

Obsah jednotlivých částí zdravotnické dokumentace

1. Výpis ze zdravotnické dokumentace

Výpis ze zdravotnické dokumentace obsahuje

- a) základní údaje z anamnézy doplněné o údaje nezbytné k účelu, pro který je výpis vydáván,
- b) informace o posledně zjištěném zdravotním stavu pacienta a rozpis jím užívaných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a používaných zdravotnických prostředků,
- c) diagnostický souhrn,
- d) stručné zhodnocení dosavadního vývoje zdravotního stavu pacienta, včetně reakcí na dosavadní léčbu a dynamiky vývoje výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
- e) další podstatné informace včetně informací z posudkové péče.

2. Vyžádání dalších zdravotních služeb (žádanka)

A. Vyžádání dalších zdravotních služeb obsahuje

- a) požadované zdravotní služby,
- b) zdůvodnění požadavku,
- c) naléhavost požadavku,
- d) údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu, včetně těch výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření, které jsou podstatné pro poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb,
- e) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni,
- f) pracovní diagnózu,
- g) uvedení zásadních anamnestických údajů souvisejících s požadovanými zdravotními službami.

B. V případě vyžádání odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření, nebo v použití přístrojového vybavení, je-li to z odborného hlediska dostačující, žádanka obsahuje pouze informace podle části A písm. a).

C. Poskytovatel pracovnělékařských služeb uvede v žádosti o odborné vyšetření vedle informací o zjištěném zdravotním stavu vždy údaje o výskytu rizikových faktorů a zdravotní náročnosti práce a podmínkách, za kterých je posuzovaná činnost vykonávána.

3. Zpráva o poskytnutých zdravotních službách

A. Zpráva o poskytnutých zdravotních službách obsahuje

- a) údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření,
- b) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ní,
- c) doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb, včetně doporučení v posudkové péči, to se netýká posuzování pro účely sociálního zabezpečení.

B. V případě jednorázového poskytnutí zdravotních služeb zpráva obsahuje údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření a doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb.

C. V případě vyžádaných odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření nebo v použití přístrojového vybavení, zpráva o poskytnutých zdravotních službách, je-li to z odborného hlediska dostačující, obsahuje informace pouze podle části A písm. a).

4. Informace o ukončení jednodenní nebo lůžkové péče (propouštěcí zpráva)

A. Propouštěcí zpráva obsahuje

- a) stručný údaj o anamnéze a současné nemoci,
- b) dobu a průběh jednodenní nebo lůžkové péče vystihující, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby,
- c) souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
- d) záznam o dosavadní léčbě a zprávy z provedených vyšetření, které jsou podstatné pro poskytování dalších zdravotních služeb,
- e) přehled zdravotních výkonů provedených v průběhu hospitalizace, které jsou významné pro další poskytování zdravotních služeb, včetně jejich výsledků a informace o nastalých komplikacích,
- f) doporučení k poskytnutí potřebných zdravotních služeb, včetně léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péče a doporučení dietního režimu, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené poskytovateli, který bude další zdravotní služby poskytovat, záznam o vystavení rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo dlouhodobém ošetrovném, a doporučení pro posudkovou zdravotní péči.

B. Předběžná propouštěcí zpráva obsahuje

- a) základní údaje o průběhu hospitalizace,
- b) souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
- c) stručný záznam o dosavadní léčbě, léčebně rehabilitační a ošetrovatelské péči, dietním

režimu, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, jimiž je pacient vybaven,

d) doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb a záznam o vystavení rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti nebo dlouhodobém ošetrovném.

5. Lékařský posudek

Lékařský posudek obsahuje vždy

a) identifikační údaje

1. posuzované osoby v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince,

2. poskytovatele, který lékařský posudek vydal, a to jméno, popřípadě jména, a příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby, adresa místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,

3. posuzujícího lékaře, a to jméno, popřípadě jména, a příjmení,

4. pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku,

b) účel vydání posudku,

c) posudkový závěr,

d) poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání a o možnosti vzdání se práva na přezkoumání,

e) datum vydání posudku,

f) datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěného zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost, nebo pokud tak stanoví jiný právní předpis.

6. Dokumentace poskytovatele zdravotnické záchranné služby

Dokumentaci poskytovatele zdravotnické záchranné služby tvoří soubor dokumentů a záznamů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi nebo konkrétní události, a to včetně zvukových nahrávek (záznamů) zdravotnického operačního střediska s časovými údaji.

A. Záznam operátora obsahuje

a) datum, čas a pořadové číslo tísňového volání,

b) identifikační údaje pacienta, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit, a údaje potřebné k určení místa zásahu,

c) telefonní číslo nebo jiný údaj o možnosti spojení na volajícího, pokud lze tyto údaje zjistit,

d) identifikační údaje operátora, který přijal tísňové volání,

e) čas předání tísňové výzvy k výjezdu výjezdové skupině zdravotnické záchranné služby,

f) indikace výjezdu.

Záznam operátora je veden v elektronické podobě a uchovává se na médiu s životností delší 5 let.

B. Záznam o výjezdu obsahuje

Kromě náležitostí uvedených v části A také

- a) místo, odkud je výjezd realizován,
- b) datum a čas výjezdu výjezdové skupiny, typ výjezdové skupiny,
- c) datum a čas příjezdu výjezdové skupiny na místo události,
- d) stručný popis klinického stavu a anamnestické údaje pacienta, jsou-li známy,
- e) pracovní diagnózu pacienta,
- f) popis poskytnuté přednemocniční neodkladné péče,

g) čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení včetně identifikačních údajů přijímajícího poskytovatele a zdravotnického pracovníka nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán poskytovateli,

h) jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků, kteří přednemocniční neodkladnou péči poskytli.

Záznam o výjezdu je předán cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, popřípadě pacientovi, v listinné podobě, nedohodnou-li se na předání v elektronické podobě, kopie záznamu je uchovávána v listinné nebo elektronické podobě u poskytovatele zdravotnické záchranné služby.

C. Identifikační a třídící karta obsahuje

a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene označujícího kraj a pořadové číslo karty),

- b) stupeň naléhavosti ošetření pacienta,
- c) čas vytrídění pacienta,
- d) pracovní diagnózu,
- e) čas předání pacienta odsunovému prostředku,
- f) čas předání pacienta poskytovateli akutní lůžkové péče,

g) druh transportu zdravotnické přepravy v návaznosti na složení výjezdové skupiny podle zákona o zdravotnické záchranné službě,

h) stav životních funkcí, zejména hodnocení stavu pacienta v kómatu (GCS), krevní tlak, pulsová a dechová frekvence a graficky znázorněná lokalizace poranění,

i) záznam léčby, zejména podané léčivé přípravky, použité zdravotnické prostředky, případně provedení dekontaminace,

j) stupeň naléhavosti odsunu.

D. Záznam o hromadném odsunu pacientů obsahuje

- a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene a pořadového čísla opsaná z identifikační a třídící karty),
- b) prioritu odsunu,
- c) čas předání pacienta odsunovému prostředku.

7. Pitevní protokol

A. Pitevní protokol obsahuje

- a) číslo pitevního protokolu,
- b) identifikační údaje zemřelého, v rozsahu stanoveném v § 2 písm. b), jsou-li známy,
- c) místo, datum a čas úmrtí, jsou-li známy,
- d) jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zdravotnických pracovníků účastnících se pitvy,
- e) datum a čas zahájení pitvy,
- f) anamnestické údaje a informace o významných okolnostech souvisejících s úmrtím, jsou-li známy,
- g) klinickou diagnózu ošetřujícího lékaře nebo lékaře provádějícího prohlídku těla zemřelého,
- h) záznam o provedené pitvě členěný na
 - 1. zevní prohlídku s popisem těla zemřelého,
 - 2. vnitřní prohlídku s makroskopickým popisem nálezu jednotlivých orgánů tělních dutin,
 - 3. údaje o provedeném odběru biologického materiálu k dalším vyšetřením; písemný výsledek těchto vyšetření je nedílnou součástí protokolu,
- i) záznam o povinných hlášeních.

K pitevnímu protokolu se připojí kopie části A listu o prohlídce zemřelého, kopie příkazu k přepravě těla zemřelého z pitvy a originál průvodního listu k pitvě.

B. V případě patologicko-anatomické pitvy je dále obsahem pitevního protokolu pitevní diagnóza členěná na

- a) základní onemocnění,
- b) komplikace základního onemocnění,
- c) bezprostřední příčina smrti,
- d) vedlejší patologické nálezy.

C. V případě zdravotní pitvy jsou dále obsahem pitevního protokolu

a) pitevní diagnóza členěná na:

1. základní onemocnění nebo úraz,
2. bezprostřední příčina smrti,

b) identifikační údaje jiných osob přítomných pitvě, v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení; u jiných přítomných osob se také uvede pracovní nebo služební zařazení a důvod přítomnosti.

8. Průvodní list k pitvě

A. Průvodní list k pitvě obsahuje

a) identifikační údaje

1. poskytovatele, jehož lékař provedl prohlídku těla zemřelého, v rozsahu stanoveném v § 2 písm. a),

2. lékaře provádějícího prohlídku těla zemřelého v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis, v případě vedení v elektronické podobě také identifikátor lékaře,

3. zemřelého v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, rodné číslo, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, jsou-li známy,

b) datum a čas úmrtí, a to i odhad,

c) datum a čas provedení prohlídky těla zemřelého,

d) navrhovaný druh pitvy, která má být provedena.

B. Průvodní list k patologicko–anatomické pitvě dále obsahuje

a) klinickou diagnózu, a to

1. základní onemocnění,
2. bezprostřední příčinu smrti,
3. komplikace,

b) anamnestické údaje, zejména informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,

c) stručný popis průběhu onemocnění, které bylo příčinou smrti,

d) popis léčby (například ozařování, léčba antibiotiky a jakými, aplikace radioizotopů),

e) návrhy na zvláštní zjištění při provádění pitvy, je-li to k objasnění příčiny úmrtí nebo ověření léčebných postupů žádoucí.

C. Průvodní list k patologicko-anatomické pitvě dětí dále obsahuje

a) údaje podle části B,

b) zaměstnání nebo povolání rodičů, popřípadě profese, jsou-li známy,

c) anamnestické údaje, zejména

1. porodní hmotnost,
2. porod spontánní nebo operativní,
3. kříšení po porodu,
4. údaj o vícečetném těhotenství,
5. výživa novorozence (kojení, umělá výživa),
6. informace o počtu, věku a zdravotním stavu sourozenců,
7. informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,
8. údaje o provedeném očkování.

D. Průvodní list ke zdravotní pitvě dále obsahuje

a) místo nálezu těla a jeho popis, včetně údajů o nálezech v okolí těla (například léčivé přípravky, lékovky, zdravotnické prostředky, tekutiny, elektrické nebo plynové spotřebiče, zvířata),

b) údaje o vnějších faktorech majících vliv na tělo (například teplota prostředí, vítr, vlhkost, přímý svit slunce, požár),

c) popis polohy těla před zásahem zdravotnické záchranné služby,

d) údaje o oblečení (například ponecháno v původním stavu, rozstříženo – kde, odstraněno a pokud ano, které součásti),

e) popis posmrtných změn, a to

1. skvrny; uvede se, na které části těla a jaké (vytlačitelné, jak),

2. ztuhlost; uvede se, zda nastala na celém těle nebo na které části těla, její síla,

3. rektální teplota, byla-li zjištěna,

4. hnilobné změny; uvede se, zda jsou nepřítomné, počínající nebo pokročilé, přítomnost hmyzu (jakého), velikost larev,

f) nemoci, jsou-li známy,

g) popis potíží před úmrtím, pokud jsou známy, popřípadě údaj o náhlém úmrtí,

h) popis případných známek zevního násilí,

i) údaj o provádění resuscitace (laická, rozšířená),

j) údaj o invazivním zásahu při poskytování přednemocniční neodkladné péče (například kanylace žíly, drenáž hrudníku),

k) záznam o oznámení nálezu těla Policii České republiky podle záznamu operátora,

l) záznam subjektu, který se na místo nálezu těla dostavil jako první, a to

1. výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby,

2. Policie České republiky,

3. Hasičský záchranný sbor České republiky, nebo

4. jiné osoby; v takovém případě se zaznamenají jejich identifikační údaje, pokud jsou známy, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, popřípadě také jejich vztah k zemřelé osobě, a kontaktní údaje.