FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
☎ + 420 588 441 111, e-mail: info@fnol.cz

METODICKÝ POKYN č. MP-L009-01

Ošetřovatelská dokumentace

7. vydání ze dne: 13. 11. 2020 **Skartační znak: A**
Účinnost od: 13. 11. 2020 **Stupeň důvěrnosti: N1**

	Jméno	Funkce	Datum	Podpis
Odborný garant	Eva Horáčková	specialistka zvyšování kvality zdravotní péče		
	Mgr. Alena Koukalová	specialista ošetřovatelství		
Schválil	Ing. Bc. Andrea Drobiličová	náměstek nelékařských oborů		

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ

1.1 Účel

1.1.1 Ošetřovatelská dokumentace slouží k systematickému zaznamenávání ošetřovatelské péče poskytované pacientovi, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a rehabilitační péči.

1.2 Závaznost

1.2.1 Tento metodický pokyn je závazný pro všechny pracovníky nelékařských povolání Fakultní nemocnice Olomouc.

1.3 Správa normy

1.3.1 Správa normy se řídí směrnicí Sm-G001 Vznik a řízení organizačních norem.

2 VYMEZENÍ POJMŮ

2.1 Zkratky

DK	Dětská klinika
FF	Fyziologické funkce
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
FT	Fyzioterapeut
JIP	Jednotka intenzivní péče
KARIM	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
MP	Metodický pokyn
NIP/DIOP	Následná intenzivní péče / dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče
NIS	Nemocniční informační systém
NLZP	Nelékařský zdravotnický pracovník (pro tento MP se nevztahuje na ošetřovatele, sanitáře)
NOVO	Novorozenecké oddělení
NT	Nutriční terapeut
OG	Odborný garant
OK	Odbor kvality
ON	Organizační norma
PAINAD	Pain-undervalued problem in care of patiens with dementia
PORGYN	Porodnicko-gynekologická klinika
RHC	Oddělení rehabilitace
RTG	Radiologická klinika
SOP	Standardní ošetřovatelský postup
VAS	Visual Analogue Scale – vizuální analogová škála
ZdP	Zdravotnické pracoviště

2.2 Definice

2.2.1 **Ošetřovatelská dokumentace** slouží k systematickému shromažďování údajů o stavu a vývoji individuálních potřeb pacienta, zaznamenávání poskytované ošetřovatelské péče, je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Cílem je přesně, stručně, jednotně a přehledně zaznamenávat aktuální vývoj zdravotního stavu pacienta a vytvořit spolu

s lékařskou dokumentací celek, který je uceleným dokumentem o léčebné a ošetřovatelské péči. Vedení záznamů může efektivním způsobem ovlivňovat ošetřovatelskou praxi. Účel ošetřovatelské dokumentace je zdravotnický, kontrolní, důkazní.

2.3 Odborné funkce

2.3.1 Tato ON nezavádí žádné odborné funkce.

3 VLASTNÍ TEXT

3.1 Ošetřovatelská dokumentace na standardním oddělení, JIP a KARIM

3.1.1 Posouzení stavu pacienta

Musí obsahovat základní údaje o pacientovi. Zde NLZP zaznamenává výsledky vstupního rozhovoru s pacientem nebo rodinou a pozorování. Výsledkem strukturovaného rozhovoru jsou objektivní a subjektivní příznaky aktuálního stavu individuálních potřeb a problémů u pacienta. Posouzení stavu pacienta je vyplněno do 8 hodin po přijetí pacienta, získané informace jsou stvrzeny podpisem pacienta, event. zákonným zástupcem.

V případě, že nelze od pacienta údaje odebrat, potvrdí tuto skutečnost svědek (jiný NLZP) svým podpisem + jmenovkou v Posouzení stavu pacienta.

Posouzení stavu pacienta je jednotné pro standardní obory i pro JIP a KARIM. Na DK je vedeno specifické Ošetřovatelské posouzení, které je přizpůsobeno požadavkům tohoto oboru.

3.1.2 Hodnotící škály

Součástí posouzení stavu pacienta jsou také hodnotící škály, kde NLZP dokumentuje fyzický screening pacienta při přijetí. Přehodnocení hodnotících škál s výjimkou nutričního screeningu provede NLZP vždy při změně stavu.

a) Hodnocení rizika pádu

- při příjmu provádí NLZP vstupní hodnocení rizika pádu u pacientů, pokud pacient není v riziku, neprovádí žádná opatření, pokud je u pacienta riziko pádu, postupuje NLZP dle Standardního ošetřovatelského postupu Prevence pádu pacienta - SOP-L015-V03/PREVP,
- v případě, že při příjmu nebyl pacient v riziku pádu a v průběhu hospitalizace dojde k pádu, nebo se jinak změní zdravotní stav, mobilita pacienta, či dojde ke změně spektra užívaných léků, je nutné znovu posoudit riziko pádu u pacienta. NLZP provede zhodnocení, napíše datum, jmenovku, podpis, event. provede opatření ke snížení rizika pádu u pacienta, dle SOP-L015-V03/PREVP.
- přehodnocení rizika pádu se provádí u pacientů při překladu mezi ZdP v rámci příjmu.

b) Hodnocení rizika vzniku dekubitů

- při příjmu provádí NLZP vstupní hodnocení rizika vzniku dekubitů, které musí být provedeno maximálně do 8 hodin od příjmu pacienta. Pokud je pacient v riziku vzniku dekubitů, postupuje NLZP dle Standardního ošetřovatelského postupu SOP-015-V010/DEKUB Prevence vzniku dekubitů. Přehodnocování stupnice dle Nortonové u pacientů v riziku provádí NLZP při změně zdravotního stavu, mobility, stavu kůže, apod.,
- v případě, že při příjmu nebyl pacient v riziku vzniku dekubitů a v průběhu hospitalizace dojde ke změně zdravotního stavu, je nutné znovu posoudit riziko vzniku dekubitů. NLZP provede přehodnocení, event. provede opatření dle SOP-015-V010/DEKUB,

- pokud je pacient v riziku vzniku dekubitů, je nutné tuto skutečnost zaznamenat do flexibilního formuláře NIS dle Ma-G015-04-02 Manuál zadávání dekubitů do NIS.

c) Nutriční screening

- při příjmu pacienta NLZP provádí nutriční screening dle MP-L014-01 Hodnocení stavu výživy a indikace nutriční podpory,
- nutriční screening pro dospělé je součástí příjmové ošetřovatelské dokumentace, pro děti je určen Fm-L009-021-STRONG-001 STRONGkids: Nástroj pro nutriční rizikový screening u dětí ve věku 1 měsíc – 18 let,
- nutriční screening NLZP nevyplňuje u těhotných žen přijatých k porodu, dále u pacientů v terminálním stádiu onemocnění, u pacientů přijatých k plánované krátkodobé hospitalizaci nepřekračující 3 dny, a dále u pacientů na KARIM, JIP a NIP/DIOP, kde je hodnocení stavu výživy a případná léčba malnutrice nedílnou součástí komplexní diagnostiky i terapie a nutriční stav pacienta je vždy zhodnocen v lékařské překladové / propouštěcí zprávě,
- pokud NLZP zjistí patologii při nutričním screeningu u dospělého – jeden ze sledovaných údajů je pozitivní nebo jej nelze zjistit, vyplní NLZP Fm-L009-021-NUTRICE-001 Nutriční dotazník – hodnocení rizika malnutrice a o výsledku prokazatelně informuje ošetřujícího lékaře, který určí, zda je potřeba podrobného vyšetření a intervence nutričním terapeutem, případně lékařem nutricionistou,
- NLZP přehodnocuje nutriční stav pacienta pomocí Nutričního dotazníku (u dospělých) nebo nástrojem STRONGkids (u dětí) jednou za 7 dnů při dlouhodobé hospitalizaci pacienta, vždy při změně zdravotního stavu pacienta, vždy při ordinaci lékaře,
- přehodnocení nutričního stavu se neprovádí u pacientů, kteří jsou již v péči NT či lékaře nutricionisty.

d) Hodnocení soběstačnosti

- při příjmu provádí NLZP v Posouzení stavu pacienta hodnocení soběstačnosti – pokud je pacient nesoběstačný nebo soběstačný s pomocí, vyhodnotí NLZP Test ošetřovatelské zátěže (2. strana ve Fm-L009-019-OSEPO-001 Ošetřovatelské posouzení),
- přehodnocení se provádí vždy při změně zdravotního stavu, soběstačnosti pacienta, apod.,
- přehodnocení soběstačnosti se neprovádí prvních 24 hodin po operačním výkonu,
- pokud je pacient při příjmu soběstačný, tak Test ošetřovatelské zátěže NLZP nehodnotí.

Hodnocení škál se neprovádí u pacientek s fyziologickým těhotenstvím, které jsou přijaty na PORGYN a u pacientů přijatých ke krátkodobé hospitalizaci.

3.1.3 Záznam o poskytnuté ošetřovatelské péči

Je základní dokument ošetřovatelské péče. NLZP zde zaznamenává poskytnutou ošetřovatelskou péči pacientovi, tzn. jednotlivé realizované ošetřovatelské intervence. Praktická sestra zde zaznamenává realizaci intervencí, které může v rozsahu své odborné způsobilosti při poskytování ošetřovatelské péče vykonávat.

Záznam o poskytnuté ošetřovatelské péči u pacienta provádí NLZP svislou čarou, a to za každou směnu.

Součástí Záznamu o poskytnuté ošetřovatelské péči je i hodnocení vývoje soběstačnosti v následujících činnostech:

a) hygienická péče, péče o dutinu ústní,
b) stravování,
c) vyprazdňování.

NLZP vyhodnocuje úroveň soběstačnosti v jednotlivých činnostech, a to:

A – částečná pomoc

B – podstatná pomoc

C – úplně závislý

Vývoj soběstačnosti je vždy aktuální a hodnotí se za každou směnu.

V Záznamu o poskytnuté ošetřovatelské péči se dokumentuje i provedená edukace pacienta, rodiny, zákonného zástupce, a to od všech členů multidisciplinárního týmu. Zahrnuje informace, které jsou pacientovi sděleny při přijetí, v průběhu poskytování zdravotní péče, při překladu, propuštění.

Edukující stručně popíše téma edukace (pokud není uvedeno v nabídce) a záznam o edukaci stvrdí svou jmenovkou a podpisem.

Pokud NLZP podává pacientovi informace, tak tuto skutečnost zaznamená do realizovaných ošetřovatelských intervencí, a to doplněním č. tématu; pokud není uvedeno v nabídce, tak jej dopíše.

Realizace doporučení fyzioterapie – FT v případě indikace stanovuje doporučení pro ošetřující personál. Záznam o realizaci doporučení fyzioterapeuta se provádí na JIP a standardním oddělení do formuláře Záznam o poskytnuté ošetřovatelské péči (Fm-L009-019-OSPLAN-001). NLZP jsou navíc při odchodu FT z kliniky/oddělení informováni o plánu léčebně rehabilitační péče, jsou seznámeni s jeho vyhodnocením, a to v potřebném rozsahu.
V případě, že FT vybavuje pacienta pomůckou (např. berle, chodítko, ortéza), provádí o této edukaci záznam (Fm-L009-019-EDUSKAL-001).

3.1.4 Hodnocení péče

NLZP zde provádí záznam o objektivním stavu individuálních potřeb a problémech pacienta, hodnocení reakcí pacienta na léčbu a poskytovanou ošetřovatelskou péči, zaznamenává změnu zdravotního stavu, psychický stav pacienta, změny postupů. Denní i noční směna zaznamenává u pacienta bolest a kontrolu analgetického účinku (pokud pacient nemá bolest, záznam je ve tvaru např. VAS 0, PAINAD 0). V případě, že NLZP využívá pro hodnocení bolesti jinou škálu než VAS, uvede tuto škálu v hodnocení. Záznam o bolesti musí být vždy opatřen údajem o času, kdy NLZP bolest hodnotí nebo kontroluje analgetický účinek. Noční směna zaznamenává do Hodnocení péče informaci o spánku pacienta. Zápis je vždy za pracovní směnu a je zde podpis a identifikace NLZP, který je zodpovědný za provedené výkony ve všech oblastech ošetřovatelské péče. Nepřepisují se zde splněné ordinace, provedená vyšetření, hodnoty FF, atd.

V případě překladu, propuštění pacienta uvede NLZP čas, kdy pacient skutečně opustil oddělení.

3.1.5 Speciální ošetřovatelský plán a realizace

Je veden na ZdP DK a NOVO. Zde je ošetřovatelská dokumentace vedena ve stejném rozsahu jako na standardním oddělení a JIP, s tím, že ošetřovatelské posouzení a intervence jsou zde přizpůsobeny specifickým požadavkům těchto oborů.

3.1.6 Ošetřovatelský záznam (krátkodobá hospitalizace)

Tento dokument je zkrácenou verzí Ošetřovatelské dokumentace a je využíván zejména při plánované hospitalizaci pacienta, kde se předpokládá doba hospitalizace 2 – 3 dny (např. při malých výkonech, plánovaná vyšetření, apod). U těchto pacientů se neprovádí vstupní hodnocení škál. Pokud z jakéhokoliv důvodu, např. zhoršení zdravotního stavu pacienta, zůstává pacient déle jak 3 dny / 72 hodin, založí NLZP standardní ošetřovatelskou dokumentaci.

Ve FNOL je Ošetřovatelský záznam krátkodobé hospitalizace veden ve 2 variantách – pro dospělé pacienty a dále pro děti, které jsou hospitalizovány na kterémkoliv ZdP.

3.1.7 Akutní karta

Je založena u pacienta v případě, kdy jeho zdravotní stav aktuálně vyžaduje zvýšené sledování (např. po operačním výkonu, invazivním vyšetření, atd.), kdy je potřeba sledovat stav pacienta v určených časových intervalech nebo více jak 3x denně.
V ordinačním listu uvede lékař písemný odkaz na akutní kartu, včetně časového údaje, kdy byla akutní karta založena. Ordinace a záznamy lékaře mohou být i nadále vedeny v ordinačním listu. Po dobu založení akutní karty jsou NLZP do formuláře zaznamenávány informace o aktuálním zdravotním stavu pacienta (FF, bolest, bilance tekutin, provedení ošetřovatelských výkonů, apod.) Všechny zápisy musí obsahovat čas zápisu, identifikaci a podpis NLZP za pracovní směnu nebo dobu, kdy se o pacienta staral, plnil ordinace lékaře, prováděl ošetřovatelské výkony.
V případě, že se lékař rozhodne zaznamenávat do akutní karty i ordinace léčiv, musí být tyto ordinace stvrzeny identifikací a podpisem lékaře. Ordinace léčiv se řídí všemi náležitostmi dle manuálů ordinačních listů, a nesmí být vedeny duplicitně, tzn. v akutní kartě a současně v Ordinačním listu.

Při ukončení akutní karty se zde uvede čas jejího ukončení, podpis vč. identifikace lékaře, který ukončení akutní karty ordinoval.

3.1.8 Protokol ambulantního sledování pacienta

Tento formulář se používá pro ambulantní sledování pacientů po invazivních a jiných výkonech a v případě, kdy je nutné sledovat stav pacienta a jeho FF v určených časových intervalech. V ambulantní péči je formulář používán pro záznamy zdravotního stavu, FF, bilance tekutin, ordinací lékaře po ambulantních výkonech, včetně záznamů o zavedených IV vstupech a stavu při propuštění z ambulantního ošetřování.

Všechny zápisy musí obsahovat čas zápisu, identifikaci a podpis lékaře a NLZP. NLZP zde stvrzuje splnění ordinací lékaře, provedení ošetřovatelských výkonů. Při ukončení vedení formuláře se zde uvede čas ukončení, podpis vč. identifikace NLZP, který ambulantní sledování ukončil.

3.1.9 Transfuzní list

Záznam dokumentuje podání transfuzních přípravků, NLZP vyplní všechny předtištěné údaje, změří FF. Křížový pokus u lůžka provádí lékař, který provede následně zápis, identifikaci a podpis. NLZP dokumentuje stav pacienta po podání, zaznamenává potransfuzní reakci, viz Sm-L008 Nakládání s transfuzními přípravky a krevními deriváty.

3.1.10 Plán péče o rány, defekty

NLZP zakládá formulář u pacientů s dekubitem a porušenou integritou kůže. Zaznamenává zde způsob ošetření kůže, ošetření a léčby dekubitů a jiných kožních defektů, popis rány a okolí, použitý obvazový materiál, plán dalšího převazu.

Komplexní zhodnocení rány se provádí 1x za 5 - 7 dnů.

3.1.11 Ošetřovatelská překladová a propouštěcí zpráva

Slouží k zajištění kontinuální ošetřovatelské péče a obsahuje zhodnocení stavu pacienta v oblasti soběstačnosti, používání pomůcek, péče o kůži, bolesti, stavu výživy, vyprazdňování, atd.
NLZP vyplňuje Ošetřovatelskou překladovou a propouštěcí zprávu při překladu pacienta na jinou kliniku, oddělení FNOL ve dvou vyhotoveních (průpisový blok), kdy kopie zůstává v dokumentaci a originál se posílá společně s pacientem.
Při překladu do jiného zdravotnického zařízení, při propuštění pacienta do domácí péče, který vyžaduje péči homecare – agentury domácí péče, při propuštění do domova důchodců a jiných zařízení sociální péče, zprávu vyplňuje ve dvou provedeních (průpisový blok), kdy originál zůstává v dokumentaci a kopie se posílá společně s pacientem.

Je nutné uvést čas předání/propuštění pacienta, podpis včetně identifikace NLZP, který pacienta předal, pokud je propuštění pacienta v rámci FNOL tak i čas převzetí vč. podpisu a identifikace NLZP, který pacienta převzala.

Ošetřovatelská překladová zpráva není NLZP vyplňována při překladu pacienta na operační sál a následně při přeložení pacienta na dospávací pokoj nebo JIP.

3.1.12 Rehabilitační dokumentace

Je systematicky vedený soubor údajů a informací při poskytování rehabilitační péče. Je vedena FT v elektronické podobě i v tištěné podobě dle manuálu Ma-L009-001-RHC-002 Manuál rehabilitační dokumentace. Žádanka o fyzioterapii je vyplňována ošetřujícím lékařem, který specifikuje cíle a formy indikované rehabilitace. FT na základě vyšetření vypracovává Komplexní kineziologický rozbor, kde popisuje funkční stav a na jeho základě stanovuje dlouhodobý a krátkodobý rehabilitační plán.

Každý den po terapii FT vypracovává denní záznam v NIS Medea, kde uvádí, zda terapie probíhala bez problémů, co pacient zvládl, případně popisuje komplikace, nutnost předčasného ukončení terapie, bolest, subjektivní pocity pacienta atd.

Při propuštění pacienta z hospitalizace je proveden závěrečný kineziologický rozbor, následně vyhotoví FT 2 kopie, potvrdí a podepíše. Jedna kopie zůstává na ambulanci RHC a druhá kopie ve zdravotnické dokumentaci pacienta na příslušném oddělení.

3.1.13 Dokumentace nutričního terapeuta

Je systematicky vedený soubor údajů a informací nutričního terapeuta při poskytování nutriční péče. Je vedena v elektronické i v tištěné podobě dle PP-Sm-L014-01 Vedení zdravotnické dokumentace nutričních terapeutů.

3.1.14 Kniha Denní hlášení sester

Do Denního hlášení sester zaznamenává NLZP naměřené hodnoty teploty v lednicích na léky, na potraviny, v místnostech, kde jsou uložena léčiva. Dále zde zaznamenává splnění denního harmonogramu práce, kontrolu funkčnosti přístrojů. NLZP v knize vede aktuální stav návykových látek, stvrzuje podpisem předání a převzetí návykových látek mezi jednotlivými směnami. Vedoucí pracovníci zde provádí záznam o provedených kontrolách na pracovištích.

Příslušných kolonek pracovníci ZdP využívají k různým záznamům, poznámkám, předání informací, atd., dle potřeby.

Vždy k poslednímu dni v měsíci vypíše NLZP léky, které exspirují v následujícím měsíci do předtištěného formuláře Exspirace léků, který je součástí Denního hlášení.

Ve zvlášť odůvodněných případech lze po dohodě a schválení vedoucím OK upravit Denní hlášení dle potřeb ZdP, (např. pro ambulance, pro zákrokové a operační sálky, pro RTG pracoviště).

Kniha se archivuje 5 let.

3.1.15 Biografická anamnéza v konceptu bazální stimulace

Zde se zaznamenávají informace od rodiny a blízkých pacienta, které jsou důležité pro poskytování péče v konceptu bazální stimulace. Záznam je vyplňován blízkými nebo rodinou pacienta ve spolupráci s NLZP na ZdP, kde se pracuje s konceptem bazální stimulace.

3.1.16 Realizace bazální stimulace

Zde se zaznamenává realizace intervencí a poskytování péče u pacientů v konceptu bazální stimulace a záznam reakcí pacienta na bazální stimulaci. Záznam je vyplňován NLZP na ZdP, kde se pracuje s konceptem bazální stimulace.

3.1.17 Překladová zpráva pacienta – bazální stimulace

Slouží k zajištění kontinuity ošetřovatelské péče u pacienta v konceptu bazální stimulace. Záznam je vyplňován NLZP na ZdP, kde se pracuje s konceptem bazální stimulace při překladu nebo propuštění pacienta z kliniky nebo oddělení.

3.1.18 **Bilance tekutin**

NLZP zde zaznamenává příjem a výdej tekutin, u dětí i příjem stravy. Formulář se zakládá při nutnosti sledování množství v jednotlivých časových intervalech.

3.1.19 **Sledování příjmu stravy**

Slouží k zaznamenávání příjmu stravy pacienta. Zde NLZP zaznamenává velikost pacientem snědených porcí, sipping, event. jiné důležité informace týkající se stravy, např. příjem stravy přinesené z domu, svačiny, nedojídání (maso, přílohy) apod.

Záznamy ve formuláři stvrzuje NLZP jmenovkou a podpisem.

3.1.20 **Záznam glykemie**

Je založen, pokud je glykemie na standardním oddělení sledována více jak 4 x denně. Část záznamu „glykemický profil“ je NLZP vyplňována, pokud je na ZdP odebrán glykemický profil ve standardním časovém rozmezí. Část záznamu „glykemie“ je NLZP vyplňována, pokud je glykemie odebrána v nestandardním čase, záznam musí být vždy opatřen časem odběru.
Na JIP je záznam glykemie prováděn do 24-hodinového JIP záznamu.

3.2 Předávání ošetřovatelské dokumentace

3.2.1 Ošetřovatelská dokumentace je předávána s pacientem v rámci zdravotnického pracoviště. Pokud je pacient přeložen na jiné ZdP ve FNOL, je dokumentace ukončena a pacient je předán na ZdP s originálem vyplněné Ošetřovatelské překladové zprávy. Nové ZdP si zakládá novou Ošetřovatelskou dokumentaci.

3.3 Předání pacienta

3.3.1 Předání pacienta k operačnímu výkonu či obdobnému výkonu nebo na jiné oddělení dané kliniky je zaznamenáno v Hodnocení ošetřovatelského plánu. Je zde uveden čas předání, podpis a identifikace NLZP předávající a přebírající NLZP. Při předání pacienta po operačním výkonu či obdobném výkonu zpět na oddělení, je opět uveden čas, podpis a identifikace NLZP předávající i přebírající.

3.4 Specifické pravomoci a odpovědnosti

3.4.1 Tato ON nezavádí žádné specifické pravomoci a odpovědnosti

3.5 Další odborní garanti

3.5.1 Tato ON nezavádí další odborné garanty.

4 SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY

4.1 Dokumenty vyšší úrovně

Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů v platném znění

Nařízení Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů)

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci v platném znění

Věstník MZ ČR z roku 2004 částka č. 9, Koncepce ošetřovatelství

4.2 Dokumenty FNOL

Řd-001	Organizační řád FNOL
Řd-004-XX	Provozní řády pracovišť FNOL
Sm-L009	Lékařská a ošetřovatelská dokumentace
MP-L009-02	Péče o pacienta s bolestí
MP-L004-01	Hodnocení stavu výživy a indikace nutriční podpory
Ma-G015-04-02	Manuál zadávání dekubitů do NIS

4.3 Vystavené dokumenty

Aktuální používané formuláře jsou vedeny na portále Altus.

5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

5.1 Účinnost

5.1.1 Tato ON nabývá účinnosti dnem **13. 11. 2020.**

5.1.2 Dnem účinnosti se nahrazuje 6. vydání ze dne 30. 11. 2018.

5.1.3 OG je povinen 1x za dva roky provést revizi ON. Pokud to stav vyžaduje, musí OG zajistit vypracování nového vydání ON nebo její změny. Záznam o provedené revizi provede správce dokumentace do formuláře Fm-G001-REV-001 „Záznam o revizi ON“.

Povinnost vypracování nové ON nebo změny nastává i v případě, že dojde k zásadním změnám, které se dotýkají obsahu ON.

5.1.4 Tato ON nemá žádná přechodná ustanovení.

5.2 Přílohy

Příloha č. 1 Postup při vedení ošetřovatelské dokumentace