlichen Einwilligung darstellt. Ich hatte die Möglichkeit, ergänzende Fragen zu stellen, die er mir ordnungsgemäß beantwortete, und ich gebe an, dass das beschriebene Aufklärungsgespräch eine ausreichende Zeit dauerte. Ich erkläre hiermit, die Möglichkeit gehabt zu haben, die Aufklärung abzuwägen und dass ich sie vollständig verstanden habe.

Ich erkläre meine ausdrückliche Einwilligung zu sämtlichen notwendigen medizinischen Eingriffen.

Hinweisung: In einigen Räumlichkeiten des Krankenhauses Jihlava ist eine Kameraüberwachungsanlage installiert, um die Sicherheit unseren Patienten zu erhöhen.

In Jihlava, Datum und Uhrzeit:.....

Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Patienten

Unterschriften der gesetzlichen Vertreter^{*)}

Erklärungen:

^{*)} Unzutreffendes bitte streichen

^{**)} gilt für eine minderjährige Person oder einen entmündigten Patienten oder Patienten mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit

^{***)} gilt für den Fall, dass nur ein Elternteil anwesend ist: Der unterzeichnende gesetzliche Vertreter (Elternteil) erklärt hiermit, dass das andere Elternteil mit der stationären Behandlung einverstanden ist

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby – vietnamský jazyk

Thông báo đồng ý với việc cung cấp dịch vụ y tế

Bệnh nhân được hỏi ý kiến đồng ý với việc tiến hành các biện pháp khám và chữa bệnh trước hết là theo Luật về dịch vụ chăm sóc sức khỏe số 372/2011 Sb.

Tôi tuyên bố rằng, tôi đã được căn dặn về khả năng bảo đảm người phiên dịch qua điện thoại khi giao tiếp với người cung cấp dịch vụ y tế, dịch ngôn ngữ quốc tế hoặc theo khả năng, dịch ngôn ngữ tiếng mẹ đẻ. Cho trường hợp này tôi cam đoan thanh toán những phí tổn theo thỏa thuận (từ 600 đến 800 Kč/ 1 giờ), mà những phí tổn đó sẽ phát sinh cho người cung cấp, và nó sẽ được quy định cụ thể cho tôi.

Tôi xác nhận là hôm nay đã được bác sĩ hướng dẫn giải thích và cung cấp các số liệu về các vấn đề sau đây:

- nguyên nhân và tính chất bệnh, giai đoạn bệnh và dự đoán tiến triển bệnh (chẩn đoán)
- kế hoạch trình tự điều trị, kể cả việc lựa chọn và đánh giá từng khả năng điều trị
- quyền liên quan đến việc cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe và khả năng xem hồ sơ bệnh án kể cả việc sao, trích và chụp lại tài liệu trong hồ sơ
- mục đích của biện pháp điều trị và biện pháp đó sẽ được thực hiện như thế nào
- những rủi ro có thể xảy ra, việc xử lý hậu quả và từng biện pháp điều trị
- khả năng cung cấp dịch vụ y tế khác, sự phù hợp, lợi ích và rủi ro của chúng, và việc chăm sóc cần thiết khác
- dự đoán thành công của quá trình điều trị, từng biện pháp điều trị, khám nghiệm và ý nghĩa của chúng đối với tình trạng sức khỏe của người bệnh
- lường trước sự hạn chế thói quen của cuộc sống và sự mất khả năng lao động sau khi tiến hành biện pháp điều trị tương ứng, nếu sự hạn chế đó có thể dự đoán trước
- chế độ điều trị và biện pháp phòng ngừa phù hợp, việc tiến hành kiểm tra các biện pháp điều trị hoặc khám nghiệm và việc thay đổi năng lực sức khỏe trong trường hợp thay đổi tình trạng sức khỏe
- quyền tự do quyết định biện pháp điều trị tiếp theo gợi ý trong quá trình cung cấp chăm sóc sức khỏe, nếu điều đó không bị qui định pháp lý loại trừ
- khả năng không đồng ý cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của mình, chỉ định người được thông tin về tình trạng sức khỏe hoặc quyền loại trừ những người không được biết thông tin đó
- khả năng rút lại sự đồng ý của mình về việc cung cấp dịch vụ y tế cũng như việc rút lại sự đồng ý không có hiệu lực nếu việc điều trị đã bắt đầu được tiến hành và nếu dừng lại sẽ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc tính mạng.

Tiếp theo tôi xin tuyên bố:

- tôi đã được thông báo về phạm vi chăm sóc sức khỏe được cung cấp trong cơ sở y tế
- tôi biết lý do phải nằm viện
- tôi đã được hướng dẫn về nội quy của bệnh viện và của khoa, tôi đồng ý với nội quy đó và sẽ tuân thủ chúng
- tôi đã được giới thiệu về quyền lợi của bệnh nhân, nhất là quyền được quan tâm và tôn trọng, đảm bảo sự riêng tư, quyền được biết họ tên các nhân viên y tế tham gia vào việc cung cấp dịch vụ y tế

Tôi đồng ý với việc cung cấp thông tin về tình trạng sức khỏe của mình trong phạm vi liên quan đến bệnh tật, phương pháp điều trị và chẩn đoán cho (những) người nêu dưới đây và tôi ý thức được là những thông tin đó sẽ không được cung cấp cho những người khác:

.....
.....

Tôi đồng ý để (những) người nêu dưới đây được quyền xem hồ sơ sức khỏe của tôi và có thể sao, trích, chụp lại tài liệu trong hồ sơ đó:

Tôi đồng ý / không đồng ý *) thực hiện hồ sơ ảnh về tiến triển của bệnh nếu cần,
Tôi đồng ý / không đồng ý *) để thực hành nghiệp vụ y tế, sinh viên được thực hiện việc điều trị trong phạm vi qui định của pháp lý và họ được làm việc với hồ sơ bệnh án của tôi.
Tôi đồng ý / không đồng ý *) với việc được thông báo về tình trạng sức khỏe của mình khi bác sĩ tới thăm tại giường bệnh trong sự có mặt của các bệnh nhân khác.
Tôi đồng ý / không đồng ý *) treo tên của mình trên cửa phòng và giường nằm với mục đích tạo thuận tiện cho việc nhận dạng.
 Tôi đã được hướng dẫn là phòng nhân sự sẽ không chịu trách nhiệm về những đồ quý giá không được cất giữ trong tủ an toàn của bệnh viện cũng như những đồ vật mang theo người trong phòng.

Bằng chữ ký của mình, tôi tuyên bố bác sĩ hướng dẫn đã trực tiếp giải thích cho tôi tất cả những điều trong nội dung của văn bản thông báo này. Tôi cũng có cơ hội đưa ra những thắc mắc bổ sung và đã được trả lời chu đáo và việc trao đổi với bác sĩ được diễn ra trong thời lượng hoàn toàn đầy đủ. Tôi tuyên bố là được cân nhắc về quyết định của mình và đã hiểu một cách kỹ lưỡng hướng dẫn trên đây.

Tôi tuyên bố đồng ý với sự tiến hành tất cả các biện pháp điều trị cần thiết theo kế hoạch.

Chú ý: Tại một số khu vực của Bệnh viện Jihlava được lắp đặt hệ thống camera để tăng cường sự an toàn cho các bệnh nhân.

Tại Jihlava ngày, giờ:.....

Chữ ký của bác sĩ

Chữ ký của bệnh nhân

Chữ ký người đại diện hợp pháp **)***)

Chú thích:

*) gạch bỏ phần không phù hợp

**) áp dụng đối với người bệnh tuổi vị thành niên hoặc bệnh nhân bị tước hoặc bị hạn chế tư cách pháp lý

***) áp dụng cho trường hợp chỉ bố hoặc mẹ của bệnh nhân có mặt: người đại diện hợp pháp (bố/mẹ) tuyên bố là người thứ hai đồng ý với việc nằm viện của bệnh nhân

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní služby – mongolský jazyk

Эрүүл мэндийн үйлчилгээ явуулахад мэдээлэлтэй зөвшөөрөл

Эмнэлгийн шинжилгээ хийх ба эмчлэх үйлчилгээ явуулахад өвчтөнөөс зөвшөөрөл авах нь ялангуяа Хуулийн эмхтгэлийн 372/2011 тоот Эрүүл мэндийн үйлчилгээний тухай хуулийн дагуу шаардагдана.

Миний биед эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлдэг байгуулгатай харилцах зорилгоор утсаар дэлхийн хэл, боломжтой бол миний эх хэлээр орчуулгын үйлчилгээ авах боломжийг танилцуулсан нь үнэн. Энэ үйлчилгээ ашигласан тохиолдолд түүний гэрээт үнэ болох цагийн 600 – 800 Чех кроны зардлыг гаргасан тооцоог үндэслэн төлөх үүрэг хариуцлага хүлээж байна.

Өнөөдөр би их эмчээс сургамж авсан ба надад тайлбарлаж өгсөн бөгөөд бүх мэдээллүүдийг надад олгож өгсөн гэдгийг энд батлаж байна:

- өвчний учир шалтгааны ба шинж төрлийн тухай ба түүний байдлын тухай ба цаашдаа хөгжиж болох явдлын тухай (урьдчилсан дүгнэлт)
- эмчилгээний төлөвлөсөн арга барилын тухай, өөр аргаар эмчлэх боломжийн тухай ба энэ ашиглаж болох тус бүрийн арга барилуудын үнэлгээ
- эрүүл мэндийн байдлын тухай мэдээлэл өгөх эрхтэй холбоотой ба эрүүл мэндийн бичиг баримтуудыг үзэж болох ба хуулбар хийх, иш татах ба канондож авах боломжийн тухай
- эрүүл мэндийн үйлчилгээний зорилгын тухай ба энэ зохих үйлчилгээ яаж явуулах тухай
- эмчилгээнээс гарч болох аюулын тухай ба эмчилгээний үр дүнгийн тухай ба тус бүрийн эрүүл мэндийн үйлчилгээний тухай
- эрүүл мэндийн үйлчилгээ явуулах бусад боломжийн тухай, үүний таарамжтай байх, ашиг тус ба аюулын тухай ба бусад хэрэгтэй сувилгааны тухай
- эмчилгээнээс хүлээгдэж байгаа ашиг тусын тухай ба эмчилгээний ба шинжилгээний тус бүрийн үйлчилгээний тухай ба өвчтөний эрүүл мэндийн байдалд ач холбогдолтой байх тухай
- энгийн амьдралд нь гарч болох хязгаарлалтын тухай ба зохих эмнэлгийн үйлчилгээ явуулсны дараа гарч болох хөдөлмөрийн чадваргүй байж болох тухай, хэрвээ энэ хязгаарлалталт нь гарч болох магадгүй байвал
- эмчилгээний дэг журамын тухай ба зохистой урьдчилан авах арга хэмжээний тухай, эмчилгээний шалгалтын буюу шинжилгээний үйлчилгээ явуулах тухай ба хэрвээ эрүүл мэндийн байдалд нь өөрчлөлт гарвал, эрүүл мэндийн чадварт нь өөрчлөлт гарах тухай
- эрүүл мэндийн асрамжинд байхад нь өвчтөн бол цаашдын дэвшүүлж байгаа арга барилын тухай өөрөө чөлөөтэйгээр шийдвэрлэх эрхтэй байх тухай, хэрвээ энэ нь тусгай дүрмээр хасагдаагүй байвал
- өөрийнхөө эрүүл мэндийн байдлын тухай мэдээлэл өгөхөөс нь татгалзаж болох боломжийн тухай, өөрийнхөө эрүүл мэндийн байдалтай танилцаж болох хүнийг тодорхойлон зааж өгөх буюу энэ мэдээлэлийг ямар нэг хүнд өгч болохгүй гэдгийг зааж өгөх
- эрүүл мэндийн үйлчилгээ явуулахад нь өгсөн зөвшөөрлөө буцааж авах боломжийн тухай, тэгээд хэрвээ эрүүл мэндийн үйлчилгээ нь нэгэнт явуулагдаж эхлэсэн байвал, өгсөн зөвшөөрлөө буцааж авах нь хүчингүй болно, юу вэ гэхэд, хэрвээ үйлчилгээ таслан зогсоовол, эрүүл мэндэд хүнд хохирол учруулах буюу амь насанд нь аюултай байж болно.
-

Цаашид нь батлаж байна:

- эрүүл мэндийн байгууллагад олгогдож байгаа эрүүл мэндийн асрамжийн хэмжээний тухай надад мэдээлэл өгсөн
- эмнэлэгт хэвтүүлсний учир шалтгаанууд нь надад мэдэгдэж байна
- эмнэлгийн ба эмнэлгийн тасгийн дотоод дэг журамтай нь би танилцсан бөгөөд энэ дэг журамыг сахина ба зөвшөөрч байна
- өвчтөний хууль ёсны эрхтэй нь, ялангуяа хүндэтгэх ба зохистойгоор хандах, хувийн байдлыг нь сахих, эрүүл мэндийн үйлчилгээ явуулахад оролцож байгаа эрүүл мэндийн ажилтнуудын нэр ба овгийг мэдэх эрхтэй байна гэдгийг надад танилцуулсан байна.

Миний эрүүл мэндийн байдлын тухай, өвчний хэмжээгээр нь, эмчлэх арга барилын тухай ба урьдчилсан дүгнэлттэй холбоотой мэдээллийг дор дурдсан хүнд (хүмүүст) өгөхөд би зөвшөөрч байна, тэгэхдээ бусад хүмүүст энэ мэдээллүүдийг өгөхгүй гэдгийг ухамсарлаж байна:

.....

Дор дурдсан хүн бол миний эрүүл мэндийн бичиг баримтуудыг үзэх эрхтэй бөгөөд эндээс хуулбар хийх, иш татах ба канондож авах эрхтэй гэдэгт би зөвшөөрч байна:

.....

Өвчний хөгжиж байхыг үзүүлсэн гэрэл зургийн бичиг баримт авахад **зөвшөөрч байна/зөвшөөрөхгүй байна*)**.

Хууль эрхийн дүрмүүдийн дагуу анаагахын мэргэжилтэй болох гэж бэлтгэл хийж байсан оюутнууд бол энэ үйлчилгээ хийхэд ба эрүүл мэндийн бичиг баримтуудтай ажиллахад **нь зөвшөөрч байна/зөвшөөрөхгүй байна*)**.

Өвчтөний хэвтэж байгаа орны дэргэд бусад өвчтөний хажууд байтал их эмчийн шалгалт хийж ирэх үед нь өөрийнхөө эрүүл мэндийн байдлын тухай мэдээлэл өгөхөд нь **зөвшөөрч байна/зөвшөөрөхгүй байна*)**.

Амархан танин мэдэхийн төлөө өрөөний үүдэнд нь өөрийнхөө нэрийг бичиж заахад нь **зөвшөөрч байна/зөвшөөрөхгүй байна*)**.

Эмнэлгийн кассанд хадгаламжинд хадгалагдаагүй үнэт зүйлсийн төлөө бас өрөөндөө авч явсан юмны төлөө тасгийн ажилтан нар нь хариуцдаггүй гэж надад сургамж өгсөн.

Надад сургамж өгсөн их эмч бол өөрийн биеэр энэ бичгээр бичсэн мэдээлэлтэй зөвшөөрлөлийн агуулгын тухай бүх юмыг надад тайлбарлаж өгсөн гэдгийг мэдүүлж, өөрийнхөө гарын үсгээр энд батлаж байна. Би нэмэлт асуулт тавих боломжтой байсан бөгөөд их эмч бол надад зүй ёсоор хариу өгсөн, их эмчтэй явуулсан зөвлөлгөө нь хүрэлцэхүй цаг хугацаатай байсан. Энэ сургамжийн тухай бодох боломжтой байсан бөгөөд энэ сургамжийг бүрэн бүтэн ойлгосон гэдгийг энд батлаж байна.

Төлөвлөсөн хэрэгтэй гэж үзсэн бүх эрүүл мэндийн үйлчилгээнтэй би ил тод зөвшөөрч байна.

Анхааруулга: Йихлава эмнэлгийн зарим тасгуудын дотор манай өвчтөний аюулгүй байдлыг хангах ба дээшлүүлэхийн төлөө хяналтын камерын систем тавьсан байдаг.

Йихлава хотод Он, сар, өдөр ба цаг.....

.....

.....

Их эмчийн гарын үсэг

Өвчтөний гарын үсэг

.....
Хууль ёсны төлөөлөгчдийн гарын үсэг **)***)

Тайлбар:

*) таарахгүй юмыг зурж баллаарай

**) насанд хүрээгүй хүн буюу хууль эрхийн үйл ажиллагаа явуулах эрхгүй өвчтөн буюу хууль эрхийн үйл ажиллагаа явуулахад хязгаарлагдсан эрхтэй өвчтөн

***) хэрвээ аав ээжийн гагцхүү хэн нэг нь байвал: гарын үсэг зурсан хууль ёсны төлөөлөгч (аав буюу ээж нь) аав буюу ээжийн нөгөөдөх нь хүүхдийг эмнэлэгт хэвтүүлэхэд зөвшөөрнө гэж батлаж байна.

Prohlášení o odmítnutí zdravotní péče pacientem (zákonným zástupcem pacienta)

Negativní revers

Poskytovatel zdravotní služby:
Pracoviště (oddělení):
Lékař, který poskytl vysvětlení:

Pacient:.....
Jméno, příjmení, datum narození

Já, níže podepsaný tímto prohlašuji, že jsem byl dne.....v..... hodin poučen shora uvedeným lékařem o svém zdravotním stavu a potřebných výkonech. Byl jsem výslovně informován o tom, že v rámci řádné péče o mé zdraví je třeba, abych se podrobil:

Lékař mi náležitě vysvětlil, že odmítání uvedené péče může mít závažné následky pro můj další život a zdravotní stav a zhoršení zdravotního stavu může vést až ke smrti.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych lékaři, který mi podával vysvětlení, kladl doplňující otázky a že jsem vysvětlení plně porozuměl.

Přes shora uvedené vysvětlení, které jsem plně pochopil a vzal na vědomí, prohlašuji, že nadále odmítám lékařem doporučenou zdravotní péči, a to:

Toto při plném vědomí a zcela svobodně a vážně potvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

V Jihlavě dne.....
.....
vlastnoruční podpis pacienta

Poučení a náležité vysvětlení podal:
.....
podpis lékaře podpis svědka

Pokud pacient odmítá potřebnou péči a současně odmítá podepsat revers, pak připojit text:
Pacient vyslechl shora uvedené informace, odmítá uvedenou péči a odmítá tento revers podepsat. Svědkem náležitého poučení pacienta a jeho odmítnutí je: (jméno a příjmení), který svým podpisem potvrzuje, že pacient byl informován jak shora uvedeno a potřebnou péči odmítl; současně odmítl podepsat i tento revers.

.....
podpis svědka (svědků)

Seznam specializovaných informovaných souhlasů používaných v Nemocnici Jihlava dle odborností

Ambulance:

Informovaný souhlas s fotodokumentací

Anesteziologicko-resuscitační oddělení:

1. IS s podáním anestezie
2. IS pacienta pro léčbu opioidy
3. IS se zavedením centrálního žilního katetru
4. IS se zavedením kontinuální epidurální analgezie pro tlumení porodních bolestí
5. IS se zavedením kontinuální epidurální analgezie
6. IS s epidurální aplikací léků
7. IS se subarachnoideální aplikací léků

Dětské oddělení:

1. Dotazník pro rodiče před výkony na ORL
2. Mikční uretrocystografie
3. Vyšetření kostní dřeně
4. Vyšetření mozkomíšního moku lumbální punkcí
5. [Provedení novorozeneckého laboratorního screeningu](#)

Gynekologicko-porodnické oddělení:

1. Amniocentéza, CVS, kordocentéza
2. Cerclage
3. Císařský řez
4. Diagnostická laparoskopie
5. Endoskopické oper.výkony při neplodnosti (hysteroskopie, laparoskopie)
6. Extirpace pseudocysty Bartholiniho žlázy
7. Hysteroskopie a separovaná abraze
8. Konizace a jiné operace čípku děložního
9. Laparoskopická sterilizace
10. Laparoskopické odstranění gonád
11. [Laparoskopická sterilizace za pomoci oboustranné salpingektomie](#)
12. Laparotomie
13. [Medikamentózní umělé přerušení těhotenství](#)
14. Obrat plodu zevními hmaty
15. Oper.odstranění dělohy poševní cestou s laparoskopickou asistencí (LAVH)
16. Operace drobných vývojových vad genitálu
17. Operační laparoskopie
18. Operační odstranění dělohy břišní cestou (hysterektomie)
19. Operační odstranění dělohy poševní cestou
20. Porod do vody
21. Poševní plastiky
22. Revize dutiny děložní
23. IS rodičky s odběrem pupečnickové krve
24. Sakropexe
25. Separovaná abraze
26. Spontánní porod a s ním související akutní výkony
27. Umělé přerušení těhotenství
28. Vulvektomie, radikální vulvektomie
29. Vyvolání porodu prostaglandiny
30. Závěsná operace moč.trubice a moč.měchyře břiš.cestou(uretrovesicopexe)

31. Závěsná operace moč.trubice poš.cestou pom TVT-TOT pásky
32. Inhalační analgezie pro tlumení porodních bolestí

Hematologicko-transfúzní oddělení:

1. Dotazník dárce krve, IS s dárcovstvím
2. Odběrem kostní dřeně pro diagnostické účely
3. IS pacienta s odběrem krve pro autotransfuzi
4. S léčbou transfúzními přípravky

Chirurgické oddělení:

1. Operativní otevření hnisavého ložiska (abscesu)
2. Operace zánětu slepého střeva
3. Oper.odstranění krev.vmetku po uzávěru tepny(embolektomie)
4. Operativní odstranění haemoroidů
5. Operace žlučníku (cholecystomie)
6. Operace kýly
7. Laparoskopické vyšetření dutiny břišní (laparoskopie)
8. Operace nádorů měkkých tkání
9. Operace nádoru tlustého střeva a konečníku
10. Perianální píštěl
11. Operace zánětu pobřišnice (peritonitis), náhlé příhody břišní
12. Operační léčba Pilonidálního sinu
13. Operace štítné žlázy
14. Operace křečových žil (varixů)
15. Operace nádoru žaludku
16. Operace vředové choroby žaludku a duodena
17. Operace tepen dolních končetin
18. Operace výdutě břišní aorty
19. Operace nitrobřišních tepen
20. Hrudní operace
21. Operací krčních tepen
22. Nekrektomie, amputace
23. Operace kožních přebytků dolních víček
24. Abdominoplastika
25. Extirpace - excize kožních nádorů
26. Laloková plastika
27. Modelace prsů
28. Operace odstátých boltců

Infekční oddělení:

1. Jaterní biopsie
2. Lumbální punkce

Interní oddělení:

1. Aspirační biopsie štítné žlázy tenkou jehlou
2. Biologická léčba
3. ERCP
4. Gastroskopie
5. Jaterní biopsie
6. Kolonoskopie
7. Náhrada funkce ledvin
8. PEG
9. IS pacienta s léčbou alergenovou imunoterapií
10. IS s terapií autovakcínou nebo stock vakcínou
11. IS s vyšetřením DNA

12. Zavedení centrálního žilního katétru

Kardiologické oddělení:

1. Hrudní punkce
2. Implantace kardiostimulátoru
3. Jícnová echokardiografie
4. Kardioverze

Kožní oddělení:

1. Adalimumab
2. [Aplikace AHA a BHA chem.peelingu](#)
3. Cyklosporin A
4. Použití léčivého přípravku ELIDEL R 1 % krém
5. IS s výkonem Etanercept
6. Fototerapie UVA kombinovanou s psoraleny
7. IS pacienta s výkonem Infliximab
8. Metotrexat
9. Odstranění kožní afekce
10. [Provedení peering-dermarollerové mezoterapie](#)
11. Perorální isotretinoin
12. Ustekinumab
13. IS s UVB zářením (311nm)

Neurologické oddělení:

1. Epidurální obštrik
2. Kontrastní vyšetření páteře
3. Lumbální punkce
4. Obštrik karpálního tunelu

Oční oddělení:

1. Fluorescenční angiografie očního pozadí
2. Laser. zákrok u šedého zákalu
3. Laserová fotokoagulace v obl. komorového úhlu
4. Laserová koagulace sítnice
5. Operace šedého zeleného zákalu
6. Plastická operace víček
7. Snesení pterygia
8. Šedý zákal
9. Zelený zákal
10. Aplikace injekce Avastinu do sklivce

Oddělení geriatrické a následné péče:

1. Provedení analgetického kaudálního bloku
2. [Souhlas s účastí na canisterapii, zooterapii a návštěvní službě se živými zvířaty](#)

Onkologické oddělení:

1. Biologická léčba
2. Brachyterapie intersticiální
3. Brachyterapie jícen
4. Brachyterapie průdušky
5. Brachyterapie žlučových cest
6. Cytostatická léčba - chemoterapie
7. Hormononální léčba
8. Intrakavitární brachyterapie-rektální válec
9. Intrakavitární brachyterapie-vaginální válec

10. Odběr kostní dřeně pro diag. účely
11. Punkce dutiny břišní
12. [Souhlas s účastí na canisterapii, zooterapii a návštěvní službě se živými zvířaty](#)
13. Uterovaginální brachyradioterapie
14. Zavedení venózního portu
15. Zevní ozáření hrudníku u nádorů plic a mediastina
16. Zevní ozáření hrudníku u nádorů prsu
17. Zevní ozáření oblasti krku
18. Zevní ozáření kůže
19. Zevní ozáření oblasti mozku
20. Zevní ozáření oblasti pánve
21. Zevní radioterapie obecně

Otorinolaryngologické oddělení:

1. Adenotomie
2. Direktní laryngoskopie
3. Dotazník pro rodiče před výkony na ORL
4. Esofagoskopie a bronchoskopie
5. Exstirpace uzlin a cyst na krku
6. Funkční endonasální chirurgie VND
7. Operace chrápání a poruch dýchání během spánku
8. Osteosyntéza obličejových zlomenin
9. Paracentéza a VT
10. Plastika boltců
11. Plastika bubínků
12. Polypektomie- samostatný výkon
13. Punkce tenkou jehlou (FNAB)
14. Repozice nosních kostí
15. Sanační ušní operace
16. Screening vyšetření sluchu u novorozenců
17. Septoplastika a septorhinoplastika
18. Slinné žlázy
19. Tonsilektomie
20. Tracheotomie, tracheostomie

Ortopedické oddělení:

1. Artroskopická plastika LCA
2. Artroskopie kolenního kloubu
3. Artroskopie ramena
4. Operace deformit palce a prstů na nohách
5. Operace příčně ploché nohy a deformit prstů
6. [Radiální/ulnární epikondylitida](#)
7. [Reimplantace TEP](#)
8. [Syndrom karpálního tunelu](#)
9. Totální náhrada kolenního kloubu
10. Totální náhrada kyčelního kloubu

Oddělení zobrazovacích metod:

1. Angiografie
2. Aplikace kontrastní látky
3. Biopsie (odběr vzorku tkáně) pod CT kontrolou
4. NMR
5. Obstřik nervového kořene pod CT kontrolou
6. [Perkutánní transhepatická drenáž](#)
7. Punkční biopsie prsu pod UZV kontrolou
8. Punkce a drenáž (odsátí a zavedení odvodní hadičky) nahromadění tekutiny pod CT kontrolou.

9. Informovaný souhlas ke scintigrafickému vyšetření:
 - scintigrafie kostí – SPEC/CT
 - scintigrafie kostí třířázová
 - scintigrafie ledvin dynamická
 - scintigrafie ledvin statická
 - perfúzní scintigrafie plic
 - ventilační scintigrafie plic
 - perfúzně ventilační scintigrafie plic
 - scintigrafie štítné žlázy
 - scintigrafie příštítných tělísek
 - scintigrafie zažívacího traktu
 - průkaz ektopické sliznice žaludeční
 - scintigrafie jater a sleziny
 - dynamická scintigrafie jater a žlučových cest
 - scintigrafie prokrvení varlat a nadvarlat
 - radionuklidová flebografie
 - radionuklidová lymfografie
 - perfúze myokardu zátěžová a klidová
 - značení sentinelových uzlin před operací prsu
 - scintigrafie nejasných ložisek v měkkých tkáních
 - značení sentinelových uzlin před operací tlustého střeva
 - značení sentinelových uzlin před operací penisu
 - scintigrafické vyšetření po aplikaci OctreoScanu (^{111}In – pentetretotidu)
 - scintigrafické vyšetření kostí po aplikaci Scintinum Granulocyte
 - scintigrafické vyšetření kostí po aplikaci LeukoSanu
10. Informovaný souhlas s analgetickou léčbou otevřenými zářiči:
 - paliativní terapie kostních metastáz pomocí radiofarmak
 - analgetická léčba s aplikací RF do kloubu/ů (radionuklidová synovektomie)

Traumatologické oddělení:

1. Artroskopie
2. Operace kostí předloktí, kosti vřetenní a loketní
3. Operace v oblasti ramene a paže
4. Operace zlomenin dolního konce holenní kosti
5. Operace zlomenin horní části holenní kosti
6. Operace zlomenin kostí pánevního kruhu
7. Operace zlomeniny patní kosti
8. Operace zlomeniny - vykloubení kostí nártních
9. Operace zlomeniny kosti stehenní
10. Operace zlomenin kostí bérce
11. Operace zlomeniny hlezna
12. Operace zlomeniny- vykloubení kostí ruky

Plicní oddělení:

1. Bronchostrikční testy
2. Fibrobronchoskopie
3. Hrudní drenáž
4. Punkce plic biopsickou jehlou
5. Punkce pohrudničního výpotku

Urologické oddělení:

Ambulantní výkony

1. Ascendentní ureteropyelografie
2. CSK - extrakce uretrálního stentu
3. CSK - zavedením ureterálního stentu
4. Frenuloplastika

5. Instilace BCG vakcíny do močového měchýře
6. Kalibrace či dilatací uretry
7. Opakované dispenzární UCSK vyšetření při dg.nádorovém onemocnění moč.měchýře
8. Punkční biopsie prostaty
9. Punkční epicystostomie
10. Punkční nefrostomie
11. Retrográdní a mikční uretrocystografie
12. S cystoskopické event. uretrocystoskopické vyšetření
13. Snesení kondylomat
14. Urodynamické vyšetření

Operační výkony endoskopické

1. Cystolitotrypse
2. Optická uretrotomie (OUT)
3. Perkutánní extrakce konkrementu z ledviny (PEK)
4. Transuretrální resekce tumoru močového měchýře (TUR-T)
5. Transuretrální resekce prostaty (TUR-P)
6. Ureterorenoskopie

Operační výkony otevřené

1. Adrenalektomie
2. Amputace penisu
3. Cirkumcize
4. Epididymektomie
5. Lumbální nefrektomie
6. Meatotomie
7. Nefropexie
8. Nefroureterektomie
9. Operace hydrokély
10. Operace spermatokély
11. Operační revize ledviny při nádorovém onemocnění
12. Orchiektomie
13. Prostatektomie otevřená
14. Pyeloplastika
15. [Radikální cystektomie](#)
16. Radikální orchiektomie
17. Radikální prostatektomie
18. Revize šourku při torzi varlete
19. Transperitoneální nefrektomie
20. Uretroplastika
21. Vasoresektomie

Operační výkony laparoskopické

1. Laparoskopická marsupializace ledvinné cysty
2. Laparoskopická nefrektomie
3. Laparoskopická resekce varikokély

Informovaný souhlas se zákrokem - obecný

Souhlas pacienta s prováděním vyšetřovacích a léčebných výkonů vyžádaný zejména podle Zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

S přihlédnutím k dosavadním výsledkům vyšetření u Vás provedených je vhodné provést níže uvedený zdravotní výkon.

Zárok:.....

Obsah poučení provedeného lékařem:

- příčiny a původ nemoci, rizika a komplikace zákroku, účel a povaha zákroku,
- omezení a doporučení ve způsobu života
- alternativy zákroku

Souhlasím / nesouhlasím*), aby v mezích daných právními předpisy tyto výkony prováděli studenti v přípravě k výkonu zdravotnického povolání a v rozsahu nezbytně nutném mohli nahlížet do mé zdravotní dokumentace. Všechny tyto osoby jsou povinny o zjištěných skutečnostech zachovávat mlčenlivost.

Souhlasím / nesouhlasím*) s možným uveřejněním údajů, které byly vyšetřením či léčením získány, ve vědeckých publikacích.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil obsah tohoto písemného informovaného souhlasu. Měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl a uvádím, že uvedená konzultace s lékařem proběhla po dostatečnou dobu. Prohlašuji, že jsem měl(a) možnost poučení uvážit a uvedenému poučení plně porozuměl(a).

V Jihlavě datum a čas:.....

.....
Podpis pacienta

.....
Podpisy zákonných zástupců **)***)

Dne jsem informoval výše jmenovaného pacienta

o výkonu:

.....
Podpis lékaře

Vysvětlivky:

*) nehodící se škrtněte

**) platí pro osobu nezletilou či pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům

***) platí pro případ, že je přítomen jen jeden z rodičů: podepsaný zákonný zástupce (rodič) prohlašuje, že druhý z rodičů s hospitalizací souhlasí

Informovaný souhlas se zákrokem – obecný anglický jazyk

Informed consent to treatment - general

The patient's consent to examination and treatment required chiefly according to Act No. 372/2011 Coll., the Health Care Services Act, as amended,

With regard to the results of examinations I have undergone at your facility, it is appropriate that the medical treatment given below is performed.

Treatment:

Instruction contents conducted by the doctor:

- **causes and origins of illness, risks and complications of the medical intervention, the purpose and nature of medical intervention;**
- **restrictions and recommendations to lifestyle;**
- **alternatives to the medical intervention.**

I consent / do not consent*) that this treatment be performed by students of medical departments, Medical Schools and Medical Colleges within the limits stipulated by legal regulations and that they are permitted to view my medical records in the scope essential. All these persons are required to preserve confidentiality regarding discovered facts.

I consent / do not consent *) to the possible publication of information, obtained through examinations or treatment, in scientific publications.

I declare that, with my own signature given below, I confirm that the physician who instructed me has personally explained the contents of this written informed consent form. I have had the opportunity to ask additional questions, which the physician has answered and I state that the consultation with the physician was of sufficient duration. I declare that I have had the opportunity to consider the instructions and have understood them fully.

In Jihlava date and time:

.....
Patient's signature

.....
Signature of statutory representatives **)***)

On I informed the patient named above

of the following treatment:

.....
Physician's signature

Explanations:

*) delete inapplicable

**) applies to minors or patients relieved of their competence to take legal actions or patients with limited competence to take legal actions

***) applies to cases when one parent is present; the undersigned statutory representative (parent) declares that the other parent consents to hospitalization

Informovaný souhlas se zákrokem – obecný ruský jazyk

Информированное согласие на лечебное вмешательство

Согласие пациента на проведение обследования и лечения требуется, главным образом, согласно Закону «О медицинских услугах» № 372/2011 Св. зак

Учитывая существующие результаты Ваших обследований, целесообразно произвести нижеуказанное лечебное вмешательство.

Вмешательство:

Содержание наставления осуществленного врачом:

- причины и происхождение болезни, риски и осложнения при вмешательстве, цель и характер вмешательства,
- ограничения и рекомендации по образу жизни
- альтернативы вмешательства

Я согласен / не согласен*), с тем, чтобы в рамках, определенных данными правовыми предписаниями, эти вмешательства проводили студенты медицинских факультетов, медицинского училища и высшего медицинского училища и с тем, чтобы они могли в пределах необходимости знакомиться с моей медицинской документацией. Все эти лица обязаны сохранять молчаливость об установленных фактах.

Я согласен / не согласен *) с возможной публикацией данных, полученных в процессе моего обследования и лечения, в научных публикациях.

Я заявляю и своей собственноручной подписью далее подтверждаю, что врач, от которого я получил(а) наставление, мне лично объяснил содержание настоящего письменного информированного согласия. У меня была возможность задавать дополнительные вопросы, на которые я получил(а) надлежащие ответы и заявляю, что указанная консультация с врачом длилась достаточно долго. Заявляю, что у меня была возможность наставление обдумать и, что я указанное наставление полностью понял(а).

В г. Йиглава дата и время:

.....
подпись больного

.....
подписи законных представителей **)***)

«.....» 200...г. я проинформировал вышеназванного больного

о вмешательстве:

.....
подпись врача

Пояснения:

*) не нужно зачеркните

**) действует для несовершеннолетних больных или больного, лишенного правоспособности или с ограниченной правоспособностью.

***) действует в случае, если присутствует только один из родителей: подписавшийся законный представитель (родитель) заявляет, что второй из родителей с госпитализацией согласен

Informovaný souhlas se zákrokem - obecný německý jazyk

Einwilligung zum Eingriff - allgemein

Einwilligung des Patienten zur Durchführung von Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen angefordert vor allem gemäß dem medizinischen Dienstleistungsgesetz Nr. 372/2011 S.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Ergebnisse der bei Ihnen vorgenommenen Untersuchungen wird der nachfolgende medizinische Eingriff empfohlen.

Eingriff:

Inhalt der ärztlichen Aufklärung:

- Ursachen und Ursprung von Erkrankungen, Risiken und Komplikationen des Eingriffs, Zweck und Charakter des Eingriffs
- Einschränkungen und Empfehlungen in der und für die Lebensweise
- Eingriffsalternativen

Ich bin / bin nicht einverstanden^{*)}, dass in dem durch gesetzliche Vorschriften geregelten Umfang diese Eingriffe von Studenten medizinischer Fakultäten, Fachschulen für Medizin und Fachoberschulen für Medizin vorgenommen werden und dass sie im notwendigen Umfang Einsicht in meinen medizinischen Bericht nehmen dürfen. All diese Personen haben Schweigepflicht über die gewonnenen Erkenntnisse zu halten.

Ich bin / bin nicht einverstanden^{*)}, dass die bei Untersuchungen oder medizinischen Behandlungen gewonnen Angaben in Fachpublikationen veröffentlicht werden können.

Ich erkläre und bestätige durch meine nachstehend angeführte eigenhändige Unterschrift, dass der Arzt, der mich belehrte, mir persönlich alles erklärte, was den Inhalt dieser schriftlichen Einwilligung darstellt. Ich hatte die Möglichkeit, ergänzende Fragen zu stellen, die er mir ordnungsgemäß beantwortete, und ich gebe an, dass das beschriebene Aufklärungsgespräch eine ausreichende Zeit dauerte. Ich erkläre hiermit, die Möglichkeit gehabt zu haben, die Aufklärung abzuwägen und dass ich sie vollständig verstanden habe.

Jihlava, Datum und Uhrzeit:

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschriften der gesetzlichen Vertreter^{*)***)}

Am unterrichtete ich den/die obig genannte/n Patienten/in

über den Eingriff:

.....
Unterschrift des Arztes

Erklärungen:

- ^{*)} Unzutreffendes bitte streichen
- ^{**)} gilt für eine minderjährige Person oder einen entmündigten Patienten oder Patienten mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit
- ^{***)} gilt für den Fall, dass nur ein Elternteil anwesend ist: Der unterzeichnende gesetzliche Vertreter (Elternteil) erklärt hiermit, dass das andere Elternteil mit der stationären Behandlung einverstanden ist

Informovaný souhlas se zákrokem - obecný vietnamský jazyk

Đồng ý của bệnh nhân về việc điều trị

Bệnh nhân được hỏi ý kiến đồng ý với việc tiến hành các biện pháp khám và chữa bệnh trước hết là theo Luật về dịch vụ chăm sóc sức khỏe số 372/2011 Sb.

Qua việc xem xét kết quả điều trị đến nay, đối với trường hợp của bạn, biện pháp điều trị sau đây là phù hợp.

Biện pháp điều trị:

Nội dung hướng dẫn của bác sĩ:

- Nguyên nhân và nguồn gốc của bệnh, rủi ro và biến chứng của biện pháp điều trị, mục đích và tính chất của biện pháp điều trị,
- Những hạn chế và gợi ý cách sống phù hợp
- Các biện pháp điều trị thay thế khác

Tôi đồng ý / không đồng ý*) để thực hành nghiệp vụ y tế, sinh viên có thể thực hiện việc điều trị trong phạm vi qui định của pháp lý và trong phạm vi thật sự cần thiết họ được xem hồ sơ sức khỏe của tôi. Tất cả những người này có nghĩa vụ giữ im lặng về những điều biết được.

Tôi đồng ý / không đồng ý*) công bố trên các tạp chí khoa học những số liệu thu thập được trong quá trình khám nghiệm hoặc điều trị.

Bằng chữ ký của mình, tôi tuyên bố là bác sĩ hướng dẫn đã trực tiếp giải thích cho tôi nội dung của văn bản đồng ý này. Tôi cũng có cơ hội đưa ra những thắc mắc bổ sung và được trả lời chu đáo, và việc trao đổi với bác sĩ đã diễn ra trong thời lượng hoàn toàn đầy đủ. Tôi tuyên bố là được cân nhắc về quyết định của mình và đã hiểu một cách kỹ lưỡng hướng dẫn trên đây.

Tại Jihlava ngày, giờ:.....

.....
Chữ ký người bệnh

.....
Chữ ký người đại diện hợp pháp **)***)

Ngày tôi đã thông báo cho người bệnh nêu trên

về biện pháp điều trị:

.....
Chữ ký bác sĩ

Chú thích:

- *) gặch bỏ phần không phù hợp
- **) áp dụng đối với người bệnh tuổi vị thành niên hoặc bệnh nhân bị tước hoặc bị hạn chế tư cách pháp lý
- ***) áp dụng cho trường hợp chỉ bố hoặc mẹ của bệnh nhân có mặt: người đại diện hợp pháp (bố/mẹ) tuyên bố là người thứ hai đồng ý với việc nằm viện của bệnh nhân

Informovaný souhlas se zákrokem – obecný mongolský jazyk

ХАГАЛГАА ХИЙХЭД МЭДЭЭЛЭЛТЭЙ ЗӨВШӨӨРӨЛ

Эмнэлгийн шинжилгээ хийх ба эмчлэх үйлчилгээ явуулахад өвчтөнөөс зөвшөөрөл авах нь, ялангуяа Хуулийн эмхтгэлийн 372/2011 тоот Эрүүл мэндийн үйлчилгээний тухай хуулийн дагуу шаардагдана.

Танд одоо хүртэл явуулсан эмнэлгийн шинжилгээний үр дүнг харгалзан үзэж, дор дурдсан эрүүл мэндийн үйлчилгээ явуулахад таарамжтай байна.

Хагалгаа:.....

Их эмчийн хийсэн сургамжийн агуулга:

- өвчний учир шалтгаан ба эх үүсвэр, хагалгааны аюул ба төвөгтэй байдал, хагалгааны зорилго ба шинж төлөв
- амьдралын дэг ёсонд нь хязгаарлалт ба зөвлөлгөө
- **хагалгаанаас өөр арга хэмжээнүүд**

Тухайн хууль эрхийн дүрмүүдийн дагуу анагаахын мэргэжлийн үйлчилгээ явуулахад бэлтгэл хийж байсан оюутнууд бол энэ үйлчилгээ явуулахад **зөвшөөрч байна / зөвшөөрөхгүй байна***), тэгээд тэд нар бол хэрэгтэй хэмжээгээр нь миний эрүүл мэндийн бичиг баримтуудыг үзэж болно. Энэ бүх хүмүүс бол илрүүлсэн бодит байдалнуудын тухай дуугүй байх үүрэгтэй.

Эмнэлгийн шинжилгээ буюу эмчилгээ хийж байхад олсон мэдээллүүдийг эрдэм шинжилгээний хэвлэлд хэвлэж болоход **зөвшөөрч байна/зөвшөөрөхгүй байна *)**.

Надад сургамж өгсөн их эмч бол энэ бичгээр бичсэн мэдээлэлтэй зөвшөөрлөлийн агуулгыг надад өөрийн биеэр тайлбарлаж өгсөн гэдгийг би мэдүүлж байгаад өөрийнхөө гарын үсгээр батлаж байна.

Би нэмэлт асуулт тавих боломжтой байсан бөгөөд их эмч бол надад зүй ёсоор хариу өгсөн, энэ их эмчтэй явуулсан зөвлөлгөө нь хүрэлцэхүй цаг хугацаатай байсан. Би энэ сургамжийн тухай бодох боломжтой байсан бөгөөд энэ өгсөн сургамжийг бүрэн бүтэн ойлгосон гэдгийг энд батлаж байна.

Йихлава хотод Он са өдөр:.....

Өвчтөний гарын үсэг:.....

.....
хууль ёсны төлөөлөгчдийн гарын үсэг **), ***)

Өдөрт.....үйлчилгээ явуулах тухай би өвчтөнд мэдээлэл өгсөн

.....
Их эмчийн гарын үсэг

Тайлбар:

*) таарахгүй юмыг зурж баллаарай

**) насанд хүрээгүй хүн буюу хууль эрхийн үйл ажиллагаа явуулах эрхгүй өвчтөн буюу хууль эрхийн үйл ажиллагаа явуулахад хязгаарлагдсан эрхтэй өвчтөн

***) хэрвээ аав ээжийн гагцхүү хэн нэг нь байвал: гарын үсэг зурсан хууль ёсны төлөөлөгч (аав буюу ээж нь) аав буюу ээжийн нөгөөдөх нь хүүхдийг эмнэлэгт хэвтүүлэхэд нь зөвшөөрнө гэж батлаж байна.

Závazný rozsah „Status praesens organorum a základní onkologické prevence

Příloha stanoví základní rozsah vyšetření Status praesens a základní onkologické prevence. Jednotlivá uvedená vyšetření jsou závazná při každém vyšetření a zápisu status praesens a pokud některá z nich pacient odmítá nebo existuje jiný důvod, proč nemohou být provedena, je lékař povinen zaznamenat neprovedení úkonu a jeho důvod.

Status praesens

Váha:
výška:
TK:
puls:
dechová frekvence:

Celkový stav: Pacient orientován místem a časem, spolupracuje.
Eupnoický, přiměřené výživy

Kůže: čistá, bez patologických eflorescencí, normálního koloritu, přiměřeného turgoru. Adnexa bez patologie.

Hlava: na poklep nebolestivá, oči, uši a nos bez výtoku, výstupy hlavových nervů nebolestivé, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé, spojivky růžové, skléry anikterické, zornice izokorické, reakce na osvit správná. Dutina ústní: hrdlo klidné, jazyk bez povlaků, plazí ve střední čáře, tonsily nezvětšené, chrup sanován.

Krk: Šije volná, karotidy tepou symetricky, bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšená, štítnice nehmatná, uzliny nezvětšené.

Hrudník: symetrický, supraklavikulární uzliny nehmatné.
Plíce: poklep plný jasný, dýchání sklípkové, bez vedlejších fenoménů,
srdce: akce pravidelná, ozvy ohraničené, bez šelestů, není hmatný vír.

Mammy: palpačně bez rezistence, axilární uzliny nehmatné

Břicho: v niveau, poklep bubínkový nebolestivý, peristaltika normální, palp. stěna pevná, bez jizev, břicho nebolestivé, bez hmatné rezistence, bez ascitu., bez známek peritoneálního dráždění. Játra pohmatově nepřesahují oblouk žeberní, slezina při palpaci nenaráží, ledviny nehmatné, tapottement bilaterálně negativní, zevní genitál normální, okolí anu volné. Inguiny volné, kýlní branky uzavřeny, tříselné uzliny nezvětšeny

Per rektum: Ampula volná, normálně klenutá, sliznice bpn., prostata nezvětšena, elastická

Genitál: genitál bez patologického nálezu, varlata bpn.

Končetiny:

HK: normální konfigurace, pohyblivost v kloubech není omezena, není třes na horních končetinách, pulzace na art. radialis bilaterálně hmatné.
DK: bez varixů, bez otoků, bez trofických změn. Pulzace nad aa.femorales, a.tibialis a a.dorsalis pedis hmatné.

Páteř: zakřivení fyziologické, rozsah pohybů fyziologický, trny obratlů na poklep nebolestivé.

Závazný rozsah základní onkologické prevence v rámci vyšetření pacienta při příjmu a zápisu st. praesens na lůžkové oddělení Nemocnice Jihlava:

Obor: chirurgie, interna, onkologie

Povinný rozsah vyšetření:

- vyšetření dutiny ústní pohledem
- vyšetření kůže a periferních lymfatických uzlin pohledem a pohmatem
- vyšetření prsů u žen starších 45 let pohmatem
- vyšetření konečníku pohmatem u mužů a žen starších 50 let
- vyšetření varlat u mužů starších 20 let pohmatem, lze nahradit poučením o samovyšetření
- fakultativně: u kuřáků rtg plic, pokud nebyl prokazatelně proveden během posledních 2 let

Ostatní obory:

Povinný rozsah vyšetření:

- vyšetření je zaměřeno pouze na oblast působnosti daného oboru

Popis systému hospitalizační dokumentace na oddělení ARO, vedené mimo systém NIS

1. Standard pro vedení lékařské dokumentace na ARO

(NIS, Dokumentace v programech Word, Excel, dokumenty v tištěné formě)

1.1 Ambulantní pacient

Dokumentace je shodná s jednotnou nemocniční dokumentací v NIS.

1.2 Hospitalizovaný pacient

Dokumentace je zavedena v předdefinovaných formátech programů Word a Excel, které jsou specifické pro resuscitační péči – vzorový formát ve formulářích na intranetu.

Příjem

- Založeny všechny hospitalizační zprávy do NIS dle pravidel jednotné hospitalizační dokumentace.
- Založen denní záznam pacienta ARO (dekurz) v programu Word.
 - Dekurz je společný pro lékaře a sestry.
 - Dekurz má 2 části, 1. část je určená pro záznamy sester, 2. část je list denních záznamů lékaře včetně epikrízy. Nahrazuje dekurzy 4. hospitalizační zprávy NIS a sesterský ošetřovatelský list jednotné hospitalizační dokumentace.
- Založen tištěný formulář.
 - List kardiopulmonálního profilu při invazivním monitorování (Plicnicový katétr, Picco)

Překlad

- na jiné oddělení NJ
 - Založit v NIS hospitalizační zprávu dekurs s názvem „ Překladová zpráva ARO“ – struktura identická s propouštěcí zprávou dle pravidel jednotné hospitalizační dokumentace, další součástí dokumentace je originál Informovaného souhlasu pacienta, případně kopie vyjádření soudu
- z jiného oddělení NJ
 - Založit v NIS hospitalizační zprávu dekurz + zkratka oddělení – ARO, první zápis do dekursu v rozsahu 8. hospitalizační zprávy Diagnostická rozvaha, léčebný plán, výkony, první dekurz, dále pokračovat ve vedení dokumentace dle standardu.

Propuštění

Zkompletována propouštěcí zpráva v NIS dle pravidel jednotné hospitalizační dokumentace.

2. Standard pro vedení ošetrovatelské dokumentace na ARO

(NIS, Dokumentace v tištěné formě, Sešity a deníky)

2.1 Při příjmu : (ambulantní pacient nebo hospitalizovaný pacient)

NIS – práce sestry při příjmu shodná s metodickým pokynem

Do 1. Hospitalizační zprávy Sesterská dokumentace založit předdefinovaný formulář Sesterská příjmová zpráva, sestra vyplní neprodleně po získání kontaktu s rodinou, vytiskne a stvrdí podpisem. Do 2. hospitalizační zprávy Ošetrovatelský proces při příjmu nebo překlady z jiného oddělení nemocnice sestra založí předdefinovaný formulář Překladová sesterská zpráva s odkazem na další záznamy oš. dg v tištěném formuláři.

Založení Denního záznamu pacienta ARO

Dokumentace společná pro sestry i lékaře / nahrazuje Ošetrovatelský list Jednotné hospitalizační dokumentace /.

Provedení záznamů o splnění činnosti potvrdí sestra souhrnným podpisem na konci její směny.

Založení tištěných formulářů

- Biografická anamnéza – sestra vyplní při první návštěvě rodinných příslušníků u pacienta.
- Denní plán bazální stimulace – sestra založí druhý den hospitalizace pacienta .
- Forsírovaná diuréza - sestra založí v případě odpovídající dg. u pacienta.
- Bilanční list CVVH – sestra založí v případě odpovídající dg. u pacienta.
- List ošetrovatelských diagnóz – průběh ošetrovatelské péče, zpráva předdefinována v textu Word, sestry provádí zápis a hodnocení v každé směně.
- Aktuální ošetrovatelské dg. a zhodnocení nemocného bude vždy obsahovat propouštěcí a překladová zpráva

2.2 Při překlady a propuštění

Při překlady pacienta na jiné oddělení nemocnice zkopíruje sestra do 2. hospitalizační zprávy předdefinovaný text Sesterská překladová zpráva, vyplní údaje, vytiskne, podepíše a předá přejímající sestře v obálce chorobopisu pacienta, součástí oš. dokumentace je dále vytištěný list s aktuálními oš. dg. včetně tiskopisu se soupisem věcí nemocného. Do obálky vloží lékařskou dokumentaci viz. kapitola 1.

Před předáním pacienta v NIS na jinou kliniku v rámci NJ provede uzamčení této zprávy a označení oddělením tak že: po otevření hospitalizační zprávy najede kurzorem na její začátek k nadpisu Ošetrovatelský proces: a do tohoto řádku **před:** vepíše zkratku svého oddělení – Ošetrovatelský proces ARO:

Při převzetí pacienta z jiné kliniky v rámci NJ sestra založí novou hospitalizační zprávu – **Ošetrovatelský proces:** a pracuje s touto zprávou, jak bylo popsáno výše.

Tato zpráva je odemčená pro možnost pracovat s ošetrovatelskými diagnózami vždy jen na svém oddělení, kde je pacient aktuálně hospitalizován.

Při překlady pacienta na Oddělení geriatrické a následné péče (OGNP) nebo na jiné pracoviště sestra do vloží do 2. hospitalizační zprávy **Ošetrovatelský proces**, kterou založila pro ARO při příjmu předdefinovaný text **Sesterská překladová zpráva**.

Po vypsání zprávu vytiskne, podepíše a předá spolu s pacientem, tištěným listem s aktuálními oš.dg.,

soupisem věcí nemocného a lékařskou propouštěcí zprávou. V případě překladu pacienta na OGPNP Nemocnice Jihlava je sesterská překladová zpráva vytisknuta 2 x, jedna se vrátí zpět na oddělení podepsána přijímací sestrou a je založena do dokumentace pacienta.

Při propuštění pacienta přímo z ARO sestra provede ve 2. hospitalizační zprávě zhodnocení pacientova aktuálního stavu, okolnosti propuštění, vytiskne a podepíše. List založí do dokumentace. Tuto zprávu v NIS uzamkne viz popis výše.

2.3 Dokumentace na operačním sále

Anesteziologický ošetrovatelský záznam – sestra odebere ošetrovatelskou anamnézu, určí ošetrovatelské diagnózy a stanoví plán ošetrovatelské péče na operačním sále. Vzory tištěných formulářů na hlavní stránce intranetu ve formulářích, sekce formuláře pro zdravotnickou dokumentaci.

2.4 Ostatní tištěné formuláře

Transfuze a jiné krevní deriváty

Soupis věcí – tiskopis slouží na ARO k soupisu věcí **každého** pacienta

Tyto formuláře jsou platné dle Metodického pokynu Jednotné hospitalizační dokumentace i pro ARO.

Deníky a sešity – dokumentace shodná se standardními odděleními.

3. Vysvětlivky použitých zkratk v tiskopisech

Tiskopisy:

Anesteziologický záznam

RČ	rodné číslo
ZdP	zdravotní pojišťovna
Odd.	oddělení
Klin. dg.	klinická diagnóza
Op. dg.	operační diagnóza
FA	farmakologická anamnéza
ASA	stanovení stupně anesteziologického rizika pro pacienta při operačním výkonu
RA	regionální anestezie
CA	celková anestezie
i. m.	intramuskulárně
i. v.	intravenózně
p. os	per os
p. r.	per rectum
TK	krevní tlak
P	puls
SpO₂	saturace hemoglobinu kyslíkem měřená pulzním oxymetrem
FIO₂	inspirační frakce kyslíku
ETCO₂	parciální tlak CO ₂ na konci výdechu
LB	poloha na levém boku
PB	poloha na pravém boku
MMM	mozkomíšní mok

DC	dýchací cesty
TR	tracheální rourka
LM	laryngeální maska
TSK	tracheostomická kanyla
ÚV	ústní vzduchovod
ISO	isofluran
SEV	sevofluran
SCHJ	succinylcholidjodid (suxamethonium)
miv	mivakurium
roc	rocuronium
atr	atrakurium
cis	cisatrakurium
vec	vecuronium
pip	pipekuronium
INF.	infúze
LD	lineární dávkovač
DF	dechová frekvence
Vt	dechový objem
UPV	umělá plicní ventilace
ZP	zotavovací pokoj
SAA	subarachnoidální anestezie
EDA	epidurální anestezie
DOP.	doporučení
VAS	vizuální analogová škála
D	pacienti ve věkovém rozmezí 0 – 19 let
G	pacienti ve věkovém rozmezí 65 let a více
S	výkon v ústavní pohotovostní službě
L	trvání anestezie nad 2 hodiny
AMB	ambulantní anestezie

Seznam přístupových kompetencí pracovníků Nemocnice Jihlava v NIS

Každý pracovník nemocnice Jihlava s přístupovým právem do NIS (na základě řádně vyplněné a podepsané „Žádosti o zřízení přístupu k počítačové síti Nemocnice Jihlava“), na jakékoli úrovni je jednoznačně identifikován názvem uživatele a heslem, které wpisuje do příslušného přihlašovacího formuláře.

Je zodpovědný za ochranu svého přístupového hesla, které nesmí sdělovat třetí osobě a za zneužití tohoto postupu třetí osobou nese plnou zodpovědnost.

1. Kompetence primář oddělení, lékař na oddělení, klinický psycholog

Pacienti – přístup ke všem patientským datům bez omezení. Jsou dostupná veškerá patientská data, vyjma těch, které byly některým z lékařů utajeny.

Ekonomika - Kompetence pro prohlížení a tisk účtu u samoplátců, kompetence pro přidávání a ubírání výkonů a ZUM, prohlížení hospodářských výsledků a statistik pro jednotlivé uzávěrky.

Schvalování – Kompetence pro schvalování chorobopisů.

Utajování – možnost utajování lékařských záznamů.

Vystavování receptů – kompetence na objednávání léků z lékárny.

2. Kompetence vrchní, dokumentační sestra na oddělení

Pacienti – Vše od pacienta (mimo GYN), který byl za posledních „x“ dnů zpracováván na klinice, ke které má uživatel podle svých kompetencí přístup. (zpracování mohl provést jiný uživatel), (za x je dosazen počet dní), u vrchních a dokumentačních sester je to 30dní zpátky.

Ekonomika - Kompetence pro prohlížení a tisk účtu u samoplátců, kompetence pro přidávání a ubírání výkonů a ZUM, prohlížení hospodářských výsledků a statistik pro jednotlivé uzávěrky

3. Kompetence sestra na oddělení, fyzioterapeut, nutriční terapeut

Pacienti – údaje pouze vyžádané nebo pořízené klinikami, ke kterým má podle svých kompetencí přístup.

4. Kompetence sestra na oddělení multioborové JIP

Pacienti – údaje vše od pacienta za posledních x dnů, (v tomto případě 30 dnů), pokud byl za posledních „x“ dnů, zpracován na klinice, ke které má podle svých kompetencí přístup. Tato kompetence je předurčena spíše pro sestry na lůžkových odděleních, aby měly přístup k došlým RTG a LAB výsledkům, ale pouze do krátké historie.

5. Kompetence sanitářka na oddělení

Nemá přístup k žádným patientským datům. Má pouze kompetenci pro objednávání stravy a sterilizace a ostatních provozních služeb.

6. Kompetence externí lékař na LPS

Pacienti – údaje pouze pořízené autorem, ke kterým má podle svých kompetencí přístup.

Poznámka: u některých dokumentačních či vrchních sester je za x – dosazen větší počet dní, a to z důvodu oprav revizí, které mohou být až několik let pozpátku

Seznam zkratk oddělení a jednotek intenzivní péče

Název oddělení	Zkratka
Anesteziologicko - resuscitační oddělení	ARO
Dětské oddělení	PED
Dětské oddělení - JIP novorozenců	PED I
Dětské oddělení - JIP dětská	PED J
Gynekologicko - porodnické oddělení	GYN
Chirurgické oddělení	CHIR
Chirurgické oddělení – multioborová JIP	CHIR J
Infekční oddělení	INF
Interní oddělení	INT
Interní oddělení - JIP	INT J
Kardiologické oddělení	KAR
Kardiologické oddělení - JIP	KAR J
Kožní oddělení	DER
Neurologické oddělení	NEU
Neurologické oddělení - JIP	NEU J
Oční oddělení	OPH
<u>Oddělení geriatrické a následné péče</u>	<u>OGNP</u>
Oddělení geriatrické a následné péče - stanice paliativní péče	SPP
Oddělení ušní, nosní, krční	ORL
Onkologické oddělení	ONK
Onkologické oddělení - JIP	ONK J
Ortopedické oddělení	ORT
Plicní oddělení	TRN
Rehabilitační oddělení	REH
Traumatologické oddělení	TRM
<u>Traumatologicko – ortopedická JIP</u>	<u>TRM J</u>
Urologické oddělení	URO

Hodnotící škály výkonnosti pacientů

EDSS – škála disability u pacientů s roztroušenou sklerózou (RS)

- 0** – bez potíží, neurologický nález normální
- 1** – potíže mírné nebo jen anamnestické, výkonnost intaktní, nepatrné odchylky v neurologickém nálezu
- 2** – potíže jen lehké, výkonnost dotčena minimálně, malý neurologický nález
- 3** – postižení výraznější, hybnost a výkonnost dotčena, pracovní schopnost zachována. Neurologicky vyjádřeny základní příznaky nebo kombinace více lehčích příznaků
- 4** – postižení těžší, hybnost, výkonnost a pracovní schopnost omezeny, normální způsob života možný bez závislosti na pomoci druhé osoby
- 5** – postižení značné, pracovní neschopnost, chůze na kratší vzdálenost (500 metrů) samostatně možná
- 6** – hybnost omezená s pomocí hole, berle, opěrného aparátu, přesuny na krátké vzdálenosti, doma s přidržováním se o předměty, schopnost výkonu drobných prací a) bez pomoci druhé osoby, b) s pomocí druhé osoby
- 7** – hybnost velmi obtížná až nemožná, je závislá na invalidní vozík, přesuny do vozíku a jeho ovládání bez cizí pomoci, základní soběstačnost zachována
- 8** – ležící, závislost na invalidní vozík s cizí pomocí, soběstačnost
- 9** – zcela ležící, nesoběstačný, bezmocný
- 10** – úmrtí v důsledku RS

ECOG (PS)

- 0** Plně aktivní, je schopen všech běžných aktivit bez omezení
Plně aktivní, více méně ve stejné míře jako před nemocí
- 1** Omezení fyzicky náročných aktivit, ambulantní, schopen lehčí práce (domácí práce, kancelářská)
Neschopnost těžké fyzické práce, ale možnost vykonávat cokoli jiného práce)
Ambulantní, schopen péče o sebe, ale neschopen jakékoli práce.
- 2** Mimo lůžko více než 50 % denní doby.
Mimo lůžko více než polovinu dne, schopen péče o sebe, neschopen práce
- 3** Schopen omezené péče o sebe, upoután na lůžko více než 50 % denní doby
Na lůžko nebo v křesle více než polovinu dne, při péči o sebe nutná pomoc
- 4** Zcela neschopný, neschopen péče o sebe, upoután na lůžko nebo do křesla
Po celou dobu upoután na lůžko nebo křeslo, výrazná potřeba pomoci
- 5** Mrtvý