



PRACOVNÍ POSTUP č. PP-Řd-004-10-01

Zdravotnická dokumentace

4. vydání ze dne: 4. 8. 2023
Účinnost od: 4. 8. 2023

Skartační znak: A
Stupeň důvěrnosti: N1

	Jméno	Funkce	Datum	Podpis
Odborný garant	MUDr. Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D.	zástupce přednosta LP Dětská klinika		
Schválil	doc. MUDr. Eva Karásková, Ph.D.	přednosta Dětské kliniky		



Zdravotnická dokumentace

(Pracovní postup č. PP-Řd-004-10-01, 4. vydání ze dne 4. 8. 2023)

1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ

1.1 Účel

- 1.1.1 Tento pracovní postup upřesňuje procesy spojené s vedením lékařské a ošetrovatelské dokumentace na zdravotnickém pracovišti.
- 1.1.2 Stanovení rozsahu ambulantního nebo příjmového objektivního vyšetření na Dětské klinice Fakultní nemocnice Olomouc.

1.2 Závaznost

- 1.2.1 Tento pracovní postup je závazný pro všechny zdravotnické zaměstnance Dětské kliniky.

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

AA	alergologická anamnéza
CA	celková anestezie
DF	dechová frekvence
DK	Dětská klinika
FA	farmakologická anamnéza
FF	fyziologické funkce
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
JIHP	Jednotka intenzivní hematologické péče
JIRP	Jednotka intenzivní a resuscitační péče
OA	osobní anamnéza
OG	odborný garant
ON	organizační norma
PA	pracovní anamnéza
RA	rodinná anamnéza
SA	sociální anamnéza
TK	tlak krve

2.2 Definice

- 2.2.1 Tato ON nezavádí žádné definice.

2.3 Odborné funkce

- 2.3.1 Tato ON nezavádí žádné odborné funkce.

3 VLASTNÍ TEXT



Zdravotnická dokumentace

(Pracovní postup č. PP-Řd-004-10-01, 4. vydání ze dne 4. 8. 2023)

3.1 Komplexní vyšetření (kód 31021, 60 min.)

3.1.1 Při přijetí k hospitalizaci

Vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci, pokud hospitalizaci nepředcházela hospitalizace na stejném pracovišti v posledních třech měsících obsahuje:

- podrobná OA, RA, PA, SA, FA, AA,
- zhodnocení subjektivních obtíží,
- zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích,
- celkové objektivní vyšetření (vyšetření per rectum je provedeno jen dle potřeby – v závislosti na základní diagnóze),
- základní orientační preventivní onkologické vyšetření,
- diagnostická rozvaha a závěr,
- stanovení primárního diagnostického a terapeutického plánu pro hospitalizaci,
- zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace – sepsání lékařské zprávy – nálezu (chorobopisu),

Všechny ostatní body níže jsou provedeny až na oddělení, kam je pacient přijat

- měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence (provedeno na příjmacím oddělení),
- upřesnění rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření,
- rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP a provedení terapeutických výkonů,
- poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci - provedení psychoterapeutického pohovoru s pacientem, rodiči dle aktuální potřeby,
- administrativní činnost spojená s výkonem, poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko-terapeutickými postupy.

3.1.2 Při převzetí do pravidelné dlouhodobé péče ambulantního specializovaného lékaře a vždy, pokud došlo u konkrétního lékaře k přerušení péče delší než dva roky je především provedeno:

- podrobná OA včetně RA, PA, SA,
- zhodnocení subjektivních obtíží,
- zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích,
- celkové objektivní vyšetření (per rectum vyš. jen pokud je indikované podle charakteru potíží a onemocnění),
- měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, případně rychlosti výdechu peakflowmetrem – při vyšetření v alergologické ordinaci,
- základní orientační preventivní onkologické vyšetření – vychází z klinického vyšetření dětského pacienta,
- diagnostická rozvaha a závěr – stanovení diagnostického a terapeutického plánu,
- rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření,
- rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP,



Zdravotnická dokumentace

(Pracovní postup č. PP-Řd-004-10-01, 4. vydání ze dne 4. 8. 2023)

- provedení drobného terapeutického výkonu – dle aktuální potřeby,
- rozhodnutí o termínu další kontroly,
- poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonného zástupci,
- psychoterapeutický pohovor,
- individuální zdravotní výchova,
- edukace pacienta,
- sepsání lékařské zprávy – nálezů,
- administrativní činnost spojená s výkonem, poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko-terapeutickými postupy,
- zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace.

3.1.3 Opakované vyšetření v ambulantní péči

Při opakovaném vyšetření v ambulantní péči se musí vždy provést cílené vyšetření nebo kontrolní vyšetření.

3.2 Cílené vyšetření (kód 31022, 30 min)

3.2.1 Jde o opakované vyšetření v ambulantní péči a provádí se zejména při:

- vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem ve všeobecné ambulanci DK zaměřené na subjektivní obtíže,
- vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem specializované ordinace DK v pravidelné péči při významné změně průběhu choroby,
- dispenzární vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem,
- přijetí pacienta k hospitalizaci, pokud od poslední hospitalizace na stejném oddělení neuplynulo více jak tři měsíce,
- propuštění pacienta z hospitalizace,
- předoperační vyšetření pacienta.

3.2.2 Při cíleném vyšetření je především provedeno:

- anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření nebo požadavku odesílajícího lékaře,
- zhodnocení subjektivních obtíží,
- zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích,
- objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře,
- měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti výdechu peakflowmetrem, pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře,
- základní orientační preventivní onkologické vyšetření,
- diagnostická rozvaha a závěr,
- rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření,
- rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP,
- provedení drobného terapeutického výkonu,



Zdravotnická dokumentace

(Pracovní postup č. PP-Řd-004-10-01, 4. vydání ze dne 4. 8. 2023)

- rozhodnutí o termínu další kontroly,
- poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci,
- psychoterapeutický pohovor,
- individuální zdravotní výchova,
- edukace pacienta,
- sepsání lékařské zprávy – nálezu,
- administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně), poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko-terapeutickými postupy,
- zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace.

3.3 Kontrolní vyšetření (kód 1023, 15 min.)

3.3.1 Kontrolní vyšetření se provádí zejména při:

- vyšetření pacienta, kdy ošetřující lékař kontroluje průběh nebo výsledek léčby,
- vyšetření pacienta při ukončení léčby ošetřujícím lékařem,
- vyšetření pacienta při ukončení pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem,
- vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v průběhu stabilizované choroby,
- vyšetření pacienta před poskytnutím terapeutického úkonu.

3.3.2 Při kontrolním vyšetření je především provedeno:

- anamnéza cíleně zaměřená k průběhu nebo výsledku léčby,
- zhodnocení subjektivních obtíží a jejich změn,
- zhodnocení předcházejících klinických, laboratorních a zobrazovacích,
- objektivní vyšetření zaměřené k průběhu nebo výsledku léčby,
- měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, rychlosti, výdechu peakflowmetrem pokud je ve vztahu k průběhu choroby nebo výsledku léčby,
- diagnostická rozvaha a závěr,
- rozhodnutí o termínu další kontroly,
- poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci,
- psychoterapeutický pohovor,
- individuální zdravotní výchova,
- edukace pacienta,
- sepsání lékařské zprávy – nálezu,
- administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně),
- zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace.

3.4 Ambulantní péče

3.4.1 Ambulantní péče o děti – novorozence, kojence, děti a dospívající do dovršení 19 let věku – je realizována ve všeobecné ambulanci DK, která je současně příjmovou ambulancí a v ambulancích poskytujících specializovanou péči (ambulance: hematologie -



Zdravotnická dokumentace

(Pracovní postup č. PP-Řd-004-10-01, 4. vydání ze dne 4. 8. 2023)

hematoonkologie, alergologie-imunologie, pneumologie, endokrinologie, diabetologie, gastroenterologie, neurologie a poradna pro předčasně narozené děti, kardiologie, nefrologie, revmatologie, hepatologie, vrozené metabolické vady).

3.4.2 Ambulantní karta

Pro ambulantní péči včetně péče dispenzarizační je vyhrazena ambulantní karta, ve které jsou zakládány zprávy všech provedených, klinických i pomocných vyšetření, kopie Propouštěcí zprávy z hospitalizace ve FNOL, event. Zprávy z jiných pracovišť. Některé odbornosti mají zavedeny vzhledem k rozsahu péče odkazové karty s vložkami odpovídajícími odbornosti – pediatrické subspecializace.

Karta je označena dle vzoru štítku pro dětského pacienta.

3.4.3 Chorobopis

Při indikované hospitalizační péči je na příjmové ambulanci provedeno Komplexní nebo Cílené vyšetření pacienta, vyplněna Přijímací zpráva a založen Chorobopis viz směrnice č. Sm-L009 Lékařská a ošetřovatelská dokumentace.

Součástí chorobopisu jsou všechny písemné dokumenty, které vznikly v souvislosti s hospitalizací pacienta.

3.4.4 Somatický nález při přijetí

Rozsah fyzikálního vyšetření při příjmu pacienta na DK:

- a) Zhodnocení celkového stavu: hmotnost, výška (délka), TK, puls/min., DF, orientace, přítomnost dušnosti a cyanózy. Barva kůže, patologické změny na kůži a sliznicích, zhodnocení hydratace kůže a sliznic, přítomnost lokalizovaných či generalizovaných otoků – případně exantému či enantému sliznic. Přítomnost zjevných vrozených somatických anomálií.
- b) Zhodnocení stavu vědomí a orientačního neurologického nálezu:
Orientační neurologické vyšetření včetně posouzení meningeálních příznaků, svalového napětí, hybnosti, posouzení páteře – fyziologická zakřivení, patologické odchylky – vadné držení.
- c) Zhodnocení psychomotorického vývoje:
Posouzení motorického vývoje dle tabulek, zhodnocení psychického vývoje, vývoje řeči a senzorického vývoje. Zachovávání základních hygienických návyků vzhledem k věku dítěte.
- d) Vlastní somatický nález:
Podrobný popis nálezu na orgánech hlavy, krku, trupu – hrudník, břicho a na končetinách.

3.5 Hospitalizační péče

3.5.1 Nedílnou součástí chorobopisu jsou:

- a) Informovaný souhlas s hospitalizací, dle potřeby informované souhlasy s prováděnými výkony a celkovou anestezií.
- b) Ošetřovatelská dokumentace – pro standardní lůžka a intenzivní lůžka.
- c) Ordinační list - Ma-L009-016-ORDIN5-01 Manuál „Ordinační list 5 – denní“.
- d) Záznam o průběhu hospitalizace.
- e) Složka laboratorních vyšetření.

3.5.2 Standardní péče

Pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace jsou uvedena ve směrnici č. Sm-L009 Lékařská a ošetřovatelská dokumentace. Dle indikace lékaře pak záznamové dokumenty (např. Protokol sledování Fyziologických funkcí viz kapitola 3.5.3).



3.5.3 Protokol sledování Fyziologických funkcí

a) Indikace k zavedení protokolu

- stavy po provedených operačních výkonech a endoskopických vyšetřeních v celkové anestezii, eventuálně analgosedaci,
- nutnost zvýšené observace pacienta pro akutní zhoršení zdravotního stavu (mozková kóma, febrilní stavy, záchvatovitá onemocnění aj),
- zavedení protokolu sledování FF indikuje ošetřující lékař po převzetí a prohlídce pacienta na oddělení, příslušným zápisem do ordinačního listu s uvedením času založení a zdůvodněním.

b) Sledované parametry

U všech pacientů po výkonu v CA jsou vždy puls a saturace O₂.

c) Frekvence sledování

- při přijetí na oddělení, dále první hodinu každých 30 minut a další tři hodiny každých 60 minut. Při dobrém stavu pacienta je sledování automaticky ukončeno (bez nutnosti zápisu lékaře do ordinačního listu),
- **vyžaduje-li to stav pacienta, pak pokyny - každou změnu frekvence sledování či parametrů proti výše uvedenému doporučení, vyznačí ošetřující lékař svým zápisem do Protokolu sledování fyziologických funkcí,**
- ostatní zápisy lékaře o změnách klinického stavu pacienta, zaznamenává lékař do ordinačního listu.

3.5.4 Jednotka intenzivní hematologické péče

Manuál Ma-L009-017-24JIP-003 Manuál „24 hodinový záznam DKJIP“ popisuje správný způsob vedení záznamů a předepisování léčivých přípravků v 24 hodinovém záznamu DKJIP na jednotkách intenzivní péče DK.

3.5.5 Jednotka intenzivní a resuscitační péče

Viz. manuál Ma-L009-017-24JIP-003

3.6 Rozsah zápisů

3.6.1 Ordinační list na standardním oddělení: Záznam se provádí 1x denně - při ranní vizitě.

- Při ranní vizitě se zaznamenává subjektivní hodnocení stavu pacientem – případně doprovázející osoby, udávané potíže a objektivní nálezy: kompletní fyzikální vyšetření – dle akt. nálezů a udávaných potíží i ve zkrácené formě. Součástí zápisu při vizitě je zápis o hospitalizaci doprovázející osoby I. den a o zdravotním stavu doprovázející osoby během hospitalizace.
- Při večerní vizitě sloužící lékař do ordinačního listu zaznamenává údaje dle aktuální potřeby, tedy v případě zhoršení stávajícího stavu pacienta či nových potíží. Hodnocení subjektivních potíží pacienta, fyzikální vyšetření a doporučení.

3.6.2 Intenzivní 24 hodinový záznam JIHP a JIRP

Záznam provádí lékař denně při ranní, a večerní vizitě a vždy při změně aktuálního stavu pacienta. Zaznamenává subjektivní hodnocení stavu pacientem event. údaje doprovázející osoby v případě hospitalizace současně s dítětem, na základě schválení revizním lékařem a objektivní nálezy – vždy jde o komplexní zhodnocení klinických nálezů fyzikálního vyšetření, výsledků monitorace vitálních funkcí a aktuálních laboratorních nálezů.



Zdravotnická dokumentace

(Pracovní postup č. PP-Řd-004-10-01, 4. vydání ze dne 4. 8. 2023)

3.7 Epikríza

- 3.7.1 Rozsah a četnost zpracování: Jednou za týden - zpravidla v pátek před víkendem pro potřeby služby konajících lékařů a vždy při zásadní změně stavu pacienta či závažné změně diagnózy a léčby – změna ATB apod. Ze stejných důvodů také před dny pracovního klidu a státními svátky.
- 3.7.2 Dále je epikríza vypsána vždy při předávání pacienta do péče jiného ošetřujícího lékaře na klinice, při překladu na JIP nebo z JIP oddělení tak, aby byla zajištěna kontinuita péče, jednoznačně stanovená aktuální diagnóza (či platná pracovní verze), jasný stav provedených a plánovaných vyšetření, se zdůrazněním nálezů, kterým je třeba věnovat zvláštní pozornost.

3.8 Propuštění pacienta

- 3.8.1 Propouštěcí zprávu vypisuje ošetřující lékař pacienta (eventuelně zastupující lékař) dle směrnice Sm-L006 Překlad a propuštění pacienta. Lékařská zpráva obsahuje: identifikaci pacienta, anamnézu, fyzikální vyšetření, výsledky laboratorních a paraklinických vyšetření provedených v průběhu hospitalizace. Průběh hospitalizace se zhodnocením zdravotního stavu. Diagnostický souhrn, doporučení - režimových opatření, medikace, včetně preskripce léků u pacientů propuštěných do domácí péče s uvedením doporučení kontrol u specialistů. V indikovaných případech vyjádření k potřebnosti následné péče, informace o jejím zajištění. Uvedení indikace transportu pacienta. Datum, jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře, včetně podpisu vedoucího lékaře oddělení.

3.9 Specifické odpovědnosti a pravomoci

- 3.9.1 Tato ON nestanovuje žádné specifické odpovědnosti a pravomoci.

3.10 Další odborní garanti

- 3.10.1 Tato ON nestanovuje žádné další OG.

4 SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY

4.1 Dokumenty vyšší úrovně

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění

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

4.2 Dokumenty FNOL

Sm-L009 Lékařská a ošetřovatelská dokumentace

MP-L009-01 Ošetřovatelská dokumentace

MP-L009-02 Péče o pacienta s bolestí

MP-L002-03 Předepisování léčiv ve zdravotnické dokumentaci

Ma-L009-016-ORDIN5-001 Manuál „Ordinační list 5 - denní“

Ma-L009-017-24JIP-003 Manuál „24 hodinový záznam DKJIP“

4.3 Vystavené dokumenty

Tato ON nevystavuje žádné dokumenty.



Zdravotnická dokumentace

(Pracovní postup č. PP-Řd-004-10-01, 4. vydání ze dne 4. 8. 2023)

5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

5.1 Účinnost

5.1.1 Tato ON nabývá účinnosti dnem **4. 8. 2023**.

5.1.2 Dnem účinnosti se nahrazuje 3. vydání ze dne 17. 8. 2012.

5.1.3 OG je povinen 1x za 2 roky provést revizi ON. Pokud to stav vyžaduje, musí OG zajistit vypracování nového vydání ON nebo její změny. Záznam o provedené revizi provede OG 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 Přejícná ustanovení: 4. vydáním ON se ruší PP-004-10-02 Protokol sledování Fyziologických funkcí.

5.2 Přílohy

Nejsou.