



PRACOVNÍ POSTUP č. PP-004-08-01

Zdravotnická dokumentace

3. vydání ze dne: 4. 1. 2013
Účinnost od: 4. 1. 2013

Skartační znak: A
Stupeň důvěrnosti: N1

Číslo změny	Změny (č. stránek, č. příloh)	Zaznamenal a zařadil		
		Jméno	Datum	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

	Jméno	Funkce Útvar	Datum	Podpis
Odborný garant	Doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.	přednosta Porodnicko-gynekologické kliniky FNOL		
	MUDr. Petr Dzvinčuk, Ph.D.	zástupce přednosta pro LP		
Vydal	MUDr. Dušan Klos, Ph.D.	manažer pro LP Úsek pro léčebnou péči		
Schválil	Doc. MUDr. Roman Havlík, PhD	ředitel FNOL		



1 ÚVODNÍ USTANOVENÍ

1.1 Účel

- 1.1.1 Tento pracovní postup upřesňuje procesy spojené s vyšetřením pacientky a vedením lékařské a ošetrovatelské dokumentace na porodnicko – gynekologické klinice FNOL.

1.2 Závaznost

- 1.2.1 Tento pracovní postup je závazný pro všechny zdravotnické zaměstnance Fakultní nemocnice Olomouc.

1.3 Správa normy

- 1.3.1 Správa normy se řídí směrnicí Sm-G001 Vznik a řízení organizačních norem, kapitola 1.4.

2 VYMEZENÍ POJMŮ

2.1 Zkratky

2.2 Definice

2.3 Odborné funkce

Tato norma nezavádí žádné odborné funkce.

3 VLASTNÍ TEXT

3.1 Teoretické podklady

Fyzikální vyšetření:

- 3.1.1 Rozsah fyzikálního vyšetření pacienta:

Zhodnocení celkového stavu: konstituce těla, stavu výživy, biologický věk, hmotnost, výška (lze-li), chuze, TK, puls/min., orientace, stav a barva kůže a viditelných sliznic, jejich prokrvení, pooperační, eventuálně posttraumatické jizvy, pigmentace kůže, ochlupení, držení těla, skoliosu, kyfosu a stav hygieny. Prsa: tvar, velikost, symetrie a uložení, hodnocení dvorců a vlastních bradavek, jejich pigmentace a tvar, případná přítomnost sekretu. Palpační vyšetření prsů ve čtyřech kvadrantech. Pohmat axilárních lymfatických uzlin. Břicho: vyš. pohledem, pohmatem, poklepem, poslechem s posouzením přítomnosti event. bolestivosti, resistance, zvětšení jater, sleziny a jiných nitrobřišních orgánů, posouzení peristaltiky, tapottement v oblasti ledvin. Gynekologické vyšetření: aspekce vulvy, hráze a kůže genitálu se zhodnocením konfigurace, vývojových abnormit, trofiky tkání, typu ochlupení, zhojení porodních poranění. Součástí je vyšetření v zrcadlech, vyšetření bimanuální, rektální a rektovaginální s posouzením anatomických poměrů vnitřního genitálu a orgánů malé pánve a jejich případných patologických změn. Vyšetření v těhotenství a za porodu: zevní a vnitřní porodnické vyšetření se stanovením délky trvání těhotenství a uložení plodu v děloze (poloha, postavení, držení a naléhání). Končetiny: symetrie, přítomnost otoků, známek zánětu či trombózy, varixů na dolních končetinách, stav prokrvení a cévní pulsace na periférii, palpační vyšetření tříselných krajin k vyloučení hernií či zvětšení lymfatických uzlin.



3.2 Přijetí do ambulantní péče

3.2.1 Při přijetí do ambulantní péče se musí vždy provést komplexní vyšetření.

3.2.2 Komplexní vyšetření se provádí zejména při:

- a) vyšetření pacienta při převzetí do péče gynekologa – porodníka
- b) vyšetření pacienta při převzetí do pravidelné dlouhodobé péče ambulantního specializovaného lékaře a vždy, pokud došlo u konkrétního lékaře k přerušení péče delší než dva roky
- c) vyšetření pacienta při příjmu k hospitalizaci, pokud hospitalizaci nepředcházela hospitalizace na stejném pracovišti v posledních třech měsících.

3.2.3 Při komplexním vyšetření je především provedeno:

- 1 podrobná osobní anamnéza včetně rodinné, gynekologické a porodnické, pracovní a sociální
- 2 zhodnocení subjektivních obtíží – nynější onemocnění
- 3 zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
- 4 celkové objektivní vyšetření
- 5 měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty, dechové frekvence
- 6 základní orientační preventivní onkologické vyšetření
- 7 diagnostická rozvaha a závěr
- 8 rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně vyžádání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření
- 9 rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP
- 10 provedení drobného terapeutického výkonu
- 11 rozhodnutí o termínu další kontroly
- 12 poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonného zástupci
- 13 psychoterapeutický pohovor
- 14 individuální zdravotní výchova
- 15 edukace pacienta
- 16 sepsání lékařské zprávy – nálezů
- 17 administrativní činnost spojená s výkonem, poskytnutí informace praktickému lékaři, včetně záznamu o souhlasu či nesouhlasu pacienta s navrženými diagnosticko-terapeutickými postupy
- 18 zápis o celém postupu do zdravotnické dokumentace

3.3 Opakované vyšetření v ambulantní péči

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

3.3.2 Cílené vyšetření se provádí zejména při:

- a) vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem zaměřené na subjektivní obtíže
- b) vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v pravidelné péči při významné změně průběhu choroby
- c) dispenzární vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem
- d) přijetí pacienta k hospitalizaci, pokud od poslední hospitalizace na stejném oddělení neuplynulo více jak tři měsíce
- e) propuštění pacienta z hospitalizace



- f) vyšetření pacienta spojené s vystavením návrhu na komplexní a příspěvkovou lázeňskou péči nebo na pobyt v ozdravovně
- g) předoperační vyšetření pacienta
- h) preventivní prohlídka gynekologická

3.3.3 Při cíleném vyšetření je především provedeno:

- a) anamnéza cíleně zaměřená k subjektivním potížím pacienta vztahujícím se k danému vyšetření nebo požadavku odesílajícího lékaře
- b) zhodnocení subjektivních obtíží
- c) zhodnocení předcházejících vyšetření klinických, laboratorních a zobrazovacích
- d) objektivní vyšetření zaměřené k subjektivním potížím pacienta (vztahujícím se k danému vyšetření) nebo k požadavku odesílajícího lékaře
- e) měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, pokud je ve vztahu k subjektivním potížím pacienta nebo k požadavku odesílajícího lékaře
- f) základní orientační preventivní onkologické vyšetření
- g) diagnostická rozvaha a závěr
- h) rozhodnutí o dalším diagnostickém postupu, včetně předepsání dalších klinických, laboratorních nebo zobrazovacích vyšetření
- i) rozhodnutí o terapeutickém postupu, včetně předpisu léků či ZP
- j) provedení drobného terapeutického výkonu
- k) rozhodnutí o termínu další kontroly
- l) poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci
- m) psychoterapeutický pohovor
- n) individuální zdravotní výchova
- o) edukace pacienta
- p) sepsání lékařské zprávy – nálezů
- q) 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
- r) zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace

3.3.4 Kontrolní vyšetření se provádí zejména při:

- a) vyšetření pacienta, kdy ošetřující lékař kontroluje průběh nebo výsledek léčby
- b) vyšetření pacienta při ukončení léčby ošetřujícím lékařem
- c) vyšetření pacienta při ukončení pracovní neschopnosti ošetřujícím lékařem
- d) vyšetření pacienta ošetřujícím lékařem v průběhu stabilizované choroby
- e) vyšetření pacienta před poskytnutím terapeutického výkonu

3.3.5 Při kontrolním vyšetření je především provedeno:

- a) anamnéza cíleně zaměřená k průběhu nebo výsledku léčby
- b) zhodnocení subjektivních obtíží a jejich změn
- c) zhodnocení předcházejících klinických, laboratorních a zobrazovacích
- d) objektivní vyšetření zaměřené k průběhu nebo výsledku léčby
- e) měření výšky, hmotnosti, krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, pokud je ve vztahu k průběhu choroby nebo výsledku léčby
- f) diagnostická rozvaha a závěr
- g) rozhodnutí o termínu další kontroly
- h) poskytnutí odpovídajících informací nemocnému, rodině nebo zákonnému zástupci



- i) psychoterapeutický pohovor
- j) individuální zdravotní výchova
- k) edukace pacienta
- l) sepsání lékařské zprávy – nálezů
- m) administrativní činnost spojená s výkonem (povinná hlášení, žádanka o zdravotní transport a podobně)
- n) zápis o celém postupu do zdravotní dokumentace.

3.4 Rozsah zápisů

- 3.4.1 Ordinační list (teplotka) na standardním oddělení: Záznam se provádí 2x denně - při ranní a večerní vizitě.
 - a) Při ranní vizitě se zaznamenává subjektivní hodnocení stavu pacientem, udávané potíže a objektivní nález: minimálně stav břicha, zevního genitálu a dolních končetin. Ostatní fyzikální vyšetření dle diagnózy, potřeby a udávaných potíží. Ze záznamu musí být zřejmý stav soběstačnosti a oprávněnost zařazení do vyšší kategorie ošetrovacího dne pro zdravotní pojišťovnu.
 - b) Při večerní vizitě se zaznamenává subjektivní hodnocení stavu pacientem. Fyzikální vyšetření jen v případě zhoršení stávajícího stavu či nových potíží dle aktuální potřeby.
- 3.4.2 Intenzivní 24 hodinový záznam JIP: Záznam provádí lékař 2x denně při ranní a večerní vizitě. Zaznamenává subjektivní hodnocení stavu pacientem a objektivní nález- minimálně fyzikální nález na břicho, zevním genitálu a stav dolních končetin. Ostatní fyzikální vyšetření dle diagnózy, potřeby a udávaných potíží.

3.5 Epikríza

- 3.5.1 Rozsah a četnost zpracování: Jednou za týden - zpravidla v den před volným dnem, před víkendem pro potřeby služby konajících lékařů. Ze stejných důvodů také před dny pracovního klidu a státními svátky. Dále je epikríza vypsána vždy při předávání pacienta do péče jiného ošetroujícího lékaře na klinice, při překladi 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.

3.6 Archivace zdravotnické dokumentace při nakládání s pupečnickovou krví

- 3.6.1 Podmínky archivace zdravotnické dokumentace při nakládání s pupečnickovou krví pro společnost Cord Blood Center CZ jsou definovány v příloze č. 1 Uchovávání záznamů zajišťující sledovatelnost.

4 SOUVISEJÍCÍ DOKUMENTY

4.1 Dokumenty vyšší úrovně

4.2 Dokumenty FNOL

- 4.2.1 Směrnice Lékařská a ošetrovatelská dokumentace

4.3 Vystavené dokumenty

K pracovnímu postupu nejsou vystaveny žádné dokumenty



5 ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

5.1 Účinnost

5.1.1 Tato ON nabývá účinnosti dnem **4. 1. 2013**.

5.1.2 Dnem účinnosti se nahrazuje 2. vydání ze dne 30. 3. 2009.

5.1.3 OG je povinen 1x za rok 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-G001-001-REV-005 „Záznam o revizi ON“.

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

5.2 Přejídná ustanovení

5.3 Přílohy

Příloha č. 1 Uchovávaní záznamů zajišťující sledovatelnost.