Lékařská dokumentace: součásti a formy

Zdravotní dokumentace obsahuje všechny údaje o zdravotním stavu pacienta. Pacient či jeho blízcí mají za určitých okolností právo do dokumentace nahlížet. Zdravotnická dokumentace obsahuje také všechny skutečnosti o poskytovaných zdravotních službách. Obsahem dokumentace jsou i informace o diagnóze pacienta, o návrhu léčby, záznamy o rozsahu poskytnutých zdravotních služeb, žádanky, objektivní nález, záznam o předepsaných a podaných lécích, zdravotnických pomůckách a transfúzích. Dále zde najdeme příkaz ke zdravotnické přepravě, záznamy o ošetřovatelské, nutriční a rehabilitační péči, záznamy o očkování a hlavně písemný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb (či odmítnutí). Ostatní zdravotníci nahlíží do zdravotnické dokumentace dle rozsahu své kompetence. Medici a další pracovníci zdravotnického zařízení můžou do chorobopisu nahlížet pouze v nezbytně nutném rozsahu a platí u nich povinná mlčenlivost.

Zdravotnická dokumentace se uchovává pouze určitou dobu, je to přibližně 5 let, ale liší se to v závislosti na oddělení. Například praktický lékař uchovává zdravotnickou dokumentaci pacienta přibližně deset let. V nemocnicích se záznamy udržují 40 let. Záchranáři oproti tomu udržují záznam operátora deset let. Po uplynutí dané lhůty jsou dokumenty skartovány.

Do zdravotnické dokumentace může nahlížet sám pacient nebo jeho zákonný zástupce. Dále také soba, kterou určil pacient nebo jeho zákonný zástupce či opatrovník, osoba zmocněná na základě plné moci, opatrovník, pěstoun nebo jiná osoba pečující o pacienta.

Obsah zdravotnické dokumentace určuje vyhláška 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci v návaznosti na zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Na příjmové ambulanci je pacient vyšetřen lékařem, který následně rozhodne, zda bude pacient hospitalizován. **Příjmová dokumentace** obsahuje veškeré osobní údaje pacienta (jméno, věk, adresa, pohlaví, rodné číslo, atd.), jméno přijímacího lékaře, jméno praktického lékaře, jméno nejbližšího příbuzného či jiné osoby a kontakt na něj (v případě potřeby bude kontaktován), poučení pacienta o pravidlech a zásadách oddělení. Pokud si to pacient nepřeje, tak nebude personál nemocnice nikoho informovat o jeho zdravotním stavu, ani příbuzné. Tato skutečnost se musí řádně zaznamenat do dokumentu a respektovat. Osobou blízkou je ve většině případů příbuzná osoba, manžel/manželka, děti, partner. V případě dlouhodobé hospitalizace je potřeba informovat praktického lékaře pacienta, aby mu vystavil potvrzení o pracovní neschopnosti. Pokud dívka ve věku mezi 16 až 18 lety podstoupí interrupci, tak o tom lékař musí informovat rodinu. Interrupce do 16 let je možná pouze se souhlasem rodiny.

Následuje podrobné odebrání anamnézy. Odebírá se nynější, osobní, alergická, farmakologická, sociální a pracovní, rodinná, gynekologická anamnéza. Lékař by se měl zeptat na abusus (kouření, alkohol, drogy). Poté je pacient podroben fyzikálnímu vyšetření, kdy se vyšetřuje hlava, krk, hrudník, břicho, orgány a dolní končetiny. Zdravotní sestra pacienta zváží, změří (na základě těchto výsledků se stanovuje BMI) a změří se teplota, krevní tlak. Všechny tyto informace musí být pečlivě zaznamenány do příjmové dokumentace. Pak se přechází k objektivnímu vyšetření a podrobné anamnéze. Pacient je podroben základním vstupním vyšetřením, jako je například rozbor a sedimentace moči, rozbor krve, stanovení krevního obrazu, biochemie krevního séra, vyšetření dle Astrupa, EKG, RTG srdce a plic, předepsání diety (například diabetická dieta), stanovení pohybového režimu, předepsání rehabilitací a rozpis léků. Všechny tyto údaje musí být opět zaznamenány a výsledky přiloženy do zdravotní dokumentace. U předepsaných léků musí být uvedený název léku, léková forma, dávkování a způsob aplikace. Celkově se tento dokument nazývá **chorobopis** daného pacienta.

Do dokumentace se také musí zapisovat aplikace opiátů, aplikace krevních derivátů a transfuzí, přehled podaných léků. U všech těchto informací musí být datum a čas aplikace, podpis a razítko sestry nebo lékaře, který látku aplikoval. Také se posuzuje samostatnost pacienta, zda je schopný vstát, obléknout se či zda si dojde na toaletu.

Aplikace injekce

Dalším dokumentem je **dekurs**, což je každodenní záznam stavu hospitalizovaného pacienta a obsahuje postup jeho léčby. Dekurs obsahuje údaje hlavně pro ošetřující personál, jako je například monitorace krevního tlaku, pulzů, tvaru zornici, saturace či tělní teploty. Ošetřovatelé a zdravotní sestry si také zaznamenávají, kolik toho pacient z přidělené porce snědl a zda pacient vykonal stolici. U pacientů s močovým katetrem se zaznamenává množství vyloučené moči za den a příjem tekutin.

Epikríza obsahuje shrnutí zdravotního stavu pacienta. Píše se obvykle **jednou týdně** do chorobopisu a obsahuje také odhad plánovaných postupů. Bývá součástí závěrečné propouštěcí zprávy po ukončení pobytu v nemocnici.

Revers znamená písemný souhlas nebo nesouhlas pacienta s léčebným postupem. **Pozitivní revers** je dokument, který podepisuje pacient nebo jeho zástupce před zákrokem a vyjadřuje tak s ním svůj informovaný souhlas. **Negativní revers**je dokument, ve kterém pacient přes doporučení lékaře odmítá další léčbu nebo některé léčebné postupy.

Na konci pobytu v nemocnici podepisuje pacient **propouštěcí zprávu**, která obsahuje osobní údaje, popisuje průběh hospitalizace, diagnostický souhrn a obsahuje také doporučení pro ošetřujícího lékaře včetně rehabilitací. V případě smrti pacienta musíme zapsat do dekursu okolnosti smrti, přesný čas a podpis lékaře, který konstatovat smrt.

Odkazy

Související články

- vitální funkce
- smrt

Použitá literatura

- ŽÁK, Aleš a Jan PETRÁŠEK. *Základy vnitřního lékařství.* 1. vydání. Praha : Galén, 2011. ISBN 9788072626977.