



PRACOVNÍ POSTUP č. PP-Řd-004-06-01

Zdravotnická dokumentace

4. vydání ze dne: 10. 5. 2024

Verze: 1

Účinnost od: 10. 5. 2024

Skartační znak: A

Stupeň důvěrnosti: N1

	Jméno	Funkce	Datum	Podpis
Odborný garant	prof. MUDr. Lumír Hrabálek, Ph.D.	přednosta Neurochirurgické kliniky		
	doc. MUDr. David Krahulík Ph.D. MBA	zástupce přednosty pro léčebnou péči		
Schválil	prof. MUDr. Lumír Hrabálek, Ph.D.	přednosta Neurochirurgické kliniky		



1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ

1.1 Účel

- 1.1.1 Tento pracovní postup upřesňuje procesy spojené s vedením lékařské a ošetrovatelské dokumentace na zdravotnickém pracovišti.

1.2 Závaznost

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

AA	Alergická anamnéza
CT	Počítačová tomografie
DRG	Diagnosis related groups
FA	Farmakologická anamnéza
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc
JIP	Jednotka intenzivní péče
MR	Magnetická resonance
NCHIR	Neurochirurgická klinika
NO	Nynější onemocnění
OA	Osobní anamnéza
OG	Odborný garant
ON	Organizační norma
PA	Pracovní anamnéza
PP	Pracovní postup
RA	Rodinná anamnéze
SA	Sociální anamnéza

2.2 Definice

- 2.2.1 Tento pracovní postup nestanovuje žádné definice.

2.3 Odborné funkce

- 2.3.1 Tato ON nezavádí nové odborné funkce.

3 VLASTNÍ TEXT

3.1 Ambulantní vyšetření

- 3.1.1 Standardní vyšetření sleduje anamnestická data cíleně s ohledem na současné onemocnění, hodnotí bazální mnestické funkce, stav vědomí, komplikace pacienta. Ve fyzikálním vyšetření se zaměřuje na vyšetření, která odrážejí současné onemocnění,



cíleně pro jednotlivé základní skupiny neurochirurgických onemocnění. Při intrakraniálním onemocnění hodnotí stav vědomí, funkci mozkových nervů a neurologický lateralizační nález na končetinách.

- 3.1.2 Při spondylochirurgickém onemocnění je kromě neurologického nálezu na končetinách sledován i nález vertebrální. Onemocnění periferních nervů obsahuje podrobný popis odchylek v sensitivní a motorické funkci příslušného nervu.
- 3.1.3 Nedílnou součástí vyšetření je vlastní vyhodnocení zobrazovacích metod (především CT a MR vyšetření) s ohledem na současné onemocnění.
- 3.1.4 Rozsah zápisu: zápis stručně hodnotí anamnesu ve vztahu k současnému onemocnění. Fyzikálnímu nálezu dominuje souhrn významných odchylek od normy, co nejvýstižněji charakterizující podstatu současného onemocnění. Zápis neobsahuje popisné informace fyzikálního vyšetření, které nejsou významné pro léčebný a diagnostický proces.
- 3.1.5 Vyšetření obsahuje i základní strategické údaje pro sledování pacienta, ev. přímo časový údaj plánované kontroly nebo rehabilitace. Zápis je uložen v informačním systému FNOL a jeho listinná podoba je fyzicky uložena v ambulantní kartě NCHIR.

3.2 Ambulantní vyšetření ve specializované poradně

- 3.2.1 Speciální vyšetření vychází ze standardního ambulantního vyšetření a navíc obsahuje nálezy hodnotící specifiku onemocnění, včetně některých nálezů laboratorních.
- 3.2.2 Zápis vyšetření vychází ze standardního vyšetření. Při plánovaných zobrazovacích metodách v rámci sledování obsahuje přesný časový údaj o objednaném vyšetření, s žádankou na vyšetření jako přílohou.

3.3 Neurochirurgická konzultace pro spádová zařízení (telemedicína)

- 3.3.1 Telefonická konzultace hodnotí bez přímého vyšetření zprostředkovaně stav vědomí, základní neurologické vyšetření a dynamiku onemocnění s přesným vymezením časových relací. Konzultace je založena na hodnocení zaslané zobrazovací dokumentace, za jejíž doručení odpovídá zařízení žádající konzultaci (jedná se o dokumentaci zaslanou do zobrazovacího a archivního systému FNOL nebo data odeslaná elektronicky nebo o data dopravená na nosičích dat).
- 3.3.2 Zápis telefonické konzultace velmi stručně shrnuje podstatné údaje, plán kontrolních zobrazení s přesným vymezením časových relací. Zápis je uložen v nemocničním informačním systému a na vyžádání je kopie odeslána do zařízení, požadující konzultaci.

3.4 Vstupní vyšetření při příjmu pacienta

- 3.4.1 Vstupní vyšetření pacienta k hospitalizaci obsahuje zhodnocení:
 - a) NO – aktuální potíže vedoucí k hospitalizaci.
 - b) OA – podstatné údaje o nemocech z předchorobí pacienta, civilizační choroby, prodělané operace, úrazy, aplikace krevních transfuzí. Zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích.
 - c) RA – důležitá onemocnění v rodině a onemocnění, která mohou souviset s aktuálním zdravotním stavem pacienta.
 - d) PA – zaměstnání současné i minulé.
 - e) SA – zvláště s ohledem na poskytování informací o zdravotním stavu s ohledem na potřebu následné péče.
 - f) FA – údaje o dlouhodobé i aktuální medikaci
 - g) AA – typy alergií, lékové alergie, případné projevy
 - h) Abusus – údaje o návykových látkách (alkohol, nikotin, drogy)



- i) Fyzikální vyšetření – status somaticus – lucidita a orientace pacienta v prostoru (i v kontextu se schopností pacienta poskytovat informovaný souhlas s hospitalizací, výkony)
Kompletní somatický nález hodnotí v kraniokaudálním pořadí nález na hlavě, chrupu, dutinách a jejich vývodech, funkci hlavových nervů, fyzikální nález na krku, magistralních tepnách. Obsahuje fyzikální nález na hrudníku a břiše. Hodnotí stav kůže (trofiku končetin), stav výživy a projevy cévních onemocnění na končetinách.
Obsahuje status localis, který shrnuje podstatné změny v neurologickém nálezu, především lateralizační, popřípadě při dominujícím spondylochirurgickém onemocnění vertebrální nález, napínací testy, hodnocení motoricky a senzitivita na končetinách, popřípadě významné změny reflexologické.
- j) Diagnostický a terapeutický plán – rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických a laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření; stanovení pracovní diagnózy.
- k) Diagnostický závěr – záznam obsahuje závěrečné shrnutí diagnostické se souhrnem všech diagnóz, důležitých pro hodnocení DRG.
- l) Poskytnutí odpovídajících informací pacientovi, rodině nebo zákonnému zástupci.
- m) Edukace pacienta.

3.5 Vyšetření na JIP a zápisy ve 24 hodinovém záznamu

- 3.5.1 Vyšetření na JIP zaznamenává kromě standardního neurologického vyšetření a vyšetření stavu vědomí také základní parametry fyziologických funkcí a nastavení jednotlivých parametrů podporovaných fyziologických funkcí. Vyšetření obsahuje popis ran, funkcí a získávanou kvalitu drenáží atd.

Zápis do 24 hodinového záznamu se řídí Ma-L009-017-24JIP-002 Manuál 24 hodinový záznam CHJIP. Manuál Ma-L009-017-24JIP-002 je dostupný na portále Altus.

3.6 Akutní karta

- 3.6.1 U pacientů, u nichž je vedena **Akutní karta**, se zápis do Ordinačního listu neprovádí. V ordinačním listu je uveden písemný odkaz na akutní kartu, včetně časového údaje, kdy byla akutní karta založena. Akutní karta je zakládána u pacienta, vyžadujícího zvýšené sledování vzhledem k provedenému operačnímu výkonu, vyšetření nebo při zhoršení zdravotního stavu. Akutní kartu zakládá ošetřující lékař oddělení, je zde veden rozpis medikací a záznam o zdravotním stavu nemocného. Při ukončení akutní karty se zde uvede čas jejího ukončení, podpis vč. identifikace lékaře, který ukončení akutní karty ordinoval.

3.7 Ranní a večerní vizity na standardním oddělení, JIP

- 3.7.1 Na standardním oddělení a JIP jsou prováděny vizity minimálně 2 x denně.
- 3.7.2 Vizita hodnotí podstatnou fyzikální změnu či stav vědomí, vztaženou k diagnóze současného onemocnění, klinický stav pacienta včetně stavu operační rány, bolesti a mobility.
- 3.7.3 Zápis stručně a výstižně shrnuje podstatné informace, obsahuje i výchozí parametry pro klasifikaci pacienta pro účely hodnocení léčebného režimu pro zdravotní pojišťovny.
- 3.7.4 Při hospitalizaci týdně a delší obsahuje dokumentace epikrízu, která shrnuje informace o průběhu léčby, provedená vyšetření a vyhodnocení diagnostických metod. Obsahuje plán na bezprostřední následující období s ohledem na plánování operačního výkonu či další rehabilitace. Záznam je prováděn vždy v den, který předchází dnům volna.



3.8 Velká vizita

- 3.8.1 Velké vizity se konají na standardních odděleních a oddělení JIP jedenkrát týdně vždy ve čtvrtek od 7:20 hod. za účasti přednosta kliniky, zástupce přednosta pro léčebnou péči, zástupce přednosta pro výuku, vrchní sestry, lékařů oddělení, staničních sester a sester daného pracoviště. Konání a závěry velké vizity jsou zaznamenány v ordinačním listě pacienta.

3.9 Specifické odpovědnosti a pravomoci

- 3.9.1 Tato ON nestanovuje specifické pravomoci a odpovědnosti.

3.10 Další odborní garanti

- 3.10.1 Tato ON nemá další odborné guaranty.

4 SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY

4.1 Dokumenty vyšší úrovně

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

4.2 Dokumenty FNOL

Sm-L009	Lékařská a ošetrovatelská dokumentace
MP-L002-03	Předepisování léčiv ve zdravotnické dokumentaci
Ma-L009-017-24JIP-002	Manuál 24 hodinový záznam CHJIP

4.3 Vystavené dokumenty

Tato ON nevystavuje žádné dokumenty.

5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

5.1 Účinnost

- 5.1.1 Tato ON nabývá účinnosti dnem **10. 5. 2024**.
- 5.1.2 Dnem účinnosti se nahrazuje 3. vydání ze dne 2. 7. 2018.
- 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 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 Přejícná ustanovení nejsou stanovená.

5.2 Přílohy

Nejsou.