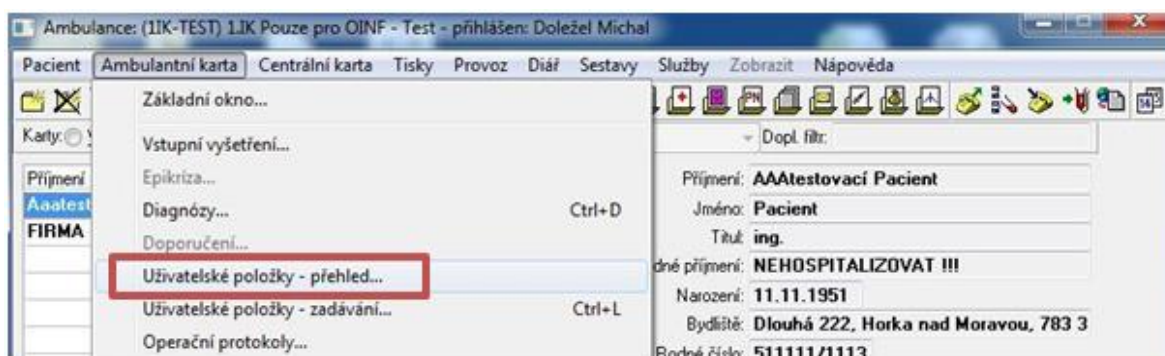




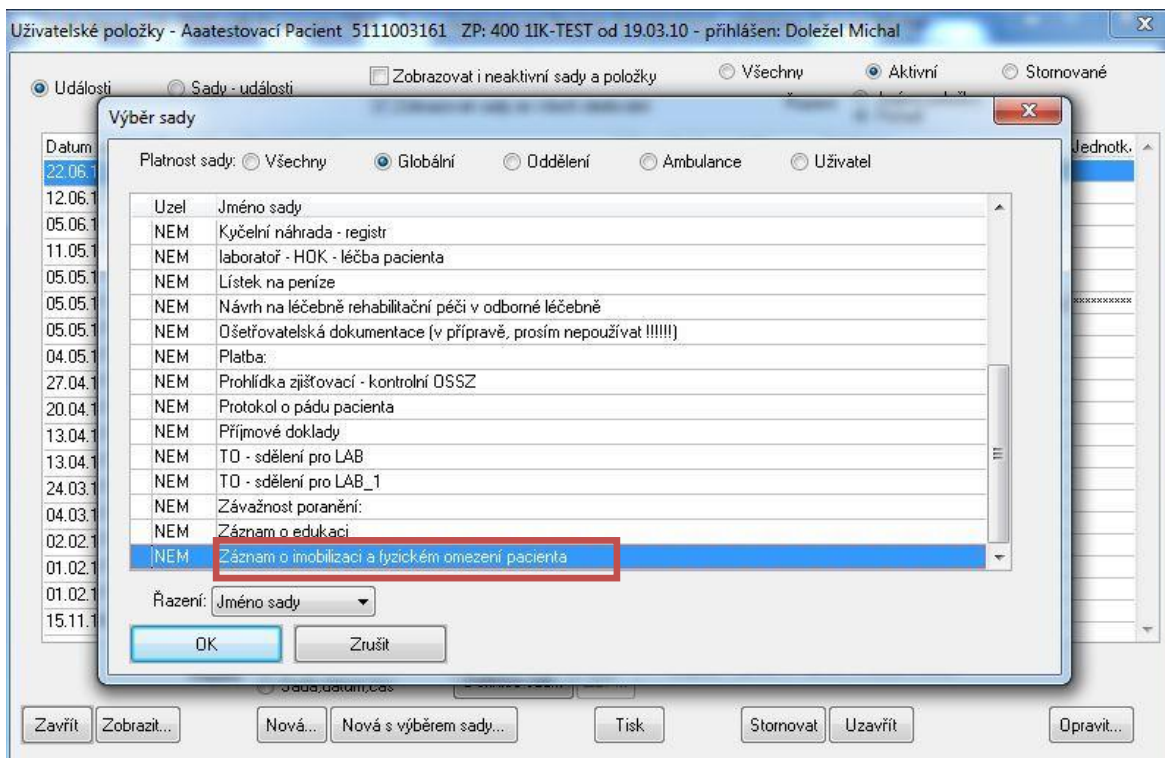
Postup založení a vedení „Záznamu o použití omezovacích prostředků u pacienta“

Záznam o použití omezovacích prostředků u pacienta Fm-L009-018-IMOBIL-001 je určený pro záznamy o indikaci a použití omezovacích prostředků u pacienta, do kterého zapisuje lékař a NLZP dle příslušných organizačních norem údaje o pacientovi, důvodu použití omezovacích prostředků, účelu a způsobu omezení, záznam kontroly v průběhu a po ukončení omezení, včetně záznamu kontroly zdravotního stavu pacienta, výskytu komplikací, jejich popis a způsob řešení.

1. V NIS MEDEA po výběru pacienta v ambulanci / lůžkovém oddělení zvolíme volbu **Ambulantní karta / Chorobopis** ⇒ **Uživatelské položky – přehled**



2. Poté v okně **Uživatelské položky -** pomocí tlačítka **Nová s výběrem sady ...** vybereme ve filtru **Globální** sadu **Záznam o použití omezovacích prostředků u pacienta** a výběr potvrdíme **OK**.





Příloha č. 1 Sm-L029-1

3. Zobrazí se formulář Záznam o použití omezovacích prostředků u pacienta

AAtestovací Pacient Sada uživatelských položek: Záznam o použití omezovacích prostředků u pacienta 27.09.18 08:40

Datum čas události:

Jméno položky	Hodnota položky	Jednotka	Zapsal
Klinika/oddělení			27.09.18
Před použitím omezovacího prostředku			27.09.18
Důvod			27.09.18
Účel - prevence ublížení			27.09.18
Omezovací prostředek			27.09.18
Kurtování			27.09.18
XX	Kontrola částí těla před zahájením kurto	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Prokrvení			27.09.18
Barva kůže			27.09.18
Strangulační rýhy			27.09.18
Otoky rukou			27.09.18
Otoky nohou			27.09.18

Řazení: ☐ Jméno položky ☒ Pořadí položky ☐ Přenést do aktuálního nálezu

- Klinika/oddělení – nápověda do číselníku na klávesu F4
- Před použitím omezovacího prostředku – nápověda do číselníku na klávesu F4
- Důvod – nápověda do číselníku na klávesu F4
- Účel – prevence ublížení – nápověda do číselníku na klávesu F4
- Omezovací prostředek – výběr více možností z číselníku na klávesu F5
- Kurtování – nápověda do číselníku na klávesu F4
- Prokrvení – nápověda do číselníku na klávesu F4
- Barva kůže – nápověda do číselníku na klávesu F4
- Strangulační rýhy – pokud ano znak „a“, pokud ne znak „n“
- Otoky rukou – pokud ano znak „a“, pokud ne znak „n“
- Otoky nohou – pokud ano znak „a“, pokud ne znak „n“

4. Tisk vyplněného formuláře se provádí na list formátu A4, kde je již předtištěna 2. strana formuláře č. Em-L009-018-IMOBIL-001.



Příloha č. 1 Sm-L029-1

Vzor 1. strany formuláře – tisk z **MEDEA**, 1. strana obsahuje:

- osobní údaje pacienta - jméno, příjmení, rodné číslo (datum narození, pokud nebylo rodné číslo přiděleno), adresa trvalého pobytu, kód ZP,
- specifikace druhu použitého mírnějšího postupu před použitím omezovacího prostředku, nebo uvedení důvodu proč mírnější postup nebyl zvolen,
- důvod, účel a typ použití omezovacího prostředku (při založení nového listu provést aktualizaci),
- záznam o kontrole částí těla před zahájením omezení kurtováním,
- datum a čas zahájení omezení pacienta,
- jménovka a podpis lékaře indikujícího omezení,
- jménovka a podpis lékaře potvrzujícího indikaci omezení sestrou,
- informovanost pacienta, zákonného zástupce nebo opatrovníka o použití omezovacích prostředků,
- frekvence kontroly omezovacích prostředků a zdravotního stavu.

FAKULTNÍ NEMOCNICE[®] OLOMOUČ Zdravotnická 248/7, 779 00 Olomouc Tel: 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz IČ: 00098892		Záznam o použití omezovacích prostředků u pacienta Klinika/oddělení:		Fm-L009-018-IMOBIL-001 verze č. 10 (MEDEA), str. 1/2
Jméno a příjmení pacienta: _____ Kód ZP: _____ Rodné číslo pacienta: _____ Datum narození (není-li RČ): _____ Adresa trv. pobytu: _____				
Před použitím omezovacího prostředku: slovní intervence ☐ úprava prostředí ☐ bezprostřední ohrožení ☐				
Důvod: ☐ neklid ☐ desorientace ☐ agrese ☐ sobě ☐ ostatním pacientům nebo zdravotnickému personálu		Kurtování: ☐ rukou ☐ nohou ☐ rukou a nohou ☐ břišní pás		
Účel: prevence ublížení Omezovací prostředek:		Kontrola částí těla před zahájením kurtování: Prokrvení: ☐ dostatečné ☐ nedostatečné Strangulační rýhy: ☐ ano ☐ ne Otoky rukou: ☐ ano ☐ ne Otoky nohou: ☐ ano ☐ ne Barva kůže: ☐ normální ☐ bledá ☐ zarudlá ☐ jiná: _____		
☐ úchop ☐ pásy ☐ kurty ☐ izolační místnost ☐ parenterální léčiva ☐ ochranný kabátek, vesta				
Použití omezovacích prostředků zahájeno dne: _____ hod.: _____				
Jménovka a podpis indikujícího omezení pacienta: ☐ lékař ☐ sestra		Jménovka a podpis indikujícího omezení pacienta.		
Jménovka a podpis lékaře potvrzujícího indikaci sestry Datum: _____ Čas: _____		Stvrzení lékaře jménovkou a podpisem v případě indikace sestrou.		
Pacient byl informován o požití omezovacích prostředků: ☐ ano ☐ ne				
Informace o použití omezovacích prostředků předána dne _____ čas _____				
Jméno a příjmení informované osoby: ☐ zákonného zástupce ☐ opatrovníka				
Způsob předání informace: ☐ osobně ☐ telefonicky ☐ písemně				
Datum a čas předání informace: _____ Kdo předal: _____		Lékař určí rozsah a frekvenci kontroly zdravotního stavu pacienta.		
Datum a čas: _____ Podpis informované osoby: _____				
Frekvence kontroly omezovacích prostředků a zdravotního stavu (rozsah, frekvence): _____				
(Případnou změnu frekvence kontroly omezovacích prostředků a zdravotního stavu zaznamená lékař na následující stranu)				

Údaje vyplněné v NIS MEDEA.

Lékař nebo sestra provedou záznam o informovanosti pacienta.

V případě předání informace zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi, lékař, ev. sestra provedou záznam včetně podpisu informované osoby.

Jménovka a podpis indikujícího omezení pacienta.

Stvrzení lékaře jménovkou a podpisem v případě indikace sestrou.

Lékař určí rozsah a frekvenci kontroly zdravotního stavu pacienta.



Příloha č. 1 Sm-L029-1

Vzor 2. strany formuláre **Fm-L009-018-IMOBIL-001** – tisk z Altus Portalu / skladu všeobecného materiálu a textilu, 2. strana obsahuje:

- časový záznam o použití omezovacích prostředků končetin, uzavření izolačního pokoje (začátek a konec sestry zaznamená křížkem),
- záznam průběžného hodnocení zdravotního stavu pacienta, výskytu komplikací v souvislosti s použitím omezovacích prostředků, jejich popis a způsob řešení,
- průběžné **posouzení důvodu trvání použití omezovacích prostředků** v určených časových intervalech,
- datum a čas ukončení omezení pacienta,
- záznam o provedení kontroly částí těla / hodnocení v průběhu nebo po ukončení kurtování, reakce pacienta, včetně jmenovky a podpisu sestry.

[illegible]

Tato příloha nepodléhá připomínkovému řízení.

Aktualizace dne 1. 2. 2023

Není-li tento výtisk na první straně opatřen originálními podpisy, je **NEŘÍZENOU KOPIÍ**.