

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Iva Vacková**

**Dokumentování ošetrovatelské péče  
na standardním oddělení interního typu  
se zaměřením na časovou náročnost**

*Keeping records about nursing care  
at standard medical unit*

*Bakalářská práce*

Kadešice, květen 2018

Autor práce:	Iva Vacková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Bakalářský studijní obor:	Všeobecná sestra – kombinovaná forma
Vedoucí práce:	<b>PhDr. Marie Zvoníčková</b>
Pracoviště vedoucího práce:	<b>Ústav ošetrovatelství 3. LF UK</b>
Předpokládaný termín obhajoby:	15. 6. 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze ve Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 10. května 2018

Iva Vacková

.....

## **Poděkování**

Děkuji PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení, cenné rady, ochotu, vstřícnost, trpělivost a optimismus při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji všem sestrám, které mi pomohly při realizaci výzkumného šetření. Děkuji své rodině a přátelům za pomoc a podporu během studia a zpracování bakalářské práce.

## ANOTACE

V této bakalářské práci se autorka zaměřuje na sledování dokumentování činnosti sester a množství provedených zápisů, které musí sestra během jedné směny provést. Cílem této práce bylo zjistit, co vše sestra zaznamenává, jaké druhy formulářů vyplňuje a kolik času stráví zápisem do dokumentace. Teoretická část je věnována zdravotnické dokumentaci a následně dokumentaci vedené ve zdravotnickém zařízení, kde probíhalo pozorování a odběr dat. Empirická část je věnována formě zápisu a doplněná příklady zápisu s naměřenou dobou trvání. Cílem etnografického výzkumu bylo porozumět činnostem a důvodům, které sestry vedou k těmto zápisům.

**Klíčová slova:** dokumentace při příjmu, druhy dokumentace, informování nemocného, ošetrovatelství, všeobecná sestra, příjem nemocného, záznam péče, zdravotnická dokumentace

## ABSTRACT

This bachelor's thesis studies the documentation activities of nurses and the quantity of entries they have to record during a single shift. The aim of the work is to detail what types of records nurses make, what kind of forms they fill in, and how much time they spend doing documentation. The theoretical part focuses on medical documentation and on the documentation kept in the health care facilities where the observations were made and the data was collected. The empirical part describes the format of record entries and provides example entries with measurements of the time spent recording them. The aim of the ethnographic research was to understand the activities and reasons that lead nurses to make these entries.

**Keywords:** general nurse, medical care, medical documentation, admission documentation, types of medical documentation, informing patients, nursing, admission of the patient, medical record

## Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE</b> .....	<b>2</b>
1.1 FORMA ZÁZNAMU.....	2
1.2 VEDENÍ DOKUMENTACE .....	3
1.3 SLOŽENÍ DOKUMENTACE .....	3
1.3.1 Zdravotnická dokumentace vedená lékaři.....	4
1.3.2 Ošetrovatelská dokumentace.....	4
1.3.3 Dokumentace ostatních nelékařských pracovníků.....	5
1.3.4 Provozní dokumentace .....	5
1.4 LEGISLATIVA.....	5
<b>2 OBSAH OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE</b> .....	<b>7</b>
<b>3 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ</b> .....	<b>9</b>
3.1 DOKUMENTY TÝKAJÍCÍ SE DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÉ ČINNOSTI .....	9
3.1.1 Dekurz.....	9
3.1.2 Edukační záznam.....	10
3.1.3 Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) .....	11
3.1.4 Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací.....	11
3.1.5 Teplotní tabulka .....	11
3.1.6 Žádanky.....	12
3.2 OŠETŘOVATELSKÉ ZÁZNAMY .....	13
3.2.1 Ošetrovatelská anamnéza.....	13
3.2.2 Ošetrovatelský záznam .....	14
3.2.3 Hodnocení ošetrovatelské péče .....	15
3.2.4 Ošetrovatelská překladová zpráva .....	15
3.2.5 Plán péče o proleženiny a jiné rány .....	15
3.3 PROVOZNÍ A TECHNICKÉ DOKUMENTY .....	15
3.3.1 Dodatečné hlášení změn v počtu diet .....	16
3.3.2 Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta .....	16
3.3.3 Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy .....	17
3.3.4 Hlášení o nežádoucí události .....	17
3.3.5 Hlášení počtu nemocných.....	17
3.3.6 Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování.....	17
3.3.7 Identifikační štítky.....	18
3.3.8 Identifikační náramek na ruku .....	18
3.3.9 Index ošetřovaných.....	18
3.3.10 Opiátová kniha .....	19
3.3.11 Předpis stravy pro oddělení.....	19
3.3.12 Příkaz ke zdravotnímu transportu .....	19
3.3.13 Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky) .....	20
3.3.14 Záznam výkonů.....	20
3.3.15 Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením .....	21
3.4 ÚČAST SESTRY NA VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE.....	21
<b>4 CÍLE PRÁCE</b> .....	<b>22</b>
<b>5 METODIKA A ORGANIZACE PRŮZKUMU</b> .....	<b>23</b>
5.1 CHARAKTERISTIKA METODY PRŮZKUMU.....	23
5.2 REALIZACE SBĚRU EMPIRICKÝCH DAT .....	23
5.3 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ.....	23

5.3.1	Personální zajištění.....	24
5.3.2	Rozdělení práce.....	24
5.3.3	Harmonogram práce.....	25
<b>6</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>28</b>
6.1	OFICIÁLNÍ DIAGNOSTICKO-TERAPEUTICKÉ DOKUMENTY.....	28
6.1.1	Dekurz.....	29
6.1.2	Edukační záznam.....	31
6.1.3	Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) .....	31
6.1.4	Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací.....	32
6.1.5	Teplotní tabulka .....	32
6.1.6	Žádanky.....	32
6.2	OŠETŘOVATELSKÉ ZÁZNAMY .....	34
6.2.1	Ošetrovatelská anamnéza.....	34
6.2.2	Ošetrovatelský záznam.....	34
6.2.3	Hodnocení ošetrovatelské péče.....	34
6.2.4	Ošetrovatelská překladová zpráva.....	35
6.2.5	Plán péče o proleženiny a jiné rány.....	35
6.3	PROVOZNÍ A TECHNICKÉ DOKUMENTY .....	36
6.3.1	Dodatečné hlášení změn v počtu diet.....	37
6.3.2	Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta.....	37
6.3.3	Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy .....	37
6.3.4	Hlášení o nežádoucí události .....	37
6.3.5	Hlášení počtu nemocných.....	38
6.3.6	Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování.....	39
6.3.7	Identifikační štítky.....	39
6.3.8	Identifikační náramek na ruku .....	39
6.3.9	Index ošetřovaných.....	39
6.3.10	Opiátová kniha .....	40
6.3.11	Předpis stravy pro oddělení.....	40
6.3.12	Příkaz ke zdravotnímu transportu .....	40
6.3.13	Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky) .....	40
6.3.14	Záznam výkonů.....	41
6.3.15	Záznam o zvlášť účtovaných léčivých přípravcích a zvláštních položkách .....	41
6.3.16	Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením .....	41
6.4	NEOFICIÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ ZÁZNAMY .....	41
6.4.1	EKG, TK, ostatní.....	42
6.4.2	Hlášení sester.....	43
6.4.3	Kartička na jídlo .....	44
6.4.4	Kartička na vyšetření .....	45
6.4.5	Kartička P + V.....	45
6.4.6	Plachta na jídlo.....	46
6.4.7	Plachta na inzulíny.....	46
6.4.8	Plachta P+V, GE.....	47
6.4.9	Magnetická tabule se jmény pacientů .....	48
6.4.10	Riziko pádu.....	49
6.4.11	Sešit na glykemie .....	49
6.4.12	Sešit na EKG .....	49
6.4.13	Sešit na ECHO.....	50
6.4.14	Sešit na chybějící nebo docházející léky.....	50
6.4.15	Sešit pro sepsání pozůstalosti.....	50
6.5	DALŠÍ ZÁZNAMY POPISOVÁNÍ.....	51
6.5.1	Zásady bezpečného podání léčiva .....	52
6.5.2	Invazivní vstupy a převazy: .....	52
6.5.3	Otevření a expirace léčiv.....	53
6.5.4	Nádoby na komunální odpad a infekční odpad, dezinfekce.....	53
6.6	VÝSLEDNÉ ČASY POZOROVÁNÍ.....	55

<i>Tab. č. 1 Oficiální diagnosticko-terapeutické dokumenty</i> .....	55
<i>Tab. č. 2 Ošetřovatelské záznamy</i> .....	56
<i>Tab. č. 3 Provozní a technické dokumenty</i> .....	57
<i>Tab. č. 4 Neoficiální ošetřovatelské záznamy</i> .....	58
<i>Tab. č. 5 Další záznamy popisování</i> .....	59
<i>Tab. č. 6 Celkový čas během zápisu jednotlivé činnosti</i> .....	60
<i>Tab. č. 7 Celkový čas součtu všech zápisů během dne</i> .....	62
<b>7 DISKUZE</b> .....	<b>63</b>
<b>8 ZÁVĚR</b> .....	<b>66</b>
<b>9 SOUHRN</b> .....	<b>67</b>
<b>10 SUMMARY</b> .....	<b>68</b>
<b>11 LITERATURA A PRAMENY</b> .....	<b>69</b>
<b>LITERÁRNÍ ZDROJE</b> .....	69
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE</b> .....	69
<b>ZAHRANIČNÍ ZDROJE</b> .....	70
<b>12 POUŽITÉ ZKRATKY</b> .....	<b>71</b>
<b>13 SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>72</b>
<b>14 SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>73</b>
<b>15 PŘÍLOHY</b> .....	<b>74</b>



# ÚVOD

Zdravotnická dokumentace je důležitou a nezbytnou součástí péče o pacienta. Cílem vedení zdravotnické dokumentace je splnit požadavky v oblasti kvality a bezpečí s důrazem na efektivitu, standardizaci, řádné a včasné dokumentování zdravotní péče. Každý zdravotnický pracovník by měl znát zásady vedení dokumentace a řídit se jimi. Záznam zdravotní péče poskytnuté ve zdravotním zařízení do dokumentace je jedním nejdiskutovanějších a nejproblematičtějších záznamů vůbec. Zdravotnická dokumentace je řádně vedený záznam s dostatečně podrobným chronologicky vedeným, čitelným, přehledným a srozumitelným zápisem o vývoji a průběhu zdravotního stavu pacienta. Slouží pro ochranu zdravotního personálu i pacienta v případě soudního sporu. Umožňuje posoudit, zda bylo postupováno *lege artis*, zda byl pacient dostatečně informován, a dokládá chronologický záznam provedených činností.

Teoretická část je věnována zdravotnické dokumentaci a následně dokumentaci vedené ve zdravotnickém zařízení, kde probíhalo pozorování a odběr dat.

Existuje jenom minimum české odborné literatury, která se zabývá sledováním dokumentování činnosti sester a množstvím provedených zápisů, které musí sestra během jedné směny provést. Z tohoto hlediska se jedná o pilotní šetření. Cílem této práce bylo zjistit, co vše sestra zaznamenává, jaké druhy formulářů vyplňuje a kolik času stráví zápisem do dokumentace. Klíčovou metodou terénního výzkumu bylo zúčastněné pozorování. Snahou pozorovatele bylo sledovat každodenní práci sester v normálním průběhu směny. Cílem etnografického výzkumu bylo porozumět činnostem a důvodům, které sestry vedou k těmto zápisům. Empirická část je věnována formě zápisu, doplněná příklady zápisu s naměřenou dobou trvání.

# 1 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Zdravotnická dokumentace je soubor zaznamenávaných informací, které se týkají poskytování zdravotní péče konkrétní fyzické osobě. Právní předpis ukládá zdravotnickému zařízení povinnost vést zdravotnickou dokumentaci.<sup>1</sup> Pro zdravotnické pracovníky slouží jako cenný zdroj informací a umožňuje jim rychle reagovat na aktuální stav pacienta a správně zvolit léčebnou a diagnostickou metodu. Je také zdrojem informací pro pacienta, kterému poskytuje přehled vývoje jeho zdravotního stavu a provedených zdravotních výkonů. V případě sporů mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, mezi dvěma zdravotnickými zařízeními či zdravotnickými pracovníky slouží jako důkazní materiál o postupu lege artis. Je podkladem pro výzkum, vědu a audity kvality poskytované péče.<sup>2</sup> Slouží i jako doklad pro vyúčtování poskytnuté zdravotní péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění nebo přímou platbou pacientem.<sup>3</sup>

## 1.1 Forma záznamu

Zdravotnická dokumentace je vedena ve formě písemného, obrazového, zvukového a elektronického nebo jiného záznamu. Písemný dokument je záznam formou textu, v listinné nebo digitální podobě. Obrazový dokument je záznam na filmový pás, videokazetu, fotografii nebo digitální zachycení obrazu pomocí různých softwarů. Zvukový záznam je zaznamenáván podobně jako u obrazového dokumentu na filmový pás, videokazetu. Elektronické a jiné záznamy jsou formou výstupů zobrazovacích metod používaných v medicíně.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009, s. 71. ISBN 978-80-2473132-2.

<sup>2</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 19–20, s. 155. ISBN 978-80-247-235.

<sup>3</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008, s. 13. ISBN 978-80-247-2763-9.

<sup>4</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 16–17. ISBN 978-80-247-235.

## 1.2 Vedení dokumentace

Cílem zdravotnické dokumentace je řádně vedený pravdivý záznam s dostatečně podrobným chronologicky vedeným, čitelným, přehledným a srozumitelným zápisem v českém jazyce o vývoji a průběhu zdravotního stavu pacienta, laboratorních a klinických vyšetřeních, diagnózách, epikrizách, diagnostických a terapeutických opatřeních, ošetrovatelských postupech, ordinacích a doporučeních.<sup>5</sup> Během zápisu má být správně použita odborná terminologie, naopak nesmí obsahovat neschválené zkratky, slangové výrazy, subjektivní pocity zdravotního personálu a vulgarizmy. Každý zápis musí obsahovat datum, čas, jmenovku, podpis a aktuální zdravotní stav pacienta.<sup>6</sup>

## 1.3 Složení dokumentace

Zdravotnická dokumentace je složena z několika celků: z dokumentace vedené lékaři, ošetrovatelské dokumentace, dokumentace ostatních nelékařských pracovníků a provozní dokumentace. Propojením všech částí dokumentace je usnadněna výměna informací a zajištěn hladký průběh péče. Některé části mají ustálený charakter a název a ve stejné podobě se používají ve všech zdravotnických zařízeních. Některé části se naopak liší a jsou typické pouze pro zdravotnická zařízení určitého typu či pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v určitém oboru (standardní ošetrovací jednotka, specializované pracoviště, dětské a geriatrické oddělení, gynekologie a ORL atd.).<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> PODSTATOVÁ, R. *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi*.

Prezentace na konferenci Inmed 2014. [online]. 19.–20. 11. 2014. Dostupné z:

[http://www.inmed.eu/archive/2014\\_after/prednasky/2014/1\\_5.pdf](http://www.inmed.eu/archive/2014_after/prednasky/2014/1_5.pdf)

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009, s. 72. ISBN 978-80-2473132-2.

<sup>6</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008, s. 15–20. ISBN 978-80-247-2763-9.

<sup>7</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 54. ISBN 978-80-247-235.

### 1.3.1 Zdravotnická dokumentace vedená lékaři

Dokumentace vedená lékaři je typickou a nejdůležitější částí celé zdravotnické dokumentace. Slouží k zachycení a zachování dat, která se vztahují k poskytování zdravotní péče. Obsahuje osobní údaje pacienta, anamnézu, výsledek objektivního stavu při přijetí a výsledky jednotlivých vyšetření. Během hospitalizace je doplněna dekurzem, ve kterém je zaznamenáván průběh nemoci a její léčba. Na jeho základě je při propuštění ze zdravotního zařízení vystavena propouštěcí zpráva. Součástí je i informovaný souhlas, který je projevem svobodné vůle člověka nebo zákonného zástupce, který souhlasí s přijetím do zdravotnického zařízení nebo s doporučenou léčbou. V převážné většině je nezbytným předpokladem k tomu, aby nebyl následný postup považován za protiprávní. Cílem informovaného souhlasu je poskytnout pacientovi nebo zákonnému zástupci dostatek informací o charakteru a postupu léčby nemoci a možných a předpokládaných rizicích.<sup>8</sup>

### 1.3.2 Ošetřovatelská dokumentace

Je druhou důležitou součástí zdravotnické dokumentace. Slouží k zachycení a zachování dat, která se vztahují k poskytování ošetřovatelské péče konkrétním pacientům. Obsahuje např. ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelský záznam péče a hodnocení ošetřovatelské péče. Sestra též provádí záznamy o provedených činnostech, které provádí na základě rozhodnutí lékaře, např. podávání opiátů, aplikace infuzních roztoků, zavedení permanentního žilního katetru a permanentního močového katetru. Podle Daviny Allen se může často stávat, že sestry tráví více času zapisováním záznamů než reálnou péčí poskytnutou pacientovi.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 75–77. ISBN 978-80-247-235.

<sup>9</sup> ALLEN, D. Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. In: *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 27, s. 1223–1230.

### 1.3.3 Dokumentace ostatních nelékařských pracovníků

Dokumentace ostatních nelékařských pracovníků se týká těch, kteří se podílejí na péči o konkrétního pacienta, např.: fyzioterapeut, psycholog, psychiatr, nutriční terapeut, ergoterapeut, porodní asistentka, logoped. Zápis provádí do dekurzu nebo do vlastního formuláře.

### 1.3.4 Provozní dokumentace

Slouží k zachycení a uchování dat, která zaznamenávají fungování provozu, v němž je péče poskytována, např. opiátová kniha, kniha jízd.<sup>10</sup>

## 1.4 Legislativa

Nejvýznamnějším právním předpisem vztahujícím se k zdravotnické dokumentaci je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)<sup>11</sup> a Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.<sup>12</sup> Z nich vyplývá, že zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci ve formě písemného, obrazového, zvukového a elektronického nebo jiného záznamu. Dokumentace musí vždy obsahovat identifikační údaje pacienta a identifikaci zdravotnického zařízení. Obsahuje anamnestické údaje pacienta, informace o onemocnění pacienta, o jeho průběhu a výsledku léčení. Dále obsahuje údaje a další významné skutečnosti související se zdravotním stavem pacienta.

Další právní předpisy vztahující se ke zdravotnické dokumentaci jsou:

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, který stanovuje práva a povinnosti při zpracování osobních údajů, a zákon č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů,

---

<sup>10</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008, s. 13. ISBN 978-80-247-2763-9.

<sup>11</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast6>

<sup>12</sup> Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

který stanovuje podmínky archivace a obecné požadavky na uchování a skartaci zdravotnické dokumentace.<sup>13</sup>

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších právních předpisů.<sup>14</sup>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,<sup>15</sup> tuto vyhlášku mění vyhláška č. 391/2017 Sb., změna vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků.<sup>16</sup>

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.<sup>17</sup>

Vyhláška č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.<sup>18</sup>

---

<sup>13</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008, s. 11. ISBN 978-80-247-2763-9.

<sup>14</sup> Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 39/2012. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20170901>

<sup>15</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb., ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 20/2011. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

<sup>16</sup> Vyhláška č. 391/2017 Sb., ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2017, částka 137. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.noveaspi.cz/products/lawText/1/89335/1/2>

<sup>17</sup> Vyhláška č. 102/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39/2012. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>

<sup>18</sup> Vyhláška č. 306/2012 Sb., ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 109/2012. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: [https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306/zneni-20121001#p11\\_f4775307](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306/zneni-20121001#p11_f4775307)

## 2 OBSAH OŠETŘOVATELSKÉ DOKUMENTACE

Dle vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, záznam o ošetrovatelské péči obsahuje řadu dokumentů, ve kterých je proveden zápis o poskytnuté ošetrovatelské péči během hospitalizace. Tyto dokumenty zachycují vývoj zdravotního stavu pacienta, popisují ošetrovatelský problém, pomáhají stanovit ošetrovatelské diagnózy, zachycují stanovené předpokládané ošetrovatelské činnosti a výkony spolu se záznamem o jejich realizaci a poučení pacienta. Součástí dokumentace je hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu.<sup>19</sup>

Vývoj zdravotního stavu pacienta, předávání informací a poučení pacienta mají být průběžně zaznamenávány. Součástí ošetrovatelské dokumentace je propouštěcí nebo překladová zpráva s doporučením k další ošetrovatelské péči, která se zpracovává pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb.<sup>20</sup> Povinností zdravotnického zařízení je vést tuto zdravotnickou dokumentaci.<sup>21</sup> Správně vedená dokumentace je vizitkou zdravotnického zařízení.<sup>22</sup> V případě sporů mezi pacientem a zdravotnickým zařízením, mezi dvěma zdravotnickými zařízeními či zdravotnickými pracovníky slouží jako důkazní materiál o postupu *lege artis*.<sup>23</sup> Stále podceňovaným dokumentem je zápis mimořádné události, který česká legislativa přesně nedefinuje a zvyšuje tím právní nejistotu zdravotníkům v případě soudního sporu. Je proto důležité řídit se parafrází právníků: „Co není psáno, není uděláno.“<sup>24</sup> Proto cílem ochrany zdravotního personálu a pacienta je správně provedený zápis v dokumentaci, který podléhá zákonu č. 372/2011 Sb.,

---

<sup>19</sup> Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

<sup>20</sup> Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

<sup>21</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009, s. 71. ISBN 978-80-2473132-2.

<sup>22</sup> PODSTATOVÁ, R. *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi*. Prezentace na konferenci Inmed 2014. [online]. 19.–20. 11. 2014. Dostupné z: [http://www.inmed.eu/archive/2014\\_after/prednasky/2014/1\\_5.pdf](http://www.inmed.eu/archive/2014_after/prednasky/2014/1_5.pdf)

<sup>23</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 19–20, s. 155. ISBN 978-80-247-235.

<sup>24</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A až do Z*. Praha: Grada, 2002, s. 13. ISBN 80-247-0278-9.

o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast6>



### **3 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ**

Zdravotnická dokumentace na oddělení standardního typu není jednotná v rámci formy provedení ve všech zdravotnických zařízeních v celé České republice. Každé zdravotnické zařízení má svou formu a vzhled dokumentace a dokumentování činností uzpůsobené individuálně. Naopak obsah dokumentů a záznamů podléhá legislativě. Při příjmu do zdravotnického zařízení nebo do ambulantní péče je vždy zakládána dokumentace, která je následně vedena celým zdravotnickým týmem po dobu léčby. Dokumentů, respektive formulářů je velké množství. Pro potřeby této práce byly rozděleny na dokumenty a formuláře vztahující se k diagnosticko-terapeutické činnosti, ošetrovatelské činnosti a provozně-technické činnosti sestry.

#### **3.1 Dokumenty týkající se diagnosticko-terapeutické činnosti**

Jedná se o dokumenty a formuláře, které vypisuje lékař a s kterými pracuje i sestra.

##### **Patří sem:**

1. Dekurz
2. Edukační záznam
3. Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)
4. Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací
5. Teplotní tabulka
6. Žádanky

##### **3.1.1 Dekurz**

Karta, někdy označovaná jako akutní karta, je tisknuta lékařem každý den. Je platná 24 hodin. Strana č. 1 slouží pro lékaře a sestry. Obsahuje ordinace lékaře, které sestra plní po vizitě lékaře a při aktuálních požadavcích lékaře při

reakci na aktuální stav pacienta. Obsahuje číslo listu, jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, datum narození, adresu pacienta, kód pojišťovny, terapeutický list, který se člení na kategorie – dieta, kategorie, i. v., ATB, inhalace, p. o., ordinace platné 24 hodin, jméno a podpis ordinujícího lékaře, za správnost provedených ordinací odpovídá, razítko a podpis sestry. V případě velké vizity se sem tiskne razítko Primářská vizita.

Strana č. 2 je určena pro lékaře. Slouží pro popis zdravotního stavu pacienta. Obsahuje jméno a příjmení pacienta, kód pojišťovny, číslo pojištění, rodné číslo, datum narození, datum přijetí, diagnóza. Slovně rozepsán důvod přijetí, diagnózy, subjektivní potíže, objektivní nález, EKG, plán péče, jméno a podpis lékaře. Formát A4.

### **3.1.2 Edukační záznam**

Formulář vyplňovaný při příjmu do zařízení, při každé edukaci pacienta zdravotnickým personálem (zdravotní sestra, lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, nutriční terapeut). Záznam, o čem všem byl pacient informován.

Obsahuje identifikační štítek pacienta, datum, edukant, metoda, téma, reakce, podpis Hodnocené činnosti – edukant (hospitalizovaný pacient, rodinný příslušník, zákonný zástupce), použitá metoda (ústně, praktická ukázka, písemně, nácvik, jiné), reakce pacienta (verbalizuje pochopení, prokazuje dovednost, nutno opakovat, není schopen pochopit, odmítá výuku), téma edukace (vstupní informace, informace při propuštění, změna zdravotního stavu, informace o překlada, předoperační příprava, pooperační péče, diagnostický výkon, aplikace inzulínu, péče o ránu, respirační péče, péče o stomii, medikace, péče o invazivní vstupy, pastorální péče, sebedpéče, užívání pomůcek, výživa, prevence pádu, vhodná obuv, pohybový režim, edukace fyzioterapeutem, edukace ergoterapeutem, bolest), rozsah vstupních informací (manipulace s lůžkem a signalizačním zařízením, prostorové uspořádání oddělení, vnitřní řád, možnost uložení cenností). Formát A4.

### **3.1.3 Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)**

Poučení a informovaný souhlas pacienta lékařem o výkonu. Formulář obsahuje indikaci k výkonu, popis výkonu, přípravu k výkonu, rizika výkonu, alternativu, výhody výkonu, nevýhody výkonu, prohlášení lékaře, souhlas pacienta. Vyplňuje lékař (podpis lékaře, razítko lékaře, místo, datum, čas), podpis pacienta/zákonného zástupce. V případě zhoršeného stavu pacienta a neschopnosti podpisu lékař vyplňuje Způsob projevu vůle (souhlasu): kývnutím hlavy, gestem, očima, jinak. Sestra dává identifikační štítek pacienta, razítko oddělení. V případě zhoršeného stavu pacienta a neschopnosti podpisu se sestra podepisuje jako svědek (jméno, příjmení a podpis).

Nejčastější informované souhlasy – centrální žilní katetr, břišní punkce, hrudní punkce, písemný souhlas pacienta/zákonného zástupce s transfuzí, poučení pacienta před kolonoskopickým vyšetřením, poučení pacienta před gastrokopickým vyšetřením, souhlas vyšetřované/ho s genetickým laboratorním vyšetřením. Formát A4.

### **3.1.4 Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací**

Informovaný souhlas a poučení pacienta s hospitalizací lékařem. Vyplňuje lékař (podpis lékaře, razítko lékaře, místo, datum, čas), podpis pacienta/zákonného zástupce. V případě zhoršeného stavu pacienta a neschopnosti podpisu lékař vyplňuje Způsob projevu vůle (souhlasu): kývnutím hlavy, gestem, očima, jinak. Sestra dává identifikační štítek pacienta, razítko oddělení. V případě zhoršeného stavu pacienta a neschopnosti podpisu se sestra podepisuje jako svědek (jméno, příjmení a podpis). Formát A4.

### **3.1.5 Teplotní tabulka**

Teplotní tabulka slouží k zaznamenávání tělesné teploty. Měření tělesné teploty probíhá standardně 3x denně (ráno, poledne a večer), dále dle ordinace

lékařem. K měření tělesné teploty jsou používány digitální teploměry. Ve zdravotnických zařízeních si mohou vnitřním předpisem stanovit, jakou barvou označí normotermii, subfebrilii a febrilii, případně další parametry, jako je časový údaj. Obvykle je teplota od 36,0°C do 36,9°C zapisována modře. Teplota nad 37,0 je zapisována červeně. U teplot nad 37,0°C je vždy zapsán přesný čas. Zápis probíhá formou teplotní křivky. Naměřené hodnoty jsou zaznamenávány do teplotní tabulky v bodech, jejich spojením vznikne grafický záznam, který umožní jednoduchý přehled o naměřených hodnotách. Záznam slouží lékaři pro orientaci ve fyziologických funkcích a upozorňuje ho na patologické stavy v organismu, přesto je této součásti zdravotnické dokumentace tradičně věnována velká pozornost i ze strany sester, které ji vyplňují a naměřené hodnoty hlásí lékaři. Každý list je označen identifikačním štítkem, dále obsahuje číslo listu, rok, datum, razítko oddělení. Formát A4, graficky rozdělený.

### **3.1.6 Žádanky**

Žádanky tvoří specifický okruh dokumentace. Lékař prostřednictvím žádanek žádá o služby laboratoř ve zdravotnickém zařízení nebo jiném specializovaném zařízení. Pravomoc k vyžádání vyšetření má pouze lékař. Formulář je obvykle vyplňován sestrami při plnění ordinací v dekurzu. Každá žádanka je označena identifikačním štítkem pacienta a razítkem oddělení, musí obsahovat datum a čas odběru, jméno lékaře, který náběr ordinoval, razítko a podpis sestry, požadované vyšetření.

#### **Patří sem:**

1. Kvalitativní vyšetření moče a močového sedimentu
2. Laboratorní žádanka – Zdravotnické zařízení č. 1
3. Žádanka o laboratorní vyšetření – Zdravotnické zařízení č. 2
4. Průvodní list – Zdravotnické zařízení č. 3
5. Žádanka o předtransfuzní vyšetření
6. Žádanka o výdej transfuzních přípravků

## 3.2 Ošetrovatelské záznamy

Strukturu pro ošetrovatelskou dokumentaci dávají všechny fáze konceptu ošetrovatelského procesu, který je sérií vzájemně propojených činností, které sestra provádí ve prospěch nemocného. Tyto dokumenty slouží k zachycení vývoje zdravotního stavu pacienta, popisu ošetrovatelského problému, pomáhají stanovit ošetrovatelské diagnózy, zachycují stanovené předpokládané ošetrovatelské činnosti a výkony spolu se záznamem o jejich realizaci a poučení pacienta. Součástí dokumentace je hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a průběžné změny v ošetrovatelském plánu.<sup>26</sup>

### Patří sem:

1. Ošetrovatelská anamnéza
2. Ošetrovatelský záznam
3. Hodnocení ošetrovatelské péče
4. Ošetrovatelská překladová zpráva
5. Plán péče o proleženiny a jiné rány

### 3.2.1 Ošetrovatelská anamnéza

Soubor informací zjištěných sestrou během přijímacího protokolu pacienta.

1. strana – Obsahuje identifikační štítek, razítko oddělení, den přijetí. Sestra vyplňuje a hodnotí stav při přijetí, alergie, vědomí, bolest, tělesnou soběstačnost, pomoc při..., spánek, komunikaci, změny na kůži, výživu, vylučování, handicap, kontakt se sociálním pracovníkem, potřebu duchovních služeb, rodinu, pacient byl seznámen s Domovním řádem a Právy pacienta, pacient byl seznámen s uložením cenností do trezoru, anamnézu odebrala, razítko a sestry, datum a čas sepsání, podpis pacienta.

---

<sup>26</sup> Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

2. strana – Obsahuje škály používané k identifikaci rizik. Jedná se o Bärthelův test základních všedních činností, Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové, Hodnocení rizika pádu a Hodnocení nutričního stavu pacienta.

- Bärthelův test základních všedních činností hodnotí činnosti a jejich provedení. Obsahuje součet bodů, razítko a podpis sestry, datum. Hodnocené činnosti – najedení/napití, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, přesun lůžko-židle, chůze po rovině, chůze po schodech.
- Riziko vzniku dekubitů dle stupnice Nortonové obsahuje součet bodů, razítko a podpis sestry, datum. Hodnocené činnosti – schopnost spolupráce, věk, stav pokožky, každé další onemocnění, fyzický stav, stav vědomí, aktivita, pohyblivost, inkontinence.
- Hodnocení rizika pádu obsahuje součet bodů, razítko a podpis sestry, datum. Hodnocené činnosti – pohyb, vyprazdňování, medikace – rizikové léky, smyslové poruchy, mentální stav, věk.
- Hodnocení nutričního stavu pacienta obsahuje součet bodů, razítko a podpis sestry, datum. Hodnocené činnosti – Ztratil pacient za poslední 3 měsíce váhu, aniž by se o to pokoušel? Trpí pacient onemocněním demence, CA, chronické rány? Jí pacient v současné době málo? Formát A4.

### **3.2.2 Ošetřovatelský záznam**

Slouží k zaznamenání činností, které sestra provedla během denní či noční směny. Obsahuje identifikační štítek, razítko oddělení, číslo listu, rok, datum, den hospitalizace, váhu, výšku, kategorii, dietu, vitální funkce (krevní tlak, puls, tělesnou teplotu), dech/saturace O<sub>2</sub>, glykemie/inzulín (čas), bolest, bilance tekutin, bilance stravy. Zápis probíhá doplňováním naměřených hodnot. Péče o invazivní vstupy, osobní hygiena, pohybová aktivita, výživa, vyprazdňování, péče o dýchací cesty, polohování, jiné, jméno a podpis denní sestry/noční sestry. Zápis probíhá formou čárky u splněné položky. Formát A3, 1. strana.

### **3.2.3 Hodnocení ošetrovatelské péče**

Písemný zápis a popis činností, které sestra provedla během denní a noční směny. Aktuální stav pacienta nebo jeho změnu. Obsahuje identifikační štítek, datum, čas zápisu, jméno a podpis sestry. Formát A3, 2. strana.

### **3.2.4 Ošetrovatelská překládová zpráva**

Ošetrovatelská překládová zpráva slouží jako shrnutí důležitých informací o stavu pacienta při předávání na jiné oddělení nebo do jiného zařízení. Obsahuje identifikační štítek, datum překládky, pacient byl o překládce informován – lékař, sestra, sociální pracovníce, rodina, schopnost sebeobsluhy, úroveň kontaktu, pohyblivost, příjem stavu, dieta, vyprazdňování, převazy, kanyla/cévka/sonda, poslední provedená ordinace, sociální šetření, významný handicap, cennosti, dekubity, předal – datum, název oddělení, razítko a podpis sestry, převzal – datum, název oddělení, razítko a podpis sestry. Originál zůstává na oddělení, kopie je předána spolu s pacientem na jiné oddělení. Formát A4, průpisový papír 2x.

### **3.2.5 Plán péče o proleženiny a jiné rány**

Záznam o péči o proleženiny a jiné rány. Obsahuje identifikační štítek pacienta, datum, čas, razítko a podpis sestry, druh rány, stupeň dekubitu proleženiny, popis rány (velikost v cm, spodina, sekrece, sekret, okolí), ošetření a použité materiály, příští převaz. Formát A4.

## **3.3 Provozní a technické dokumenty**

Slouží obvykle jako doklad pro pojišťovnu o poskytnuté zdravotní péči a dokládají skutečnosti o fungování provozu, ve kterém je péče poskytována.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008, s. 13. ISBN 978-80-247-2763-9.

**Patří sem:**

1. Dodatečné hlášení změn v počtu diet
2. Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta
3. Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy
4. Hlášení o nežádoucí události
5. Hlášení počtu nemocných
6. Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování
7. Identifikační štítky
8. Identifikační náramek na ruku
9. Index ošetřovaných
10. Opiátová kniha
11. Předpis stravy pro oddělení
12. Příkaz ke zdravotnímu transportu
13. Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky)
14. Záznam výkonů
15. Záznam o zvlášť účtovaných léčivých přípravcích a zvláštních položkách
16. Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením

**3.3.1 Dodatečné hlášení změn v počtu diet**

Vyplňuje se během dne v případě změn v přírůstku či úbytku diet. Slouží jako doklad pro stravovací oddělení, kam je v případě změn posílán. Obsahuje razítko oddělení, přírůstky a úbytky ve stavu diet během dne. Formát A5.

**3.3.2 Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta**

Záznam použití injekčního dávkovače, infuzní pumpy, nutriční pumpy, odsávačky, monitoru. Obsahuje název a číslo přístroje, výrobní číslo, evidenční číslo, razítko oddělení, číslo listu, rok, datum, identifikační štítek. Formát A4, zápis probíhá každý den používání přístroje.



### **3.3.3 Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy**

Slouží jako doklad zdravotního personálu o uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy při úmrtí pacienta. Obsahuje identifikační štítek pacienta, datum úmrtí, bydliště (trvalé, přechodné), seznam pozůstalosti, finanční hotovost (Kč, slovy), ceny, informace o pozůstalosti předána dne, osobě, datum, razítko a podpis sestry, datum, razítko a podpis svědka. Formát A4.

### **3.3.4 Hlášení o nežádoucí události**

Slouží jako záznam nežádoucí události způsobené zdravotním personálem, nemocným nebo nemocnému. Identifikační štítek pacienta, jméno přítomné osoby/svědka, datum a čas vzniku nežádoucí události, typ nežádoucí události (pád pacienta, nehody/neočekávaná zranění, dekubit, medikace/i. v. roztoky, transfuze/krevní deriváty, chování osob, technické problémy, ostatní), popis vzniku nežádoucí události, jméno lékaře a čas nahlášení nežádoucí události, kontrola vitálních funkcí, porucha vědomí, provedená opatření (ošetření, doporučení, preventivní opatření), hlášení sepsal/a, hlášení převzal/a. Formát A4.

### **3.3.5 Hlášení počtu nemocných**

Hlášení počtu nemocných k aktuálnímu dni. Slouží jako záznam a doklad o počtu hospitalizovaných pacientů pro pojišťovnu. Ukončuje se vždy na konci dne. Obsahuje datum, razítko oddělení, pohyb nemocných (stav předchozího dne, přijati, převzati z jiných oddělení, propuštění, zemřeli, předání na jiná oddělení, stav hlášeného dne). Formát A5.

### **3.3.6 Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování**

Formulář vyplňovaný při příjmu do zařízení. Dokumentační sestra zaznamenané informace dá do elektronické podoby, kde jsou k dispozici celému zdravotnickému týmu. Obsahuje identifikační štítek, datum přijetí, trvalé bydliště,

přechodné bydliště, jméno, adresu, telefon nejbližších příbuzných, jméno ošetřujícího lékaře, zaměstnavatel, pracovní neschopnost. Rodinný stav (nezjištěno, svobodný, ženatý/ vdaná, rozvedený/á, rozvedený/á, ovdovělý/á, druh, družka), zaměstnání (nepracující/dítě, vedoucí a řídicí pracovník, vědecký pracovník, technický/zdravotnický/pedagogický pracovník, nižší administrativní pracovník, provozní pracovník ve službách, kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník, řemeslník a kvalifikovaný dělník, obsluha strojů a zařízení, pomocný a nekvalifikovaný pracovník), přijetí doporučil (narození v nemocnici, praktický lékař, jiný ošetřující lékař, lékař LSPP, lékař RZP, jiné zařízení, jiné oddělení, bez doporučení, sociální pracovník). Formát A5.

### **3.3.7 Identifikační štítky**

Identifikační štítek se používá na polepení a označení všech dokumentů, žádanek a náběrů biologického materiálu pacienta. Slouží pro přesnou identifikaci pacienta. Zabraňuje záměně s jiným pacientem. Obsahuje celé jméno pacienta, celé rodné číslo, diagnózu, číslo pojišťovny, oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Formát listu A4 na lepícím papíru, rozdělený na jednotlivé štítky o rozměru 2 cm x 5 cm. Tiskne se při příjmu, dále dle potřeby.

### **3.3.8 Identifikační náramek na ruku**

Identifikační náramek slouží k přesné identifikaci pacienta a zabraňuje záměně a poškození pacienta. Obsahuje celé jméno pacienta a celé datum narození.

### **3.3.9 Index ošetřovaných**

Záznam pacientů, kteří navštíví interní ambulanci, jsou hospitalizováni na interním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče. Slouží pro přehled pohybu pacientů na interní ambulanci a oddělení. Obsahuje jméno a příjmení pacienta, rodné číslo, datum přijetí, diagnózu, jméno ošetřujícího lékaře. Zkratku A (ambulantně ošetřený pacient) nebo I (pacient hospitalizovaný na interním

oddělení), JIP (pacient hospitalizovaný na jednotce intenzivní péče). Formát A4, kniha pevná vazba.

### **3.3.10 Opiátová kniha**

Oficiálně se nazývá „Záznam o spotřebě omamných látek“ a je vyžadována vyhláškou č. 123/2006 Sb. Slouží k evidování pohybu návykových látek. Za správné skladování a množství centrální zásoby návykových látek na pracovišti odpovídá pověřený lékař a vrchní sestra. Návykové látky jsou citlivá komodita, a tak by se k nim mělo přistupovat. Vedení záznamů je samozřejmost a také je to vyžadováno zákonem č. 273/2013 Sb. kdy horní hranice pokuty je 1 milion korun.<sup>28</sup>

Obsahuje název omamné látky (druh, síla a velikost, Dolsin 50mg, Morphin 1ml, Fentanyl), datum příjmu nebo výdeje, číslo chorobopisu nebo rodné číslo, při příjmu dodavatel, při výdeji nemocný, použil lékař nebo sestra, příjem, výdej, stav kusů ampulek, tablet apod. Formát A4.

### **3.3.11 Předpis stravy pro oddělení**

Obsahuje datum, razítko oddělení, celkový součet diet, jednotlivé kategorie diet a jejich počet. Formát A5.

### **3.3.12 Příkaz ke zdravotnímu transportu**

Příkaz ke zdravotnímu transportu se předává spolu s pacientem rychlé záchranné službě nebo přepravní službě. Vyplňuje se v PC, poté se tiskne do formuláře. Obsahuje jméno a příjmení pacienta, číslo pojištěnce, základní diagnózu, důvod k transportu, odkud (adresa nemocnice), kam (adresa zdravotního zařízení, adresa pacienta), nejbližší SZZ (adresa zdravotního zařízení). Vyplňuje se v případě, že je pacient transportován za účelem vyšetření

---

<sup>28</sup> Zákon č. 273/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2013. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <http://www.jinova.cz/trezory-pro-lekarny-na-opiaty-a-leky>

s následným návratem zpět na oddělení. Tiskne se dvakrát – na cestu do zdravotního zařízení a na cestu zpět na oddělení), pokyny pro posádku, důvod k transportu, důvod doprovodu, datum, razítko a podpis lékaře. Letecká přeprava (pokud je pacient transportován letecky), schválil, datum, razítko, podpis. Formát A5.

### **3.3.13 Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky)**

Slouží jako záznam vnesení návykových látek pacientem na oddělení. Nejčastěji to bývají analgetické náplasti, které pacient užíval doma. Obsahuje identifikační štítek pacienta, razítko oddělení, číslo chorobopisu, převzetí návykové látky (datum, název, forma, síla NL, množství NL, převzala, svědek), podání návykové látky (datum a čas, název, forma, síla, množství NL, podpis sestry), vrácení návykové látky (název, forma, síla, množství, datum, převzala, předala, svědek, číslo OP). Formát A4.

### **3.3.14 Záznam výkonů**

Záznam výkonů vykazovaných pro pojišťovnu. Obsahuje identifikační štítek pacienta, číslo listu, rok, razítko oddělení, každý den aktuální datum hospitalizace, kategorii pacienta, příjmové kódy (11021, 00880), kódy vybraných výkonů – sternální punkce, hrudní punkce, břišní punkce, kardiopulmonální resuscitace, centrální žilní katetr, transfuzní prostředky (jednotný kód pro všechny transfuzní prostředky). Formát A4. Záznam o zvlášť účtovaných léčivých přípravcích a zvláštních položkách.

Záznam transfuzních prostředků vykazovaných pro pojišťovnu (ery masa, mražená plasma, erytrocyty de leukocytované, plná krev). Obsahuje identifikační štítek pacienta, datum, kód, množství.

### **3.3.15 Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením**

Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením se seznámením o finanční úhradě v den propuštění. Žadatel stvrzuje souhlas s cenou za den pobytu. Obsahuje identifikační štítek pacienta, název oddělení, bydliště, telefon, datum přijetí, prohlášení o seznámení, cena za den, datum, podpis žadatele. Formát A4.

## **3.4 Účast sestry na vedení zdravotnické dokumentace**

Dokumentace je důležitá z hlediska zachování kontinuity péče. Propojením všech částí dokumentace je usnadněna výměna informací a zajištěn hladký průběh péče. Sestry se vždy účastnily na dokumentování a vyplňování diagnosticko-terapeutických formulářů formou odškrtnutí nebo razítkování, např. splnění ordinace lékaře, potvrzení přípravy a aplikace léků, potvrzení aplikace opiátů. Vždy také vedly provozní záznamy, např. o použitých přístrojích, záznamy vykazované pro pojišťovny. Jejich nechuť k dokumentaci byla způsobena především vlastní ošetřovatelskou dokumentací, díky které mají mnohdy pocit, že tráví více času zapisováním záznamů než reálnou péčí poskytnutou pacientovi.

## 4 CÍLE PRÁCE

Jak je uvedeno v teoretické části, sestry během směny vyplňují velké množství dokumentace. Často zdůrazňují, že kvůli dokumentaci nemají čas na pacienta. K tomu, aby si práci zjednodušily a zrychlily, používají dokumentaci neoficiální. Dále během směny provádí zápisy, které nejsou zaznamenány v dokumentaci, ale jsou nezbytnou součástí v komplexní péči o pacienta. Cílem etnografického výzkumu bylo porozumět činnostem a důvodům, které sestry vedou k těmto zápisům.

V realizovaném výzkumu byly stanoveny tyto otázky:

1. Které činnosti sestry dokumentují?
2. Jakou formou probíhá zápis? Má charakter oficiální či neoficiální?
3. Kolik času sestra věnuje zapisování?

## **5 METODIKA A ORGANIZACE PRŮZKUMU**

Existuje jenom minimum české odborné literatury, která se zabývá sledováním dokumentování činnosti sester a množstvím provedených zápisů, které musí sestra během jedné směny provést. Z toho hlediska se jedná o pilotní šetření. Klíčovou metodou terénního výzkumu bylo zúčastněné pozorování. Snahou pozorovatele bylo sledovat každodenní práci sester v normálním průběhu směny. Cílem etnografického výzkumu bylo porozumět činnostem a důvodům, které sestry vedou k těmto zápisům.

### **5.1 Charakteristika metody průzkumu**

K záznamu činností byl vytvořen záznamový arch rozepsaný po minutách, kam byl prováděn zápis jednotlivých činností, které sestra dokumentovala s časovým údajem, kdy se tak stalo.

### **5.2 Realizace sběru empirických dat**

Realizace pozorování probíhala na interním oddělení v rozsahu 72 hodin. Pozorování proběhla během 2 dvanáctihodinových směn ve všední den, 2 denních směn o víkendu a 2 nočních směn ve všední den. Bylo osloveno 7 sester na interním oddělení, které byly během směny pozorovány, a v případě nejasností vysvětlily a objasnily získané informace. Provedené činnosti byly během směny zapisovány do předem připraveného archu rozděleného po minutách. Po ukončení pozorování byly získané informace ihned přepsány do podoby použitelné pro počítačové zpracování údajů.

### **5.3 Charakteristika oddělení**

Interní oddělení zdravotnického zařízení poskytuje ambulantní i lůžkovou péči v širokém rozsahu oboru vnitřního lékařství. Zajišťuje péči o nemocné

s chorobami z oblasti kardiologie, diabetologie a metabolických poruch, nefrologie a pneumologie. Spolupracuje s ambulantními specialisty z okolí, kteří zajišťují péči a poradenství v oblasti urologie, gynekologie, ORL, ortopedie, neurologie a psychiatrie. Pod interní oddělení spadá interní ambulance s poradnou v oblasti endokrinologie a kardiologie. Oddělení má dvou- a třílůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením a jsou vybavené moderními, elektricky polohovatelnými lůžky pro pacienty.

### **5.3.1 Personální zajištění**

Pod odborným vedením primáře působí na oddělení tým pěti lékařů. O pacienty se stará tým osmi sester a tří ošetrovatelek. Sestry pracují ve dvanáctihodinových směnách. Denní směna začíná v 6.30 a končí v 18.30. Na denní směně jsou dvě sestry, jedna ošetrovatelka, jeden sanitář a ve všední dny staniční sestra a příjmová sestra. Noční směna začíná v 18.30 a končí v 6.30. Službu mají dvě sestry a sanitář, který zajišťuje pomoc na Mezioborové JIP a na Oddělení následné péče.

### **5.3.2 Rozdělení práce**

**Lékaři** vždy reagují na aktuální zdravotní stav pacienta. V případě stabilizace zdravotního stavu probíhá kontrola pacienta lékařem formou vizity, která se uskutečňuje třikrát denně každý den. Dopoledne a při odchodu ze směny provádí vizitu lékař pouze u svých pacientů, odpoledne provádí vizitu službu konající lékař na celém oddělení. Velké primářské vizity si účastní všichni lékaři oddělení spolu se staniční sestrou, která si dělá u jednotlivých pacientů poznámky. Velká vizita probíhá dvakrát týdně v pondělí a ve čtvrtek.

**Sestry** provádí sesterskou a ošetrovatelskou práci, mezi kterou patří zpracování a zápis do ošetrovatelské dokumentace, plnění ordinací lékaře, převazy, odběr biologického materiálu, dohled nad příjmem a výdejem tekutin, kontrola stavu pokožky, polohování, měření fyziologických funkcí, předcházení nežádoucích situací – pád, poranění pacienta. Vše probíhá pod dohledem staniční sestry.



**Ošetřovatelky** pod dohledem sester zajišťují ošetrovatelskou péči. Provádějí hygienu pacientů, roznášení jídla, zajišťují pomoc při stravování, úklid a dezinfekci povrchů.

**Sanitáři** pomáhají ošetřovatelkám s hygienickou péčí pacientů, zajišťují manipulaci s prádlem, rozvoz a odvoz jídla, čajů, doprovod pacientů na vyšetření.

### **5.3.3 Harmonogram práce**

Činnosti na oddělení probíhají podle harmonogramu, který je pouze rámcový. V případě náhlého zhoršení stavu pacienta může dojít k časovému posunu některé činnosti.

#### **5.3.3.1 Denní směna**

- 6.30 Převzetí služby od noční směny ústní a písemné, převzetí opiátů.
- 6.45 Ranní toaleta nemocných, převlékání a úprava lůžek dle potřeby. Polohování ležících nemocných. Vysazování pacientů do křesel. Bandáže DK, kontroly PK, periferních žilních katetrů, sond. Výměna močových lahví. Dezinfekce a úklid pomůcek k ranní hygieně.
- 7.00 Podávání léků per os, monitorace EKG křivek, měření TK, P, saturace
- 7.45 Aplikace inzulínů. Příprava a aplikace injekcí a infuzí s výměnou setů.
- 7.50 Podávání snídaně, krmení ležících nemocných. Péče o pacienty s NGS sondou a PEG – podávání výživy. Kontrola příjmu tekutin.
- 8.30 Inhalace.
- 9.00 Příprava pokojů a nemocných na vizitu. Vizita lékaře – zpracování a plnění ordinací. Převazy, péče o pokožku. Dekontaminace nástrojů po provedených převazech. Polohování a 2 hodiny – záznam do dokumentace. Záznam do ošetrovatelské dokumentace. Spolupráce s RHB pracovníci. Propuštění pacientů, překlady, příjmy na oddělení, konzilia odborných lékařů.
- 10.30 Odběr krve na glykemie.
- 11.20 Aplikace inzulínů.

- 11.30 Příprava a podávání léků per os, podávání časovaných ATB a infuzních roztoků, měření TK, P, saturace, plnění poledních ordinací lékaře.
- 11.35 Příprava pacientů k obědu, dohled při rozdávání jídla, krmení ležících pacientů. Péče o pacienty s NGS sondou a PEG. Kontrola příjmu tekutin.
- 13.00 Dohled nad převlékáním, polohováním pacientů, měření tělesné teploty
- 14.00 Podávání časovaných ATB, infuzních roztoků, léků, inhalace. Rozdělení a zakládání laboratorních výsledků.
- 14.30 Rozdávání odpolední svačiny, krmení ležících nemocných.
- 15.40 Odběr krve na glykemie. Aplikace inzulínu, příprava a rozdávání večerních léků.
- 16.35 Příprava pacientů k večeři, podávání večeří, krmení ležících pacientů. Péče o pacienty s NGS sondou a PEG. Kontrola příjmu tekutin.
- 17.30 Večerní stlaní lůžek, výměna plen u inkontinentních pacientů, péče o pokožku, polohování, zápis P+V tekutin.
- 18.00 Aplikace ATB, i.m. a i.v. injekcí, infuzí, monitorace křivek EKG, měření TK, P, saturace, plnění večerních ordinací lékaře. Zápis do sesterské dokumentace. Zápis do hlášení.
- 18.30 Předávání služby, kontrola a předání opiátů.

### **5.3.3.2 Noční směna**

- 18.30 Převzetí služby od noční směny ústní a písemné, převzetí opiátů.
- 19.00 Kontrola a příprava zkumavek na krevní náběry a biologický materiál na následující den. Doplnění zdravotnického materiálu, tiskopisů. Příprava materiálu ke sterilizaci.
- 21.00 Kontrola pokojů, večerní stlaní, polohování nemocných, uložení pacientů ke spánku, ukončení P + V tekutin, aplikace ATB – léků per os, injekcí, aplikace inzulínu, léků na spaní, zajištění klidu na oddělení, zhasnutí světel na pokojích – noční klid. Zápis bilance tekutin do dokumentace.
- 22.00 Úklid místnosti sester a vyšetřoven. Úklid a dezinfekce skříní.

- 24,00 Ukončení stavu pacientů za daný den, sepsání diet do jídelního lístku. Kontrola pacientů, polohování imobilních pacientů, výměna plen u inkontinentních pacientů.
- 01.00 Zpracování chorobopisu a sesterské dokumentace.
- 02.00 Kontrola pacientů na pokojích.
- 05.00 Kontrola pacientů na pokojích, měření fyziologických funkcí. Provedení odběru na laboratorní vyšetření, jeho rozdělení a odeslání do laboratoře. Aplikace ATB, i.m., i.v. injekcí, kontrola PŽK a PMK.
- 6.00 Zápis do hlášení sester, zápis fyziologických funkcí do dokumentace pacientů.
- 6.30 Předání služby, předání a kontrola opiátů.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této kapitole jsou shrnuta data z etnografického pozorování a data získaná analýzou dat. Na základě opakovaného pročitání získaných dat byl hledán algoritmus pro identifikování okruhů dokumentované činnosti sester a následně byly stanoveny okruhy, které se nejčastěji objevovaly v zápisech.

### Stanovené okruhy:

1. Oficiální diagnosticko-terapeutické dokumenty
2. Ošetřovatelské záznamy
3. Provozní a technické dokumenty
4. Neoficiální ošetřovatelské záznamy
5. Další záznamy popisování

Formuláře Oficiální diagnosticko-terapeutické, Ošetřovatelské záznamy a Provozní a technické dokumenty jsou blíže popsány v teoretické části. Empirická část je zaměřena na formu zápisu, doplněná příklady a s naměřenou dobou trvání zápisu.

V rámci ochrany osobních údajů byla pro příklad zápisu vymyšlena imaginární jména:

**Pacient** (jméno a příjmení): **Petr Potřebný**

**Sestry** (jméno a příjmení): **Jana Empatická, Simona Vnímavá, Lucie Pracovitá**

**Lékař** (jméno a příjmení): **Tomáš Skvělý**

### 6.1 Oficiální diagnosticko-terapeutické dokumenty

Při příjmu do zdravotnického zařízení je vždy zakládána dokumentace, která je následně vedena celým zdravotnickým týmem po celou dobu léčby, přesně jak ukládá legislativa. Tyto dokumenty zachycují vývoj zdravotního stavu

pacienta a následnou reakci zdravotnického personálu.<sup>29</sup> V případě soudních sporů slouží jako důkazní materiál o postupu lege artis.<sup>30</sup> Proto se řídí heslem: „Co není psáno, není uděláno.“<sup>31</sup>

**Patří sem:**

1. Dekurz
2. Edukační záznam
3. Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)
4. Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací.
5. Teplotní tabulka
6. Žádanky

### **6.1.1 Dekurz**

Nejdůležitějším komunikačním formulářem je dekurz. Slouží pro lékaře i sestry, je platný 24 hodin. Obsahuje ordinace lékaře, které sestra plní po vizitě lékaře a při aktuálních požadavcích lékaře při reakci na aktuální stav pacienta. Zápis do dekurzu provádí i sestra v případě zhoršení stavu pacienta nebo v případě zachycení kritických hodnot fyziologického vyšetření a klinického vyšetření. Nepsaným pravidlem mezi týmem lékařů a sester je zvýraznění formátu písmen při změně ordinací. Přesto sestry aktuální list kontrolují s listem z předchozího dne. Zpracování vizity probíhá formou odškrtnutí ordinací. Odškrtnutím dává sestra najevo, že vzala danou ordinaci na vědomí. Označení léků a infuzí je blíže popsáno v kapitole Zásady bezpečného podání léčiva, str. 50. (Příloha č. 2)

**Mezi zápisy prováděné do dekurzu patří:**

1. Odškrtnutí léků
2. Zápis naměřených hodnot
3. Popis zdravotního stavu pacienta

---

<sup>29</sup> PODSTATOVÁ, R. *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi*. Prezentace na konferenci Inmed 2014. [online]. 19.–20. 11. 2014. Dostupné z: [http://www.inmed.eu/archive/2014\\_after/prednasky/2014/1\\_5.pdf](http://www.inmed.eu/archive/2014_after/prednasky/2014/1_5.pdf)

<sup>30</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 19–20, s. 155. ISBN 978-80-247-235.

<sup>31</sup> KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A až do Z*. Praha: Grada, 2002, s. 13. ISBN 80-247-0278-9.

4. Zápis provedeného léčebného a diagnostického výkonu
5. Zápis aplikace léku

**Příklad:**

**1. Odškrtování léků**

V případě naordinovaných léků per os probíhá zápis standardně, v uvedenou dobu, formou odškrtnutí podaného léku. Sestra odškrtvává léky těsně před podáním pacientovi. Pokud lék nebyl podán, označí ordinaci červeným kroužkem.

**Čas při rozdávání a odškrtování léků u jednoho chorobopisu:** 1 minuta a 25 vteřin

Plasmalyte s GE 500ml + Almiral 1amp. Na 4 hod. 10–14. Odškrtnutí ordinace lékaře. Jana Empatická – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 5 vteřin

**2. Zápis naměřených laboratorních hodnot**

Zápis výsledků glykemie se provádí večer. Sestra rozepíše zkratky R, P, V a k nim zapíše příslušné hodnoty.

R – 5,6 mmol/l

P – 12,2 mmol/l

V – 7,0 mmol/l

**Doba trvání jednoho zápisu:** 4 vteřiny

**3. Popis zdravotního stavu pacienta**

V případě zhoršení stavu pacienta je proveden aktuální zápis. Datum je součástí aktuálního dekurzu vytisknutého na příslušný den. Zápis obsahuje čas, razítko, podpis, popis zdravotního stavu. Je-li přítomen lékař, který učiní zápis a napíše ordinace, sestra potvrdí jejich splnění odškrtnutím, dále uvede razítko a podpis.

**Zápis lékaře:** 22.05 Nauzea a zvracení. **Subj.** Náhle nevolnost a zvracení. **Obj.** TK: 120/ 80, P: 86, při vědomí, orientovaný, bez cyanózy, afebrilní, dýchání čisté, AS pravidelná, peristaltika +, břicho nebolestivé, DK bez otoků. **Ordinace:** Torecan 8 ml i.v. nyní bolus, Omeprazol 40 mg i.v do 100ml FR1/1 na 30 minut podat nyní. MUDr. Tomáš Skvělý – razítko a podpis lékaře.

**Zápis sestry:** Odškrtnutí ordinace lékaře. Jana Empatická – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 14 vteřin

#### **4. Zápis provedeného léčebného a diagnostického výkonu:**

**Zápis lékař:** 15:45 Provedena hrudní punkce. Odsáto 1 500 ml čiré tekutiny.

Podat Codein 15 mg 1 tbl. nyní, RTG hrudníku v 17:00. MUDr. Tomáš Skvělý – razítko a podpis lékaře.

**Zápis sestra:** 15:45 Hrudní punkce. Množství: 1 500 ml. Specifická váha: 1 013. Odškrtnutí ordinace lékaře. Jana Empatická – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 24 vteřin

#### **5. Zápis aplikace léku**

**Zápis sestra:** 15:35 Morphin 1 ml s. c. Jana Empatická – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 23 vteřin

### **6.1.2 Edukační záznam**

Edukační záznam je společný pro sestry i lékaře. Sestra provádí zápis formou vyplnění kolonek datum, edukant, metoda, téma, reakce, podpis edukátora, podpis edukanta. Jednotlivé položky ve formuláři jsou označeny čísly a písmeny, které sestra při edukaci napíše. (Příloha č. 3)

**Příklad:** 22/4.2018, Edukant: I, Metoda: A, B, Téma: 1, 15, Reakce: a, b, Podpis edukátora: Jana Empatická – razítko a podpis sestry, Podpis edukanta: Petr Potřebný

**Doba trvání zápisu i s podpisem edukovaného pacienta:** 1 minuta a 21 vteřin

### **6.1.3 Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)**

Poučení a informovaný souhlas pacienta lékařem o výkonu. Sestra dává identifikační štítek pacienta, razítko oddělení. V případě zhoršeného stavu pacienta a neschopnosti podpisu se sestra podepisuje jako svědek (jméno, příjmení a podpis).

**Doba trvání zápisu:** 25 vteřin

### **6.1.4 Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací.**

Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací lékařem. Sestra dává identifikační štítek pacienta, razítko oddělení. V případě zhoršeného stavu pacienta a neschopnosti podpisu se sestra podepisuje jako svědek (jméno, příjmení a podpis). (Příloha č. 4)

**Doba trvání zápisu:** 27 vteřin

### **6.1.5 Teplotní tabulka**

Teplotní tabulka slouží k zaznamenávání tělesné teploty. Měření tělesné teploty probíhá standardně 3x denně (ráno, poledne a večer), dále dle ordinace lékařem. Je nedílnou součástí dokumentace, kterou sestry bedlivě sledují a pravidelně kontrolují, protože je informuje o zdravotním stavu pacienta v případě zlepšení nebo zhoršení. (Příloha č. 5)

**Doba trvání zápisu:** 19 vteřin

### **6.1.6 Žádanky**

Žádanky tvoří specifický okruh dokumentace. Lékař prostřednictvím žádanek žádá o služby laboratoř ve zdravotnickém zařízení nebo jiném specializovaném zařízení. Pravomoc k vyžádání vyšetření má pouze lékař. Formulář je obvykle vyplňován sestrami při plnění ordinací v dekurzu.

**Patří sem:**

1. Kvalitativní vyšetření moče a močového sedimentu
2. Laboratorní žádanka – Zdravotnické zařízení č. 1
3. Žádanka o laboratorní vyšetření – Zdravotnické zařízení č. 2
4. Průvodní list – Zdravotnické zařízení č. 3
5. Žádanka o předtransfuzní vyšetření
6. Žádanka o výdej transfuzních přípravků



#### **6.1.6.1 Kvalitativní vyšetření moče a močového sedimentu**

Obsahuje pouze identifikační štítek pacienta. (Příloha č. 6)

#### **6.1.6.2 Laboratorní žádanka – Zdravotnické zařízení č. 1**

Identifikační štítek pacienta, datum a čas odběru, razítko oddělení, jméno lékaře, který náběr ordinoval, razítko a podpis sestry, požadované vyšetření. (Příloha č. 7a)

#### **6.1.6.3 Žádanka o laboratorní vyšetření – Zdravotnické zařízení č. 2**

Identifikační štítek pacienta, datum a čas odběru, razítko oddělení, jméno lékaře, který náběr ordinoval, razítko a podpis sestry, požadované vyšetření. (Příloha č. 7b)

#### **6.1.6.4 Průvodní list – Zdravotnické zařízení č. 3**

Identifikační štítek pacienta, datum a čas odběru, razítko oddělení, jméno lékaře, který náběr ordinoval, razítko a podpis sestry, požadované vyšetření. (Příloha č. 7c)

#### **6.1.6.5 Žádanka o předtransfuzní vyšetření**

Identifikační štítek pacienta, datum a čas odběru, razítko oddělení, jméno lékaře, který náběr ordinoval, razítko a podpis sestry, požadované vyšetření (krevní skupina, Rh faktor, zkouška kompatibility, vyšetření nepravidelných látek), celkové množství požadovaných transfuzních přípravků. (Příloha č. 8)

#### **6.1.6.6 Žádanka o výdej transfuzních přípravků**

Identifikační štítek pacienta, razítko oddělení. (Příloha č. 8)

## 6.2 Ošetřovatelské záznamy

### 6.2.1 Ošetřovatelská anamnéza

Soubor informací zjištěných sestrou během přijímacího protokolu pacienta. Obsahuje škály používané k identifikaci rizik. (Příloha č. 9)

**Doba trvání zápisu:** 4 minuty a 55 vteřin

### 6.2.2 Ošetřovatelský záznam

Slouží k zaznamenání činností, které sestra provedla během denní či noční směny. Provedené činnosti jsou zaznamenány formou čárky. (Příloha č. 10)

**Doba trvání zápisu:** 1 minuta a 5 vteřin

### 6.2.3 Hodnocení ošetřovatelské péče

Formulář je označen identifikačním štítkem. Zápis obsahuje datum, čas zápisu, jméno a podpis sestry. (Příloha č. 11)

**Příklad:**

#### 1. Zápis při příjmu

Petr Potřebný - Identifikační štítek, 22.4 v 22.32. Pacient přijat pro dušnost a zhoršení zdravotního stavu, IVK zavedena RZP, G 20 PHK, aplikace O<sub>2</sub> 2l/1 minutu. Mírná dopomoc u lůžka. WC lahev u lůžka, spolupracuje, dušný. Ordinance splněny dle lékaře. Simona Vnímavá – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 1 minuta a 46 vteřin

#### 2. Zápis během hospitalizace

Petr Potřebný – Identifikační štítek, 27/4 v 11.29, Ordinance splněny dle lékaře, mírná dopomoc u lůžka, nyní se cítí dobře, potíže neudává. Aplikace O<sub>2</sub> 2l/1 minutu. ATB dle rozpisu. Jana Empatická – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 49 vteřin

## 6.2.4 Ošetřovatelská překladová zpráva

Ošetřovatelská překladová zpráva slouží jako shrnutí důležitých informací o stavu pacienta při předávání na jiné oddělení nebo do jiného zařízení. Sestra při vyplňování příslušné položky vyplňuje křížkem nebo doplňuje slovně. (Příloha č. 12)

### Příklad:

**Identifikační štítek:** Petr Potřebný, **datum překladu:** 24/4.2018. **Pacient byl o překladu informován – lékař, sestra:** ano; **Schopnost sebeobsluhy:** s pomocí; **Úroveň kontaktu:** dobrá; **Pohyblivost:** s pomocí; **Příjem potravy:** s pomocí; **Dieta:** 9; **Vyprazdňování:** inkontinentní; **PK zaveden dne:** 16/4.2018; stolice dne: 23/4.2018; **Převazy:** 24/4.2018, Betadine ung, mastný tyl, sterilní krytí; **Kanyla:** 22/4.2018; **Poslední provedená ordinace:** podány ranní léky, viz lékařská zpráva, Augmentin 1,2 gr. 6 – 14 – 22 i. v., Clexane 0,6 ml 0 – 0 – 1 v 18:00; **Sociální šetření:** ne; **Cennosti:** 1x brýle, osobní věci, osobní doklady, 345 Kč; **Dekubity:** III. poškození kůže; **Obrázek:** zbarvení poškozeného místa na obrázku. **PŘEDAL: Datum:** 24/4.2018; **Název oddělení:** razítko oddělení; **Podpis sestry:** Jana Empatická – razítko a podpis sestry; **PŘEVZAL: Název oddělení:** razítko oddělení; **Podpis sestry:** Lucie Pracovitá – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 3 minuty a 29 vteřin

## 6.2.5 Plán péče o proleženiny a jiné rány

Záznam o péči o proleženiny a jiné rány. (Příloha č. 13)

### Příklad:

**Identifikační štítek:** Petr Potřebný, **číslo listu:** 1., **Datum a čas:** 24/4 v 14:05, **číslo rány:** A, **stupeň dekubitu:** IV., **POPIS RÁNY: oblast:** sacrum, **1. velikost v cm:** délka – 4 cm, šířka – 5 cm, hloubka – 0,5 cm; **2. spodina:** žlutá nekróza, **3. sekrece:** střední, **4. sekret:** serózní, zápachající, **5. okolí:** zarudlé. **OŠETŘENÍ A POUŽITÉ MATERIÁLY:** toaleta rány, mechanický debridement, obklad

s Prontosanem, Flaminal Hydro + Mastný tyl, promazání okolí Zinkovou mastí, sekundární krytí. **Další převaz:** 25/4., Jana Empatická – razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 1 minuta a 19 vteřin

### 6.3 Provozní a technické dokumenty

Dokládají poskytnutou zdravotní péči a skutečnosti o fungování provozu. Jsou důležitou součástí zdravotnické dokumentace a pomáhají zachovat kontinuitu péče.<sup>32</sup>

#### Patří sem:

1. Dodatečné hlášení změn v počtu diet
2. Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta
3. Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy
4. Hlášení o nežádoucí události
5. Hlášení počtu nemocných
6. Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování
7. Identifikační štítky
8. Identifikační náramek na ruku
9. Index ošetřovaných
10. Opiátová kniha
11. Předpis stravy pro oddělení
12. Příkaz ke zdravotnímu transportu
13. Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky)
14. Záznam výkonů
15. Záznam o zvlášť účtovaných léčivých přípravcích a zvláštních položkách
16. Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením

---

<sup>32</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008, s. 13. ISBN 978-80-247-2763-9.

### **6.3.1 Dodatečné hlášení změn v počtu diet**

Vyplňuje se během dne v případě změn v přírůstku či úbytku diet. Slouží jako doklad pro stravovací oddělení, kam je v případě změn posílán. (Příloha č. 14)

#### **Příklad:**

**Razítko zdravotnického zařízení:** razítko oddělení; **Přírůstky:** Péči Potřebující,

**Dieta:** 9, **Úbytky:** 0, **Vyhotovil:** Jana Empatická- razítko a podpis sestry.

**Doba trvání zápisu:** 14 vteřin

### **6.3.2 Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta**

Záznam použití injekčního dávkovače, infuzní pumpy, nutriční pumpy, odsávačky, monitoru. Zápis probíhá každý den. (Příloha č. 15)

#### **Příklad:**

**Identifikační štítek:** Petr Potřebný, **číslo listu:** 1., **Datum a čas:** 24/4; **Infuzní dávkovač Argus:** čárka

**Doba trvání zápisu:** 11 vteřin

### **6.3.3 Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy**

Slouží jako doklad uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy při úmrtí pacienta zdravotním personálem. (Příloha č. 16)

**Doba trvání zápisu:** 1 minuta a 59 vteřin

### **6.3.4 Hlášení o nežádoucí události**

Identifikační štítek pacienta, jméno přítomné osoby/svědka, datum a čas vzniku nežádoucí události, typ nežádoucí události (pád pacienta, nehody/neočekávaná zranění, dekubit, medikace/i. v. roztoky, transfuze/krevní deriváty, chování osob, technické problémy, ostatní), popis vzniku nežádoucí

události, jméno lékaře a čas nahlášení nežádoucí události, kontrola vitálních funkcí, porucha vědomí, provedená opatření (ošetření, doporučení, preventivní opatření), hlášení sepsal/a, hlášení převzal/a. (Příloha č. 17)

**Příklad:**

**Identifikační štítek:** Petr Potřebný, **Jméno přítomné osoby/ svědka:** Jana Empatická – razítko a podpis sestry, Lucie Pracovitá - razítko a podpis sestry, **Datum a čas vzniku nežádoucí události:** 24/4.2018 v 8:45. **Typ nežádoucí události:** Pád pacienta bez zranění, **Popis vzniku nežádoucí události:** V 8:45 nalezen pacient p. Potřebný zdravotnickým personálem na zemi vedle lůžka. Pacient udává, že chtěl jít na toaletu a podklouzla mu noha a on upadl. Při vědomí, orientovaný, spolupracuje. Viditelné drobné nekrvácející pohmožděniny v oblasti obou kolen, pravé paže a pravého boku. Stěžuje si na bolest v oblasti pravého boku. Lékař přítomen. **Kontrola vitálních funkcí: krevní tlak** – 125/80, **puls** – 75, **porucha vědomí** – ne. **Jméno lékaře a čas nahlášení nežádoucí události:** MUDr. Tomáš Skvělý – razítko a podpis lékaře. **Provedená opatření:** Pacient poučen, aby nyní zachoval klidový režim. Signalizační zařízení dáno na dosah ruky, WC křeslo dáno k lůžku. Ordinace splněny dle lékaře. Kontrola fyziologických funkcí. **Hlášení sepsala:** Lucie Pracovitá – razítko a podpis sestry. **Doba trvání zápisu:** 1 minuta a 59 vteřin

### 6.3.5 Hlášení počtu nemocných

Hlášení počtu nemocných k aktuálnímu dni. Slouží jako záznam a doklad o počtu hospitalizovaných pacientů pro pojišťovnu. Ukončuje se vždy na konci dne. (Příloha č. 18)

**Doba trvání zápisu:** 29 vteřin

### **6.3.6 Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování**

Formulář vyplňovaný při příjmu do zařízení. Dokumentační sestra zaznamenané informace dá do elektronické podoby, kde jsou k dispozici celému zdravotnickému týmu. (Příloha č. 19)

**Doba trvání zápisu:** 29 vteřin

### **6.3.7 Identifikační štítky**

Identifikační štítek se používá na polepení a označení všech dokumentů, žádanek a náběrů biologického materiálu pacienta. Slouží pro přesnou identifikaci pacienta. Zabraňuje záměně s jiným pacientem.

**Příklad:**

Petr Potřebný, 123456/0333, 111, Dg.: I481, Odd:IL

**Doba trvání zadání do PC a vytisknutí:** 27 vteřin

### **6.3.8 Identifikační náramek na ruku**

Identifikační náramek slouží k přesné identifikaci pacienta a zabraňuje záměně a poškození pacienta. (Příloha č. 20)

**Příklad:**

Petr Potřebný, 11. 11. 1234

**Doba trvání zápisu:** 9 vteřin

### **6.3.9 Index ošetřovaných**

Záznam pacientů, kteří navštíví interní ambulanci, jsou hospitalizováni na interním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče. Slouží pro přehled pohybu pacientů na interní ambulanci a oddělení. (Příloha č. 21)

**Příklad:**

Petr Potřebný, 123456/0333, 22/4, dušnost, Dr. Skvělý, I

**Doba trvání zápisu:** 14 vteřin

### **6.3.10 Opiátová kniha**

Každý zápis obsahuje název aplikované látky, datum, číslo chorobopisu, jméno pacienta, podpis aplikující sestry, počet vydaných ampulí, zůstatek ampulí.

**Příklad:**

Morphin 1 ml, 22/4.18, 2226, Petr Potřebný, Empatická, 1 amp., 23 amp.

**Doba trvání zápisu:** 27 vteřin

### **6.3.11 Předpis stravy pro oddělení**

Obsahuje datum, razítko oddělení, celkový součet diet, jednotlivé kategorie diet a jejich počet. (Příloha č. 22)

**Doba trvání zápisu:** 1 minuta a 24 vteřin

### **6.3.12 Příkaz ke zdravotnímu transportu**

Příkaz ke zdravotnímu transportu se předává spolu s pacientem rychlé záchranné službě nebo přepravní službě. Vyplňuje se v PC, poté se tiskne do formuláře. (Příloha č. 23)

**Doba trvání zápisu:** 1 minuta a 59 vteřin

### **6.3.13 Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky)**

Slouží jako záznam vnesení návykových látek pacientem na oddělení. Nejčastěji to bývají analgetické náplasti, které pacient užíval doma. (Příloha č. 24)

**Doba trvání zápisu:** 45 vteřin



### **6.3.14 Záznam výkonů**

Záznam výkonů vykazovaných pro pojišťovnu. Zápis probíhá každý den. (Příloha č. 25)

**Příklad:**

**Identifikační štítek:** Petr Potřebný, **číslo listu:** 1, **Datum:** 24/4, **K:** 3, **Kód výkonu:** 11021, 00880

**Doba trvání zápisu:** 29 vteřin

### **6.3.15 Záznam o zvlášt' účtovaných léčivých přípravcích a zvláštních položkách**

Záznam transfuzních prostředků vykazovaných pro pojišťovnu (ery masa, mražená plasma, erytrocyty delekocytované, plná krev). (Příloha č. 26)

**Příklad:**

**Identifikační štítek:** Petr Potřebný, **číslo listu:** 1, **Datum:** 24/4, **Kód:** 07089,

**Množství:** 2j

**Doba trvání zápisu:** 17 vteřin

### **6.3.16 Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením**

Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením se seznámením o finanční úhradě v den propuštění. Žadatel stvrzuje souhlas s cenou za den pobytu. (Příloha č. 27)

**Doba trvání zápisu:** 48 vteřin

## **6.4 Neoficiální ošetřovatelské záznamy**

Sestry musí během směny zvládnout efektivně velké množství práce. Jako pomůcka pro zrychlení a zefektivnění práce při péči o pacienta jim slouží neoficiální formuláře, sešity, plachty a kartičky, které používají během směny. Pracovně je využívají pro potřeby plánování péče. Sestry jsou tradičně učeny, že

mají pracovat pouze s originální dokumentací, a proto chápou tyto pomůcky jako něco nesprávného a bojí se je oficiálně přiznat, přestože jim ulehčují práci. Cílem každé sestry je předejít poškození či záměně pacienta. Vše je tedy vždy během směny poctivě kontrolováno a v případě změny učiněné lékařem přepsáno. Sestry mají mezi sebou domluvená nepsaná pravidla, která dodržují.

**Patří sem:**

1. EKG, TK, ostatní
2. Hlášení sester
3. Kartačka na jídlo
4. Kartačka na vyšetření
5. Kartačka P +V
6. Plachta na jídlo
7. Plachta na inzulíny
8. Plachta P+V, GE
9. Magnetická tabule se jmény pacientů
10. Riziko pádu
11. Sešit na glykemie
12. Sešit na EKG
13. Sešit na ECHO
14. Sešit na chybějící nebo docházející léky
15. Sešit pro sepsání pozůstalosti

#### **6.4.1 EKG, TK, ostatní**

List papíru, který je používán 24 hodin. Slouží jako krátkodobý záznam lékařských ordinací. Slouží jako mezikrok v zaznamenávání ošetrovatelské péče a plnění ordinací lékaře. Ulehčuje sestřím práci tím, že nemusí stále otevírat chorobopis a hlídat časované ordinace lékaře a mohou se více věnovat pacientům. List je rozdělen na tři kolonky. **Kolonka č. 1** je označena názvem EKG. Slouží pro zápis EKG ordinovaných lékař během dne. Obsahuje číslo pokoje, jméno a příjmení pacienta, čas, kdy má být učiněn EKG záznam. **Kolonka č. 2** je označena názvem TK. Slouží pro rozpis ordinovaného měření krevního tlaku.

Zápis probíhá dle nepsaných pravidel mezi sestrami, která všechny respektují. Obsahuje číslo pokoje, číslo postele souhlasící s číslem chorobopisu, čas měření. Není-li lékařem ordinován konkrétní čas, postupují sestry dle nepsaných pravidel. **Kolonka č. 3** je označena názvem Ostatní. Zde sestry píší rozpis ordinovaného měření tělesné teploty, měření saturace, příprava na vyšetření (koloskopie, gastroskopie), transfuzní přípravek (množství krevních jednotek za den). Dále si zde zaznamenávají věci, na které nechtějí zapomenout, ale jsou/nejsou časově určené (vyndání/zavedení permanentního žilního katetru, vyndání/zavedení permanentního močového katetru atd.). Formát A4. (Příloha č. 28)

**Příklad:**

**Zápis EKG:** 12/ Potřebný v 18:00

**Zápis TK:** 12/1 R – P – V. Nebo 12/1 6.00 a 19.00

**Zápis Ostatní:** 12/1 TT 6 – 12 – 18 – 24

12/1 vyndat PMK

12/1 p. Potřebný – zítra koloskopie, dnes příprava

12/1 Potřebný – 2x ERY

**Průměrná doba trvání zápisu:** 8 vteřin až 28 vteřin

### 6.4.2 Hlášení sester

Slouží k zápisu hlášení sester po dobu denní a noční směny. Sešit umožňuje rychlejší orientaci v nově přichozích pacientech, aplikaci a počtu opiátů, zásadních informacích o pacientech či vyšetřeních.

Každá směna si hlášení nadepíše nadpisem Denní/noční hlášení, datum, služba (razítka sester na směně), opiáty (Dolsin 50mg, Morphin 1ml, Fentanyl, počet kusů. Počet aktuálního počtu opiátů na konci směny opsaný z opiátové knihy.). Dále si zde sestry píší příjmy na oddělení (jméno pacienta, rok narození, diagnóza přijetí, číslo pokoje, na který je pacient uložen), ambulantně vyšetřené pacienty (jméno pacienta, rok narození, diagnózu), exitus letalis (jméno, příjmení zemřelého, datum narození, čas úmrtí, zda byly věci sepsány, hlášeno na recepci a zda bylo úmrtí hlášeno lékařem rodině), aplikaci opiátů (čas aplikace, jméno a příjmení pacienta, rok narození, podaná látka, způsob podání – s. c, i. v; razítko

a podpis sestry, která provedla aplikaci), podání transfuzního přípravku (jméno a příjmení pacienta, množství podaných krevních jednotek, zda podání proběhlo bez reakce), výsledky měření tělesné teploty ordinované lékařem nebo náhlé zvýšení tělesné teploty (sestra napíše zkratku TT, dobu naměření a zda byl podán lék na snížení teploty.) Na konci směny sestra ukončuje hlášení (předala, převzala, razítko, podpis sestry).

Sešit formátu A4.

**Příklad:**

**Denní hlášení 24/4.2018**

**Služba:** Jana Empatická, Simona Vnímavá

**Příjem:** 12/1 p. Petr Potřebný 1945 – dušnost

**Polední teploty:** 0

V 15:35 apl. 1 amp. Morphin 1 ml s.c. p. Petr Potřebný, Jana Empatická – razítko a podpis sestry

**Večerní teploty:** 3/1 p. Potřebný 38,7°C, Perfalgan 1 000 mg i. v.

**Opiáty:** Morphin 1 ml: 67 amp., Dolsin 50 mg: 45 amp., Fentanyl: 12 amp.

**Předala:** Jana Empatická – razítko a podpis sestry

**Převzala:** Lucie Pracovitá – razítko a podpis sestry

**Doba trvání zápisu se liší, protože vždy záleží, kolik informací aktuálně sestra zapisuje. Průměrná doba jednoho zápisu:** 13 vteřin až 3 minuty

### **6.4.3 Kartička na jídlo**

Slouží pro usnadnění práce sester při rozdávání stravy pacientům. Sestra kartičku vyplňuje při příjmu do zdravotního zařízení. Na konci noční směny je sčítán počet diet, které jsou zapsány do oficiálního formuláře nazývaného Předpis stravy pro oddělení a spolu s ním jsou ráno sanitářem odneseny do kuchyně. Z kuchyně jsou vždy posílány spolu s jídlem na jídelním tácu. Obsahuje příjmení pacienta a číslo diety. Kartička o rozměru 8 x 5 cm. (Příloha č. 29)

**Příklad:**

Potřebný, D: 9

**Doba trvání zápisu:** 6 vteřin

#### **6.4.4 Kartačka na vyšetření**

Kartačka umístěná na stolku u lůžka pacienta slouží jako upozornění pro celý zdravotnický personál i pacienta, že pacient půjde na vyšetření, u kterého je nějaké omezení. Slouží především jako rychlé upozornění během rozdávání jídla. Prevence požití stravy pacientem před vyšetřením, které vyžaduje být na lačno. Tyto kartačky se vypisují u vyšetření SONO břicha, gastrokopie, kolonoskopie, MR, CT, ERCP. Sestry je vypisují během vizity, den před vyšetřením. Roznáší je na stolky pacientů během plnění večerních ordinací. Obsahují číslo pokoje, jméno pacienta, název vyšetření, snídá/nesnídá, datum vyšetření, čas (je-li určen čas vyšetření). (Příloha č. 30)

Formát 5 cm x 10 cm. Kartačka z pevného papíru, čtvrtky nebo kartonu přeložená na půl do tvaru písmene A, aby mohla na stolku u pacienta stát a byla vidět.

#### **Příklad:**

10/ p. Potřebný, SONO BŘICHA, NESNÍDÁ, 24/4

**Doba trvání zápisu:** 11 vteřin

#### **6.4.5 Kartačka P + V**

Slouží pro záznam výdeje a příjmu tekutin per os po dobu 24 hodin. Kartačka je uložena na stolku pacienta. Po splnění všech ordinací z dopolední vizity sestry vypisují kartačky na příjem a výdej tekutin podle Plachty P+V, GE, kam si dle ordinace lékaře zapisují požadavek na příjem a výdej tekutin. Nové kartačky dávají na stolek pacienta v 21.00 hodin, kdy obchází oddělení. Staré kartačky sbírají a během vyplňování Ošetřovatelského záznamu zapisují do kolonky Bilance tekutin. Tato kartačka je neoficiální záznam hodnot. Slouží jako mezikrok v zaznamenávání ošetřovatelské péče. Ulehčuje sestřím práci tím, že nemusí s každou naměřenou hodnotou otevírat chorobopis, provádět záznam a mohou se více věnovat pacientům.

Obsahuje číslo pokoje pacienta, jméno a příjmení pacienta. Na levé straně je pod zkratkou P zaznamenáván příjem tekutin per os, na pravé straně je pod zkratkou V zaznamenáván výdej tekutin.

Formát 10 cm x 5 cm. Kartička z pevného papíru, čtvrtky nebo kartonu. (Příloha č. 31)

**Doba trvání zápisu:** 11 vteřin

#### **6.4.6 Plachta na jídlo**

Plachta, která slouží pro orientaci zdravotního personálu při rozdávání jídla pacientům. Vzhledem k její praktičnosti a lehké manipulaci ji sestry používají i při předávání hlášení sester. Obsahuje čísla pokojů, čísla postelí pacientů (neoficiálně domluvené mezi sestrami na oddělení; očíslování postelí slouží pro rychlejší orientaci sester na oddělení, rozhodně ho ovšem sestry nepoužívají pro pojmenovávání pacientů), příjmení pacienta (v případě duplicity jména na oddělení je vedle příjmení napsáno i jméno a rok narození, barevně rozlišeno), aktuální dieta.

Formát 60 x 40 cm. Závěsná. Povrch je omyvatelný, možnost opakovaného zápisu a změn. (Příloha č. 32)

**Doba trvání zápisu:** 8 vteřin

#### **6.4.7 Plachta na inzulíny**

Plachty, které slouží pro orientaci zdravotnickému personálu v ordinovaných inzulínech. Zápis na plachtě je vždy poctivě kontrolován s ordinací lékaře během zpracování vizity. Vše je vždy během směny kontrolováno a v případě změny učiněné lékařem přepsáno. Cílem každé sestry je předejít poškození či záměně pacienta. Tyto plachty sestrám urychlují práci tím, že vždy před každou aplikací inzulínu nemusí otvírat chorobopis. Pouze se zkontrolují jméno a příjmení a předepsaný počet jednotek inzulínu s údaji na inzulinovém peru pacienta.

Plachta č. 1 je rozdělena na dvě poloviny. Horní polovina je označena žlutým pruhem, ve kterém je nadepsáno Insuman Rapid, Actrapid, Humulin R. Dolní polovina je označena zeleným pruhem, ve kterém je napsáno Insuman basal, Insulatard, Humulin N. Plachta č. 2 je rozdělena na tři části. Část č. 1 je označena hnědým pruhem, ve kterém je napsáno Lantus, Apidra. Část č. 2 je označena červeným pruhem, ve kterém je napsáno Novomix 30, Humulin M3. Část č. 3 je označena modrým pruhem, ve kterém je napsáno Ostatní, Mixtard30, Levemir, Novorapid, Humalog, Humalog 25, Insuman Combi 25. Sestra při zpracování ordinace lékaře napíše číslo pokoje, jméno a příjmení pacienta, název inzulínu, počet rozepsaných jednotek, způsob aplikace, čas, pero (pokud má pacient vlastní pero), dle Ge (poznámka a upozornění pro sestry, že na hladinu glykemie je potřeba dát větší pozor a aplikované jednotky konzultovat s lékařem). Formát A4. Dvě plachty omyvatelné dezinfekcí. (Příloha č. 33)

**Příklad:**

12/ Petr Potřebný Actrapid18j – 18j – 18j s.c. pero dle GE.

12/ Petr Potřebný Lantus 0 – 0 – 0 – 24j s.c. pero21.00

**Doba trvání zápisu:** 34 vteřin

#### **6.4.8 Plachta P+V, GE**

Plachta slouží pro zápis dlouhodobé ordinace příjmu a výdeje tekutin nebo dlouhodobé ordinace odběru glykemie. Při zpracování vizity sestry napíše nově naordinovaný příjem a výdej tekutin/odběr glykemie nebo napíše požadovaný interval odběru glykemie. Po splnění všech ordinací z dopolední vizity sestry vypisují kartičky na příjem a výdej tekutin a zadávají do počítače odběr glykemií.

Plachta je rozdělena na dvě poloviny. První polovina je označena názvem P+V. Obsahuje číslo pokoje, jméno a příjmení pacienta. Druhá polovina je označena názvem Glykemie. Obsahuje číslo pokoje, jméno a příjmení pacienta, počet požadovaných odběrů za den, den (pokud jsou určeny pouze některé dny v týdnu). Formát A4. Omyvatelná dezinfekcí. (Příloha č. 34)

**Příklad:**

**P+V:** 12/ Petr Potřebný

**Doba trvání zápisu:** 10 vteřin

**Glykemie:** 12/ Petr Potřebný 3x D, pondělí + čtvrtek.

**Doba trvání zápisu:** 14 vteřin

#### **6.4.9 Magnetická tabule se jmény pacientů**

Magnetická tabule připevněná na zdi v sesterně. Slouží pro rychlou orientaci v pacientech celému zdravotnickému týmu. Tabule obsahuje číselný rozpis pokojů, ke každému pokoji náleží příslušný počet magnetických kartiček podle počtu lůžek. Vedle čísla pokoje je vždy cedulka se jménem lékaře, který má pokoj na starosti. Při příjmu sestra vyplňuje kartičku dezinfekcí omyvatelným fixem. Kartička je rozdělena na dvě poloviny. 1. levá polovina, v bílé barvě. Obsahuje jméno a příjmení pacienta, rok narození, číslo diagnózy, číslo pojišťovny, AA (na co je pacient alergický). 2. pravá polovina, v šedé barvě. Slouží pro rychlou orientaci v plánovaných vyšetřeních (CT, MR, koloskopie, gastrokopie, hemodialýza. Zápis obsahuje datum výkonu, název výkonu, zda bude transport do jiného zdravotnického zařízení, čas transportu, pokud je třeba před výkonem podat lék, zda má být pacient lačný nebo může jíst.), překlada pacienta do jiného zdravotního zařízení (zápis obsahuje datum transportu, čas transportu, název zařízení), podání transfuzního přípravku (datum podání transfuzních přípravků, počet přípravků na den), převazy (v případě, že má pacient dekubitus, bércové vředy, erysipel či jiné porušení kožní integrity, sestry napíší na kartičku název poškození, místo poškození, datum dalšího převazu, ošetření a použitý převazový materiál; probíhá-li převaz na chirurgické ambulanci, napíší poznámku, že převaz proběhne na chirurgické ambulanci), léky u nás (léky pacienta uschované u nás v lékárně), inzulinová pera u nás (inzulinová pera či náplně do inzulinových per pacienta uschované u nás).

Formát tabule 130 cm x 110 cm. Omyvatelná dezinfekcí. Formát kartičky 5 cm x 25 cm. Omyvatelná dezinfekcí. (Příloha č. 35)

**Průměrná doba trvání zápisu:** 8 vteřin až 24 vteřin



#### **6.4.10 Riziko pádu**

Slouží jako upozornění pro personál, že pacientovi hrozí riziko pádu. Kartačka je umístěna na stolku pacienta na základě vyhodnocení Hodnocení rizika pádu při odběru vstupní anamnézy/přehodnocení Hodnocení rizika pádu během hospitalizace.

Formát 10 cm x 20 cm. Dezinfekcí omyvatelná přeložená kartačka do tvaru písmene A.

#### **6.4.11 Sešit na glykemie**

Neoficiální sešit, který sestry používají pro zápis glykemie, které jsou hlášeny z laboratoře. Každý den denní směna předepisuje seznam jmen pacientů, kterým bude odebrána krev na glykemický profil (6, 11, 16 hodin) na následující den. Pokud je glykemický profil ordinován nově z vizity, sestry jej do sešitu dopíší. Na konci směny hodnoty glykemie zapisují do dekurzů pacientů. Každý zápis nahlášených hodnot je stvrzen razítkem a podpisem.

Výhodou sešitu je, že sestra i lékař mají k dispozici ihned všechny hladiny glykemií od všech pacientů. Tento sešit umožňuje rychlejší reakci na glykemický stav pacienta. V případě nutnosti je možné vše dohledat zpětně. Sešit formátu A5.

##### **Příklad:**

12/ Potřebný R 6,35 15,32 V 9,56 Empatická – razítko a podpis sestry

**Průměrná doba trvání zápisu je dána počtem nabraných pacientů:** 7 vteřin až 1 minuta a 14 vteřin.

#### **6.4.12 Sešit na EKG**

Sešit určený pro staniční sestru, která ráno natáčí EKG. Sešit je určený pouze pro natáčení ranních EKG. Sestry nadepíší datum, příjmení a číslo pokoje. Na folii v sešitě nadlepi identifikační štítek. Formát A5.

##### **Příklad:**

12/ Potřebný

**Doba trvání zápisu:** 6 vteřin

### **6.4.13 Sešit na ECHO**

Pokud je z vizity ordinováno ECHO vyšetření, sestry jej napíší do tohoto sešitu (příjmení pacienta a číslo pokoje). V době provádění ECHO vyšetření na interní ambulanci jsou pacienti chronologicky posíláni podle seznamu v sešitě. Pokud má někdo z vizity napsáno ‚přednostně‘, sestra to vždy napíše vedle příjmení pacienta. Slouží k orientaci v ECHO vyšetření, sestra nemusí hledat v dokumentaci pacienta a může rychleji reagovat na požadavek lékaře. Formát A5.

#### **Příklad:**

12/ Potřebný – přednostně

**Doba trvání zápisu:** 12 vteřin

### **6.4.14 Sešit na chybějící nebo docházející léky**

Sešit určený pro staniční sestru. Píší se zde léky, které na oddělení docházejí nebo došly. Staniční sestra podle seznamu donese léky ze skladu interního oddělení. Formát A5.

#### **Příklad:**

Funon 40 tbl., Trombex 75 mg

**Průměrná doba trvání zápisu je dána počtem chybějících léků:** 7 vteřin až 1 minuta

### **6.4.15 Sešit pro sepsání pozůstalosti**

V případě exitu letalis sestry sepisují seznam pozůstalosti. Zápis je psán přes průpisový papír (originál je předáván pozůstalým spolu s pozůstalostí, kopie zůstává v sešitě). Zápis obsahuje identifikační štítek pacienta, datum a čas úmrtí, soupis věcí zemřelého/ho, sepsala (razítko a podpis sestry), svědek (razítko a podpis sestry), předala (razítko a podpis sestry), převzal/a, číslo občanského průkazu. Formát A4.

**Příklad:**

**Identifikační štítek:** Petr Potřebný

**Datum a čas:** 24/4.2018 v 19:15

**Soupis věcí:** 1 x ručník, 2 x bačkory, 4 x kapesník, 2 x pyžamo.

**Sepsala:** Jana Empatická – razítko a podpis sestry

**Svěddek:** Simona Vnímavá – razítko a podpis sestry

**Předala:**

**Převzal:**

**OP:**

**Průměrná doba trvání zápisu je dána počtem osobních věcí pacienta: 1 minuta až 2 minuty a 45 vteřin.**

## 6.5 Další záznamy popisování

Součástí zápisů prováděných zdravotnickým personálem jsou i zápisy mimo dokumentaci oficiální a dokumentaci neoficiální. Jsou to zápisy prováděné za účelem označení otevření léčiv, expirace léčiv, popis rizikových léčiv, množství požadované a aplikované látky, popisu kontinuálního a infekčního odpadu, popisu dezinfekcí, popisu zavedení a ošetření invazivního vstupu. Vše podléhá standardům zdravotnického zařízení. Správně provedený zápis slouží jako prevence pochybení zdravotnického personálu a jako ochrana pacienta. Tyto zápisy jsou nedílnou součástí v komplexní péči o pacienta. Každý zápis musí obsahovat datum, čas, jmenovku, podpis. V případě označení aplikovaného léku pacientovi musí zápis obsahovat datum, čas podání, jmenovku a podpis aplikujícího, dále jméno a příjmení pacienta, číslo pokoje, název aplikované látky, množství aplikované látky a čas podání.<sup>33</sup>

Během opakovaného pročitání získaných dat byly stanoveny okruhy, které se nejčastěji objevovaly v zápisech.

1. Zásady bezpečného podání léčiva
2. Invazivní vstupy a převazy

---

<sup>33</sup> VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.

3. Otevření a exspirace léčiv
4. Nádoby na komunální odpad a infekční odpad, dezinfekce

### 6.5.1 Zásady bezpečného podání léčiva

Každý lék před podáním pacientovi musí být řádně označen. Zápis musí obsahovat jméno a příjmení pacienta, číslo pokoje, název aplikované látky, množství aplikované látky, čas, kdy má být látka podána. Sestry tyto náležitosti nadepisují na obal stříkaček a infuzí lihovým fixem, dobře čitelným a viditelným písmem. V případě, že lék je naordinován na pozdější dobu, umístí nadepsaný infuzní roztok nebo stříkačku dle nepsaných jasně domluvených pravidel mezi sestrami na předem určené místo na sesterně. Ředění léků a aplikace infuzních setů probíhá až těsně před podáním dle ordinované hodiny.

#### **Příklad:**

**stříkačka** 12/ Petr Potřebný, Augmentin 1,2gr v 14:00, Empatická

**Průměrná doba trvání zápisu:** 12 vteřin.

**infuze** 12/ Petr Potřebný – Plasmalyte s GE 500ml + Almira 1 amp. Na 4 hod. 10-14, Empatická

**Průměrná doba trvání zápisu:** 15 vteřin.

### 6.5.2 Invazivní vstupy a převazy:

Každý invazivní vstup a převaz musí být řádně označen. Cílem označení je orientace zdravotnického personálu v délce zavedení či aplikaci léčebné látky a následnému předejití komplikací a nežádoucích situací.

#### **Příklad:**

1. **Zavedení IVK :** datum, čas, podpis.

24/4 v 14:15 Empatická

**Průměrná doba trvání zápisu:** 5 vteřin.

2. **Datum výměny sběrného sáčku na moč (zápis na sáček):** 24/4

**Průměrná doba trvání zápisu:** 4 vteřiny.

3. **Zápis na převázaný CŽK:** datum zavedení, datum převazu, čas, podpis sestry. Použitý materiál sestry zapisují na kartičku z magnetické tabule spolu s použitým krytím a datem dalšího převazu.

Z - 18/4, P – 24/4 v 10:35, Empatická

**Průměrná doba trvání zápisu:** 14 vteřin.

4. **Zápis na převaz:** datum a čas, aplikovaná látka, další převaz. Použitý materiál sestry zapisují na kartičku z magnetické tabule spolu s použitým krytím a datem dalšího převazu.

P - 24/4 v 14:15, D – 26/4, BTD + MT+ SK, Empatická

**Průměrná doba trvání zápisu:** 17 vteřin.

### **6.5.3 Otevření a expirace léčiv**

Aby se zabránilo poškození pacienta, je nezbytné sledovat délku otevření a expiraci léků. Zápis otevření na obal léku musí být čitelný, dobře viditelný a pravdivý. Obsahuje datum, čas otevření a podpis.

#### **Příklad:**

Heparin inj.- O: 24/4 v 21:45 Empatická

**Doba trvání zápisu:** 12 vteřin.

### **6.5.4 Nádoby na komunální odpad a infekční odpad, dezinfekce**

Nádoby na komunální odpad, infekční odpad musí být vždy před započítáním shromažďování řádně označeny nalepeným štítkem nebo vyplněním předtištěné tabulky. Zápis kromě povinného značení rizikovosti, původce odpadu, kódu odpadu, aj., musí obsahovat datum, čas plnění pytle nebo nádoby a podpis zaměstnance, který nádobu označil. Délka používání těchto nádob podléhá interním nařízením zdravotnického zařízení, které bývá obvykle stanoveno na 24 hodin. Poté musí být zlikvidovány dle standardů zdravotnického nařízení.

Otevření a expirace dezinfekčního prostředku také podléhá standardům zdravotnického zařízení a průvodním informacím výrobce. Otevřený dezinfekční prostředek musí mít vždy zápis obsahující datum, čas otevření, podpis.

**Příklad:**

O: 24/4 v 14:15, Empatická – podpis sestry

**Doba trvání zápisu:** 15 vteřin.

## 6.6 Výsledné časy pozorování

Tato kapitola je věnována souhrnu jednotlivých časů při zapisování činností. Jednotlivé tabulky jsou seřazeny chronologicky podle stanovených okruhů. V každé tabulce je napsán název vyplňovaného formuláře, druh nebo způsob zápisu a celková doba trvání zápisu. V tabulce s názvem Celkový čas během zápisu činností je popsáno šest nejčastějších situací, které sestra zapisuje během směny. Patří sem úmrtí pacienta, příjem pacienta na oddělení, překlad pacienta na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení, propuštění pacienta domů, zápisy do chorobopisu a formulářů prováděné po vizitě lékařem během denní směny a zápis do chorobopisu během noční směny. Tabulka s názvem Celkový čas součtu všech zápisů během dne je rozdělena na celkové časy v jednotlivých okruzích zapsaných jednou sestrou během denní a noční směny a na celkový čas všech zápisů během denní a noční směny.

**Tab. č. 1 Oficiální diagnosticko-terapeutické dokumenty**

FORMULÁŘ	DRUH ZÁPISU	DOBA TRVÁNÍ ZÁPISU
Dekurz	Odškrtávání léků (čas při rozdávání a odškrtávání léků u jednoho chorobopisu)	1 minuta a 25 vteřin
Dekurz	Zápis naměřených laboratorních hodnot – jeden zápis	4 vteřiny
Dekurz	Popis zdravotního stavu pacienta zapsaný sestrou	24 vteřin
Dekurz	Zápis provedeného léčebného a diagnostického výkonu zapsaný sestrou	14 vteřin
Dekurz	Zápis aplikace léku (např. aplikace Morphinu)	23 vteřin
Edukační záznam	Doba trvání zápisu i s podpisem edukovaného pacienta	1 minuta a 21 vteřin
Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)		25 vteřin
Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací		27 vteřin
Teplotní tabulka	Záznam teplotní křivky	19 vteřin

**Tab. č. 2 Ošetrovatelské záznamy**

<b>FORMULÁŘ</b>	<b>DRUH ZÁPISU</b>	<b>DOBA TRVÁNÍ ZÁPISU</b>
<b>Ošetrovatelská anamnéza</b>	Vstupní informace o pacientovi a hodnotící škály používané i identifikaci rizik	4 minuty a 55 vteřin
<b>Ošetrovatelský záznam</b>	Záznam činností provedených během směny u pacienta formou čárkování	1 minuta a 5 vteřin
<b>Hodnocení ošetrovatelské péče</b>	Slovní popis pacientova stavu při příjmu	1 minuta a 46 vteřin
<b>Hodnocení ošetrovatelské péče</b>	Slovní popis pacientova stavu během hospitalizace	49 vteřin
<b>Ošetrovatelská překladová zpráva</b>	Souhrn důležitých informací při předávání pacienta na jiné oddělení či do jiného zařízení (zápis formou slovního popisu a čárek)	3 minuty a 29 vteřin
<b>Plán péče o proleženiny a jiné rány</b>	Slovní popis péče o proleženiny a jiné rány	1 minuta a 19 vteřin



**Tab. č. 3 Provozní a technické dokumenty**

<b>FORMULÁŘ</b>	<b>DRUH ZÁPISU</b>	<b>DOBA TRVÁNÍ ZÁPISU</b>
<b>Dodatečné hlášení změn v počtu diet</b>	Slovní zápis při změně diet	14 vteřin
<b>Evidenze zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta</b>	Zápis formou čárky	11 vteřin
<b>Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy</b>	Slovní zápis	1 minuta a 59 vteřin
<b>Hlášení o nežádoucí události</b>	Slovní popis události	1 minuta a 59 vteřin
<b>Hlášení počtu nemocných</b>	Slovní zápis	29 vteřin
<b>Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování</b>	Slovní zápis	29 vteřin
<b>Identifikační štítky</b>	Doba trvání zadání do PC a vytisknutí	27 vteřin
<b>Identifikační náramek na ruku</b>	Slovní zápis	9 vteřin
<b>Index ošetřovaných</b>	Slovní zápis	14 vteřin
<b>Opiátová kniha</b>	Slovní zápis	27 vteřin
<b>Předpis stravy pro oddělení</b>	Slovní zápis	1 minuta a 24 vteřin
<b>Příkaz ke zdravotnímu transportu</b>	Doba trvání zadání do PC a vytisknutí	1 minuta a 59 vteřin
<b>Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky)</b>	Slovní zápis	45 vteřin
<b>Záznam výkonů</b>	Slovní zápis	29 vteřin
<b>Záznam o zvlášť účtovaných léčivých přípravcích a zvláštních položkách</b>	Slovní zápis	17 vteřin
<b>Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením</b>	Slovní zápis	48 vteřin

**Tab. č. 4 Neoficiální ošetrovatelské záznamy**

<b>FORMULÁŘ</b>	<b>DRUH ZÁPISU</b>	<b>DOBA TRVÁNÍ ZÁPISU</b>
<b>EKG, TK, ostatní</b>		8 vteřin až 28 vteřin
<b>Hlášení sester</b>	Doba trvání zápisu se liší, protože vždy záleží, kolik informací aktuálně sestra zapisuje.	13 vteřiny až 3 minuty
<b>Kartička na jídlo</b>		6 vteřin
<b>Kartička na vyšetření</b>		11 vteřin
<b>Kartička P +V</b>		11 vteřin
<b>Plachta na jídlo</b>		8 vteřin
<b>Plachta na inzulíny</b>		34 vteřin
<b>Plachta P+V, GE</b>	zápis P+V	10 vteřin
<b>Plachta P+V, GE</b>	zápis glykemie	14 vteřin
<b>Magnetická tabule se jmény pacientů</b>		8 vteřin až 24 vteřin
<b>Sešit na glykemie</b>	Průměrná doba trvání zápisu je dána počtem nabraných pacientů	7 vteřin až 1 minuta a 14 vteřin.
<b>Sešit na EKG</b>		6 vteřin
<b>Sešit na ECHO</b>		12 vteřin
<b>Sešit na chybějící nebo docházející léky</b>	Průměrná doba trvání zápisu je dána počtem chybějících léků	7 vteřin až 1 minuta
<b>Sešit pro sepsání pozůstalosti</b>	Průměrná doba trvání zápisu je dána počtem osobních věcí pacienta	1 minuta až 2 minuty a 45 vteřin

**Tab. č. 5 Další záznamy popisování**

<b>DRUH ČINNOSTI</b>	<b>DRUH ZÁPISU</b>	<b>DOBA TRVÁNÍ ZÁPISU</b>
<b>Zásady bezpečného podání léčiva</b>	Zápis na stříkačce	12 vteřin
<b>Zásady bezpečného podání léčiva</b>	Zápis na infuzi	15 vteřin
<b>Invazivní vstupy a převazy</b>	Zavedení IVK	5 vteřin
<b>Invazivní vstupy a převazy</b>	Datum výměny sběrného sáčku na moč (zápis na sáček)	4 vteřiny
<b>Invazivní vstupy a převazy</b>	Zápis na převázaný CŽK	14 vteřin
<b>Invazivní vstupy a převazy</b>	Zápis na převaz	17 vteřin
<b>Otevření a expirace léčiv</b>		12 vteřin
<b>Nádoby na komunální odpad a infekční odpad, dezinfekce</b>		15 vteřin

**Tab. č. 6 Celkový čas během zápisu jednotlivé činnosti**

ZÁZNAM ČINNOSTI	VYPLŇOVANÉ FORMULÁŘE	PRŮMĚRNÁ CELKOVÁ DOBA ZÁPISU JEDNÉ ČINNOSTI
<b>Příjem pacienta na oddělení</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dekurz</li> <li>2. Dodatečné hlášení změn v počtu diet</li> <li>3. Edukační záznam</li> <li>4. Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta</li> <li>5. Hlášení sester</li> <li>6. Hlášení počtu nemocných</li> <li>7. Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování</li> <li>8. Hodnocení ošetřovatelské péče</li> <li>9. Identifikační štítky</li> <li>10. Identifikační náramek na ruku</li> <li>11. Index ošetřovaných</li> <li>12. Kartička na jídlo</li> <li>13. Ošetřovatelská anamnéza</li> <li>14. Ošetřovatelský záznam</li> <li>15. Plachta na jídlo</li> <li>16. Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací.</li> <li>17. Magnetická tabule se jmény pacientů</li> <li>18. Teplotní tabulka</li> <li>19. Záznam výkonů</li> <li>20. Žádanky o laboratorní vyšetření</li> </ol>	25 minut až 1 hodina a 13 minut
<b>Propuštění pacienta</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dekurz</li> <li>2. Dodatečné hlášení změn v počtu diet</li> <li>3. Hlášení počtu nemocných</li> <li>4. Hodnocení ošetřovatelské péče</li> <li>5. Ošetřovatelský záznam</li> <li>6. Plachta na jídlo</li> <li>7. Magnetická tabule se jmény pacientů</li> <li>8. Teplotní tabulka</li> </ol>	21 minut
<b>Překlad na jiné oddělení nebo do jiného zdravotnického zařízení</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dekurz</li> <li>2. Dodatečné hlášení změn v počtu diet</li> <li>3. Hlášení počtu nemocných</li> <li>4. Hodnocení ošetřovatelské péče</li> <li>5. Ošetřovatelský záznam</li> <li>6. Ošetřovatelská překládová zpráva</li> <li>7. Plachta na jídlo</li> <li>8. Příkaz ke zdravotnímu transportu</li> <li>9. Magnetická tabule se jmény pacientů</li> </ol>	26 minut

	10. Teplotní tabulka	
<b>Úmrtí pacient</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dodatečné hlášení změn v počtu diet</li> <li>2. Hlášení sester</li> <li>3. Hlášení počtu nemocných</li> <li>4. Hodnocení ošetrovatelské péče</li> <li>5. Ošetrovatelský záznam</li> <li>6. Magnetická tabule se jmény pacientů</li> <li>7. Sešit pro sepsání pozůstalosti</li> </ol>	36 minut
<b>Zápisy do chorobopisu a formulářů prováděné po vizitě lékařem během denní směny</b>	<p><b>Standardní formuláře:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dekurz</li> <li>2. Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta</li> <li>3. Hodnocení ošetrovatelské péče</li> <li>4. Ošetrovatelský záznam</li> </ol> <p><b>Doplňující formuláře a zápisy:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. EKG, TK, ostatní</li> <li>2. Dodatečné hlášení změn v počtu diet</li> <li>3. Kartička na vyšetření</li> <li>4. Kartička P +V</li> <li>5. Plachta na jídlo</li> <li>6. Plachta na inzulíny</li> <li>7. Plachta P+V, GE</li> <li>8. Magnetická tabule se jmény pacientů</li> <li>9. Teplotní tabulka</li> <li>10. Sešit na glykemie</li> <li>11. Sešit na EKG</li> <li>12. Sešit na ECHO</li> <li>13. Záznam výkonů</li> <li>14. Žádanky o laboratorní vyšetření</li> </ol>	Doba zápisu se liší podle množství zápisů. Průměrná doba vyplnění standardních formulářů je 5 minut a 19 vteřin. S množstvím doplňujících formulářů a zápisů se celková doba prodlužuje až na 32 minut.
<b>Zápis do chorobopisu během noční směny</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dekurz</li> <li>2. Hodnocení ošetrovatelské péče</li> <li>3. Kartička P +V</li> <li>4. Ošetrovatelský záznam</li> <li>5. Záznam výkonů</li> </ol>	4 minuty a 23 vteřin
<b>Zápis pouze do sesterské dokumentace během hospitalizace</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hodnocení ošetrovatelské péče</li> <li>2. Ošetrovatelský záznam</li> </ol>	3 minuty

**Tab. č. 7 Celkový čas součtu všech zápisů během dne**

<b>ZÁZNAM ČINNOSTI – Zápisy provedené jednou sestrou</b>	<b>SMĚNA</b>	<b>POČET PACIENTŮ</b>	<b>CELKOVÝ ČAS</b>
<b>Zápis do chorobopisu</b>	Denní	15	1 hodina a 20 minut až 2 hodiny a 18 minut
<b>Zápisy do chorobopisu</b>	Noční	15	49 minut až 1 hodina a 32 minut
<b>Zápisy pouze do sesterské dokumentace</b>	Denní	15	39 minut až 1 hodina a 22 minut
<b>Zápisy pouze do sesterské dokumentace</b>	Noční	15	39 minut až 1 hodina a 21 minut
<b>Formuláře diagnosticko- terapeutické</b>	Denní	15	34 minut až 58 minut
<b>Formuláře diagnosticko- – terapeutické</b>	Noční	15	14 minut až 42 minut
<b>Neoficiální ošetřovatelské záznamy</b>	Denní	15	37 minut až 1 hodina a 4 minuty
<b>Neoficiální ošetřovatelské záznamy</b>	Noční	15	21 minut až 47 minut
<b>Další záznamy popisování</b>	Denní	15	1 hodina až 1 hodina a 33 minut
<b>Další záznamy popisování</b>	Noční	15	47 minut až 1 hodina 13 minut
<b>Celková doba všech zápisů</b>	Denní	15	4 hodiny a deset minut až 7 hodin a 25 minut
<b>Celková doba všech zápisů</b>	Noční	15	2 hodiny a 50 minut až 5 hodin a 35 minut

## 7 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá sledováním dokumentování činnosti sester a množstvím provedených zápisů, které musí sestra během jedné směny provést. Existuje jenom minimum české odborné literatury, která se zabývá sledováním dokumentování činnosti sester a množstvím provedených zápisů. Z tohoto hlediska se jedná o pilotní šetření. Cílem této práce bylo zjistit, co vše sestra zaznamenává, jaké druhy formulářů vyplňuje a kolik času tráví zápisem do dokumentace. Pro terénní výzkum byla zvolena metoda zúčastněného pozorování. Během směny byly pozorovány sestry při své každodenní práci a při zápisech provedených činnostech. Cílem etnografického výzkumu bylo porozumět činnostem a důvodům, které sestry vedou k těmto zápisům. Velká pozornost byla věnována formě zápisu a naměřené době trvání zápisu.

Sestry si myslí, že píší velké množství zápisů a díky nim jsou odváděny od přímé péče o pacienta. Zároveň jsou si plně vědomy důležitosti správně vedené dokumentace, protože je důležitá kvůli zachování kontinuity péče a současně jim dává pocit určité právní ochrany, protože v případě soudního sporu slouží jako důkazní materiál o postupu *lege artis*.<sup>34</sup> Zdravotnická dokumentace na oddělení standardního typu není jednotná v rámci formy provedení ve všech zdravotnických zařízeních v celé České republice. Každé zdravotnické zařízení má svou formu a vzhled dokumentace a dokumentování činností uzpůsobené individuálně. Naopak obsah dokumentů a záznamů podléhá legislativě. Dokumentů, respektive formulářů je velké množství.

Terénní výzkum probíhal na interním oddělení malé nemocnice. Výsledky tohoto pilotního etnografického šetření přinesly zajímavé informace, které by se měly dále zkoumat. Jedná se zejména o to, že vlastní ošetřovatelská dokumentace, která je nejčastějším terčem útoku kritiků dokumentování, nezabírá sestrám až tak moc času ani místa. Je to jenom pět stran, se kterými sestra pracuje – ošetřovatelská anamnéza, ošetřovatelská překladová zpráva, ošetřovatelský záznam, plán péče o proleženiny a jiné rány, hodnocení ošetřovatelské péče.

---

<sup>34</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010, s. 19–20, s. 155. ISBN 978-80-247-235.

Úplně nejčastějšími každodenními zápisy do vlastní ošetrovatelské dokumentace během směny jsou zápisy o provedených činnostech u pacienta a slovní hodnocení stavu pacienta do formulářů Ošetrovatelský záznam a Hodnocení ošetrovatelské péče. Zajímavé bylo zjištění, že samotný zápis u jednoho pacienta do těchto formulářů trvá pouze okolo 3–4 minut. Samozřejmě je potřeba vzít v potaz, že se sestra během směny nestará pouze o jednoho pacienta, ale obvykle o 10 až 16 pacientů. Mnohem extenzivnější jsou technické dokumenty a diagnosticko-terapeutické dokumenty.

Během výzkumu bylo zjištěno, že sestry během směny provádí mnoho zápisů do těchto formulářů. Přiznávají, že samotný zápis probíhá pouze v několikaveršinném rozmezí, přesto v celkovém součtu všech zápisů provedených během dne do diagnosticko-terapeutických dokumentů, ošetrovatelských záznamů, administrativně- organizačních a technických záznamů, ale i zápisů prováděných na označení materiálu a rizikových léčiv zaberou zápisy až několik hodin. Zajímavé bylo i zjištění, jak si sestry pomáhají vyřešit logistickou náročnost své práce pomocí neoficiálních dokumentů. Sestry musí během směny zvládnout efektivně velké množství práce. Jako pomůcky pro zrychlení a zefektivnění práce při péči o pacienta jim slouží neoficiální formuláře, sešity, plachty, kartičky a systém nepsaných pravidel, které používají během směny. Pracovně je využívají pro potřeby plánování péče. Díky domluvenému systému práce sester probíhá zpracování vizity efektivněji a rychleji. Z pozorování vyplynulo, že nejčastější zápisy jsou zápisy mimo dokumentaci oficiální a dokumentaci neoficiální. Jsou to zápisy prováděné za účelem označení otevření léčiv, expirace léčiv, popisu rizikových léčiv, popisu množství požadované a aplikované látky, popisu kontinuálního a infekčního odpadu, popisu dezinfekcí, popisu zavedení a ošetření invazivního vstupu. Díky předem jasně domluvenému nepsanému pravidlu mezi sestrami jsou nadepisovány všechny ordinované léky a infuze, které mají být podány během směny při zpracování ordinace lékaře. Tyto zápisy jsou nejčastěji prováděny přímo na ochranný obal materiálu. Sestry udávají, že díky přímému nadepsání ochranného obalu stříkaček a infuzí nejsou nuceny používat další neoficiální formuláře na zápis léků ordinovaných z vizity. Cítí se jistější, když mají takto rovnou zpracované ordinace z vizity, protože



nemůže dojít k špatnému přepisu dat z neoficiálního formuláře. Dobrá organizace práce a jasně domluvená nepsaná pravidla umožňují, že každá ordinace je provedena vždy v naordinovaný čas. Sestry jsou tradičně učeny, že mají pracovat pouze s originální dokumentací a nenadepisovat si ordinace dopředu, a proto chápou tyto popisy a pomůcky jako něco nesprávného a bojí se je oficiálně přiznat, přestože jim ulehčují práci. Cílem každé sestry je předejít poškození či záměně pacienta. Vše je tedy vždy během směny poctivě kontrolováno a v případě změny učiněné lékařem přepsáno.

Při zpracování dat získaných pozorováním vyplynulo, že průměrná doba všech zápisů během denní dvanáctihodinové směny je 5 hodin a 40 minut. Z tohoto zjištění vyplývá, že sestra tráví téměř polovinu pracovní doby zápisy. Sestry se proto ptají: „Je tedy opravdu nutné provádět takové velké množství zápisů? Není většina prováděných zápisů na úkor péče o pacienta? Je skutečně zdravotnický personál chráněn v případě soudního sporu?“ Z průzkumu vyplývá, že všechny zápisy potřebné jsou a i zdravotnický personál si je toho plně vědom, ačkoliv to zároveň veřejně a nahlas nechce přiznat. Přesto by si měl především management zdravotnických zařízení plně uvědomit, že pokud budou i nadále zdravotničtí pracovníci muset provádět velké množství zápisu a budou přetěžováni kvůli nedostatečnému množství pracovníků v celém zdravotnickém týmu, nebude péče zajištěna v takovém rozsahu, v jakém by měla být, a vizitka zdravotnického zařízení nebude právě nejlepší.

## 8 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala sledováním dokumentování činnosti sester a množstvím provedených zápisů, které musí sestra během jedné směny provést. Z tohoto hlediska se jednalo o pilotní šetření. Cílem této práce bylo zjistit, co vše sestra zaznamenává, jaké druhy formulářů vyplňuje a kolik času stráví zápisem do dokumentace. Pro terénní výzkum byla zvolena metoda zúčastněného pozorování. Během směny byly pozorovány sestry při své každodenní práci a při zápisech provedených činností. Cílem etnografického výzkumu bylo porozumět činnostem a důvodům, které sestry vede k těmto zápisům. Velká pozornost byla věnována formě zápisu a naměřené době trvání zápisu.

Výsledky tohoto pilotního etnografického šetření přinesly zajímavé informace. Hlavním zjištěním bylo, že vlastní ošetrovatelská dokumentace sester není moc rozsáhlá a samotný zápis u jednoho pacienta do těchto formulářů trvá pouze okolo 3 až 4 minut. Mnohem extenzivnější jsou technické dokumenty a diagnosticko-terapeutické dokumenty. Sestry během směny provádí mnoho zápisů do těchto formulářů. Ačkoliv samotný zápis probíhá pouze v několikavteřinovém rozmezí, v celkovém součtu všech zápisů provedených během dne zaberou zápisy až několik hodin. Při zpracování dat získaných pozorováním vyplynulo, že průměrná doba všech zápisů během denní dvanáctihodinové směny je 5 hodin a 40 minut. Z tohoto zjištění vyplývá, že sestra tráví téměř polovinu pracovní doby zápisy.

## 9 SOUHRN

Dokumentace ošetrovatelské péče je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace. Má význam medicínský i forezní. Účelně vedená dokumentace umožňuje sledovat vývoj zdravotního stavu nemocného v čase a reakci na celkovou léčbu a napomáhá v zajištění kontinuity péče.

Bakalářská práce se zabývá sledováním vedení dokumentace sestrami a množstvím provedených zápisů, které musí sestra během jedné směny provést. Zjišťuje, jakou formou probíhá zápis do zdravotnické dokumentace v závislosti na délce času zápisu a obsahu zápisu. Cílem etnografického výzkumu bylo porozumět činnostem a důvodům, které sestry vedou k těmto zápisům. Velká pozornost byla věnována formě zápisu a naměřené době trvání zápisu.

## **10 SUMMARY**

Health care documentation is a necessary category of medical documentation. It has medical and forensic importance. Functional documentation makes it possible to observe the development of patients' state of health over time and their reaction to treatment, thus helping to ensure continuity of care. The thesis studies the documentation activities of nurses and the quantity of entries they have to record during a single shift. It details the ways in which medical documentation is recorded in connection to the content of the entry and the time spent recording it. The aim of the ethnographic research was to understand the activities and reasons that lead nurses to make these entries. Considerable attention was given to the format of record entries and the measurement of the time required to complete them.

# 11 LITERATURA A PRAMENY

## Literární zdroje

KOLEKTIV AUTORŮ. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A až do Z*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0278-9.

POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-235.

VONDRÁČEK, L. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0704-7.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-2473132-2.

## Internetové zdroje

PODSTATOVÁ, R. *Vedení zdravotnické dokumentace – nejčastější problémy v praxi*. Prezentace na konferenci Inmed 2014. [online]. 19.–20. 11. 2014. Dostupné z: [http://www.inmed.eu/archive/2014\\_after/prednasky/2014/1\\_5.pdf](http://www.inmed.eu/archive/2014_after/prednasky/2014/1_5.pdf)

Vyhláška č. 55/2011 Sb., ze dne 1. března 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 20/2011. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Vyhláška č. 98/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

Vyhláška č. 306/2012 Sb., ze dne 12. září 2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 109/2012. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: [https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306/zneni-20121001#p11\\_f4775307](https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-306/zneni-20121001#p11_f4775307)

Vyhláška č. 391/2017 Sb., ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2017, částka 137. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.noveaspi.cz/products/lawText/1/89335/1/2>

Vyhláška č. 102/2012 Sb., ze dne 22. března 2012, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2012, částka 39/2012. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>)

Zákon č. 96/2004 Sb., ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností

souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004, částka 39/2012. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20170901>

Zákon č. 273/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2013. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <http://www.jinova.cz/trezory-pro-lekarny-na-opiaty-a-leky>

Zákon č. 372/2011 Sb., ze dne 8. března 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2011, částka 131. [cit. 2018-04-01]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast6>

### Zahraniční zdroje

ALLEN, D. Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. In: *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 27, s. 1223–1230.

## 12 POUŽITÉ ZKRATKY

apm – ampule

ATB – antibiotika

BTD – Betadine mast

CŽK – centrální žilní katetr

D – další převaz

i.v. – intravenózní aplikace

Inj – injekční aplikace

IVK – intravenózní kanyla

MT – mastný tyl

O – otevření

O<sub>2</sub> – kyslík

OP – občanský průkaz

P – poledne

P – převaz

PC – počítač

PHK – pravá horní končetina

PK – permanentní katetr

PMK – permanentní močový katetr

R – ráno

RZP – rychlá záchranná služba

s.c. – subkutanní aplikace

SK – sekundární krytí

ung. – mast

V – večer

Z – zavedení

## 13 SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1 Oficiální diagnosticko-terapeutické dokumenty.....	55
Tab. č. 2 Ošetrovatelské záznamy .....	56
Tab. č. 3 Provozní a technické dokumenty.....	57
Tab. č. 4 Neoficiální ošetrovatelské záznamy .....	58
Tab. č. 5 Další záznamy popisování .....	59
Tab. č. 6 Celkový čas během zápisu jednotlivé činnosti.....	60
Tab. č. 7 Celkový čas součtu všech zápisů během dne .....	62



## 14 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Průvodní dopis .....	74
Příloha č. 2 – Dekurz .....	75
Příloha č. 3 – Edukační záznam .....	76
Příloha č. 4a – Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, 1. strana	77
Příloha č. 4b – Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, 2. strana .....	78
Příloha č. 5 – Teplotní tabulka .....	79
Příloha č. 6 – Kvalitativní vyšetření moče a močového sedimentu .....	80
Příloha č. 7a – Laboratorní žádanka – Zdravotnické zařízení č. 1 .....	81
Příloha č. 7b – Žádanka o laboratorní vyšetření – Zdravotnické zařízení č. 2 .....	82
Příloha č. 7c – Průvodní list – Zdravotnické zařízení č. 3 .....	83
Příloha č. 8 – Žádanka o předtransfuzní vyšetření a Žádanka o výdej transfuzních přípravků.....	84
Příloha č. 9a – Ošetřovatelská anamnéza strana č. 1 .....	85
Příloha č. 9b – Ošetřovatelská anamnéza strana č. 2.....	86
Příloha č. 10 – Ošetřovatelský záznam.....	87
Příloha č. 11 – Hodnocení ošetřovatelské péče .....	88
Příloha č. 12 – Ošetřovatelská překladová zpráva.....	89
Příloha č. 13 – Plán péče o proleženiny a jiné rány.....	90
Příloha č. 14 – Dodatečné hlášení změn v počtu diet.....	91
Příloha č. 15 – Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta.....	92
Příloha č. 16 – Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy .....	93
Příloha č. 17 – Hlášení nežádoucí události.....	94
Příloha č. 18 – Hlášení počtu nemocných .....	95
Příloha č. 19 – Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování .....	96
Příloha č. 20 – Identifikační náramek na ruku .....	97
Příloha č. 21 – Index ošetřovaných .....	98
Příloha č. 22 – Předpis stravy pro oddělení.....	99
Příloha č. 23 – Příkaz ke zdravotnímu transportu .....	100
Příloha č. 24 – Protokol o vnesení návykových látek pacientem (převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem) .....	101
Příloha č. 25 – Záznam výkonů .....	102
Příloha č. 26 – Záznam o zvlášť účtovaných léčivých přípravcích a zvláštních položkách.....	103
Příloha č. 27 – Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením..	104
Příloha č. 28 – EKG, TK, ostatní.....	105
Příloha č. 29 – Kartička na jídlo .....	106
Příloha č. 30 – Kartička na vyšetření.....	107
Příloha č. 31 – Kartička P + V .....	108
Příloha č. 32 – Plachta na jídlo .....	109
Příloha č. 33 – Plachta na inzuliný .....	110
Příloha č. 34 – Plachta P+V, GE .....	111
Příloha č. 35 – Magnetická tabule se jmény pacientů .....	112

# 15 PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 – Průvodní dopis

Věc: Žádost o souhlas se sběrem dat pro bakalářskou práci na interním oddělení.

Vážená paní náměstkyně,

obracím se na Vás se žádostí o souhlas se sběrem dat pro empirickou část mé bakalářské práce na oddělení, kde pracuji. Tématem mé bakalářské práce je problematika činnosti všeobecné sestry u lůžka, vedoucí práce je PhDr. Marie Zvoníčková z Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK.

Sběr dat bude probíhat metodou zúčastněného pozorování a zaznamenávání činností, které sestra ve směně provádí, s následným doplněním formou polostrukturovaného rozhovoru s pozorovanými sestrami. Získala jsem předběžný souhlas své přímé nadřízené i kolegyň – sester z interního oddělení. Pokud budete s výzkumným šetřením souhlasit, ráda poskytnu jeho výsledky vedení nemocnice.

Děkuji Vám.

S úctou

Iva Vacková

Studentka 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Obor Ošetřovatelství

## Příloha č. 2 – Dekurz

Interní oddělení,

---

Pojišťovna : \_\_\_\_\_

RČ: \_\_\_\_\_  
Narozen/a : \_\_\_\_\_  
Zaměstnavatel : \_\_\_\_\_

---

D9 geri  
kat. 3

Statim UKI, CRP, KO, gly, JT, INR, D-dimery, kardio markery  
Hemokultura 2x nyní  
moč chem. + sed., moč K+C

1 zavést PMK  
příjem + výdej/24 hod.  
EKG příjmové  
EKG kontrolní ráno  
RTG plic nyní  
PŽK zaveden RZOP 21.4.2018, péče o i.v. vstup  
sputum ad kultivace po odkašlání

2 TK, TF 3xd  
TT 3xd  
---

i.v.:  
Betaloc amp. 5 mg i.v. nyní bolus +  
kontrolní TF za 30 minut

Plasmalyte 1000 ml i.v. na 8 hod.  
12:00-20:00, 22:00-6:00

3 Ambrobene amp. i.v. á 8 hod. 13:00, 21:00, 5:00  
---

**ATB:**  
dle lab.  
---

**nebulizace:**  
Atrovent 1 ml + 1 ml FR 3xd  
4 Ambrobene 1 ml + 1 ml FR 3xd  
---

**p.o.: po kontaktu s rodinou ev. upravíme sílu léčiv**  
Bisoprolol Mylan 5 mg tbl. 1-0-0  
Lozap 50 mg tbl. 0-0-1 při TK nad 120/70 !!!!  
Lorista H 50/12.5 mg tbl. 1-0-0  
Torvacard neo 10 mg tbl. 0-0-1  
Warfarin 3 mg 0-1/2-0  
Medrol 8 mg 1/2-0-0

5 **Pantoprazol 40 mg tbl. 1-0-0**

6

**6:30 - 18.30 hodin**      **Za správnost provedených ordinací odpovídá**      **18:30 - 6:30 hodin**  
Za praktickou sestru i.v. medikaci aplikovala :

### Příloha č. 3 – Edukační záznam

Identifikační štítek pacienta		<b>EDUKAČNÍ ZÁZNAM</b>				
Edukant		Použitá metoda		Reakce pacienta		
I. hospitalizovaný pacient		A. ústně		a. verbalizuje pochopení		
II. rodinný příslušník		B. praktická ukázka		b. prokazuje dovednosti		
III. zákonný zástupce		C. písemně		c. nutno opakovat		
		D. nácvik		d. není schopen pochopit		
		E. jiné		e. odmítá výuku		
Téma edukace						
1. vstupní informace		9. péče o ránu		17. výživa		
2. informace při propuštění		10. respirační péče		18. prevence pádu, vhodná obuv		
3. změna zdravotního stavu		11. péče o stomii		19. pohybový režim		
4. informace při překladu		12. medikace		20. edukace fyzioterapeutem		
5. předoperační příprava		13. péče o invazivní vstupy		21. edukace ergoterapeutem		
6. pooperační péče		14. pastorální péče		22. bolest		
7. diagnostický výkon		15. sebek péče				
8. aplikace inzulínu		16. užívání pomůcek				
Rozsah vstupních informací						
Manipulace s lůžkem a signalizačním zařízením						
Prostorové uspořádání oddělení						
Vnitřní řád						
Možnost uložení cenností						
Datum	Edukant	Metoda	Téma	Reakce	Podpis edukátora	Podpis edukanta

## Příloha č. 4a – Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, 1. strana

### POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S HOSPITALIZACÍ

razítko oddělení

Jméno pacienta: ..... rodné číslo: .....

Adresa: .....

Zákonný zástupce: .....

Diagnóza při přijetí: .....

#### Prohlášení a souhlas pacienta/ky (zákonného zástupce)

1. Prohlašuji, že jsem byl/a uvedeným lékařem srozumitelně poučen/a v osobním rozhovoru o mém zdravotním stavu, charakteru mého onemocnění, o předpokládaném vývoji choroby. Obdržel/a jsem údaje o očekávaném prospěchu léčby, o navrhovaných způsobech vyšetření i léčby. Dále údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a o pracovní schopnosti v souvislosti s onemocněním či provedením příslušného výkonu. Byl/a jsem poučen/a o léčebném režimu, o případném riziku uvedených postupů a o právu mého svobodného rozhodnutí o dalším navrhovaném postupu.
2. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o tom, že nemůže být poskytnuta lékařem a jeho spolupracovníky úplná záruka na úspěch léčby, že při navrženém způsobu léčení nebo při plánovaném operačním výkonu, může dojít ke vzniku předvídatelných i nepředvídatelných zdravotních komplikací, popř. následků. Souhlasím s provedením potřebných laboratorních, radiodiagnostických a případně dalších instrumentálních vyšetření. V případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu, např. krve, moči.
3. Výslovně souhlasím s tím, aby mé osobní údaje a údaje o mém zdravotním stavu, včetně všech výsledků vyšetření, byly zaznamenány do zdravotnické dokumentace a byly k dispozici zdravotnickým pracovníkům nemocnice, nebo byly případně předávány i jinému zdravotnickému zařízení, které se na mém léčení podílí.
4. Dále souhlasím, aby osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (studenti SŠ, VOŠ, VŠ . . .) mohli nahlížet do mé zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném a tito prováděli pod odborným dohledem lékařskou i ošetrovatelskou péči v souladu s organizačními normami a standardy nemocnice a byli přítomni při mém vyšetřování a ošetřování.

#### Poučení

Dále si Vás dovoluujeme upozornit, že při pobytu v naší nemocnici jste povinen/na řídit se Vnitřním řádem Nemocnice Sušice umístěným na každém pokoji pacientů. Další Vaše práva a povinnosti jsou uvedena v informačním materiálu Práva a povinnosti pacientů, který je Vám k dispozici taktéž na každém pokoji.

**Byl(a) jsem seznámen(a) s Vnitřním řádem nemocnice i Právy a povinnostmi.**

## Příloha č. 4b – Poučení a informovaný souhlas pacienta s hospitalizací, 2. strana

SOUHLASÍM S VÝŠE UVEDENÝM\*

SOUHLASÍM S VÝHRADAMI\*:

NESOUHLASÍM\*

\* prosím označte jednu z variant

.....  
podpis lékaře

.....  
podpis pacienta  
(zákonného zástupce)

V Sušici dne ..... v ..... hod.

.....  
jméno a příjmení, trvalé bydliště a rodné číslo rodičů, zákonných zástupců

.....  
podpis rodiče, zákonného zástupce

Určuji osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu/o zdravotním stavu opatrované osoby, mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o mně vedené nebo do jiných záznamů vztahujících se k mému zdravotnímu stavu, pořizovat si výpisy nebo kopie těchto dokumentů:

Pokud nebudu moci s ohledem na můj zdravotní stav (např. bezvědomí) vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, mohou níže uvedené osoby vyslovit souhlas či nesouhlas za mou osobu:

popř. INFORMACI O MÉM ZDRAVOTNÍM STAVU NEDOVOLUJI POSKYTNOUT /komu/:

Vyplňte v případě, že pacient/ka vnímá, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a souhlas s hospitalizací,

protože: .....

Způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy     gestem \_\_\_\_\_     očima     jinak \_\_\_\_\_

Svědék: \_\_\_\_\_

jméno a příjmení                      podpis (



## Příloha č. 6 – Kvalitativní vyšetření moče a močového sedimentu

KVALITATIVNÍ VYŠETŘENÍ MOČE A MOČOVÉHO SEDIMENTU									
Příjmení					ZP				
Jméno					Věk				
Datum					Odd.				
Vzorek je z ..... hodiny									
1005	1010	1015	1020	>	kg/m <sup>3</sup>	Hustota			
5	6	7	8	9	j	pH			
0	1	2	3	4	j	Bílkovina			
0	1	2	3	4	j	Glukóza			
0	1	2	3		j	Ketolátky			
0	1	2	3		j	Urobilinogen			
0	1	2	3		j	Billirubin			
0	1	2	3		j	Krev			
Sediment (průměr v zorném poli)									
0-4	5-10	11-20	21-40	Plně pole	Shluky	U-Erythrocyty			
0-4	5-10	11-20	21-40	Plně pole	Shluky	U-Leukocyty			
0	1-4	5-10	>10			Válce	Hyalinní		
0	1-4	5-10	>10				Granul.		
0	1-4	5-10	>10				Leukocytové		
0	1-4	5-10	>10						
1-4	5-10	11-20	>20			Epitelle	Dlaždic.		
1-4	5-10	11-20	20						
Bakterie		Kvasinky		Hlen					
K.močová	Uráty	Drt'		Krystaly					
Oxaláty	Tripel-fosfát	Lékové							
Poznámka									
Vyšetřil									
DITIS 114 106 0 · Dodává DITIS, s.r.o., PS 31, Oldřichovice 24 562 06 Ústí nad Orlicí, telefon 465 52427, fax+záznam 465 525 701									





**Příloha č. 7b – Žádanka o laboratorní vyšetření – Zdravotnické zařízení č. 2**

**SDRUŽENÁ ŽÁDANKA O LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**
Místo pro nalepení čárového kódu

<b>RČ/Č. pojištění</b> /    /    /	<b>Datum příjmu</b> .    .    /    .    .    /    .    .    /	<b>Čas příjmu</b> :    .    /	
<b>ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ - razítko a podpis lékaře</b>			
<b>Příjmení</b> /    /    /    /    /	<b>IČP</b> /    /    /    /    /    /    /	<b>ODBORNOST</b> /    /    /	
<b>Jméno</b> /    /    /    /    /	<b>SAMOPLÁTCE</b> <input type="checkbox"/>	<b>HOSPITALIZOVANÝ PACIENT</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Titul</b> /    /    /    /    /	<b>PENDLER</b> <input type="checkbox"/>	RAZÍTKO	
<b>Diagnózy</b> /    /    /    /    /	<b>IZIP</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Odběr dne</b> .    .    /    .    .    /	<b>Čas</b> :    .    /		
<b>Transport dne</b> .    .    /    .    .    /	<b>Čas</b> :    .    /	<b>PŘIJAL</b> /    /    /	
<b>Požadavek na doručení výsledku:</b>			
<b>STATIM</b> <input type="checkbox"/>	<b>Telefon pro STATIM</b> /    /    /    /    /	<input type="checkbox"/> <b>KOPII NÁLEZU ZASLAT K</b> /    /    /	
<b>Pošta</b> /    /    /	<b>Svoz</b> <input type="checkbox"/>	<b>Vyzvednutí</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Telefon</b> /    /    /    /    /	<b>Číslo</b> /    /    /    /    /	(pouze lékaři)	
<b>Fax</b> /    /    /    /    /	<b>Číslo</b> /    /    /    /    /	(pouze lékaři)	
<b>Doplňující údaje pro výpočty (clearance, odpady aj)</b>			
<b>Specifická hmotnost moče</b> /    /    /	<b>Objem moče (ml)</b> /    /    /	<b>Hmotnost (kg)</b> /    /    /	<b>Výška (cm)</b> /    /    /
		<b>Doba sběru (HH:MM)</b> :    .    /	<b>GF výpočtem</b> <input type="checkbox"/>
<b>Biochemie</b> Srážlivá krev - sklo, plast s červeným uzávěrem, Sarstedt červený uzávěr		<b>Hematologie</b>	
<b>Základní soubor</b>		<b>Lipidický soubor</b>	<b>Diabetologie</b>
<input type="checkbox"/> 1 Močovina	<input type="checkbox"/> 19 Lipoproteiny beta	<input type="checkbox"/> 48 Glykovaný hemogl.	<input type="checkbox"/> Krevní obraz + dif.
<input type="checkbox"/> 2 Kreatinin	<input type="checkbox"/> 23 Triglyceridy	<input type="checkbox"/> 138 OGTT	<input type="checkbox"/> Krevní obraz
<input type="checkbox"/> 3,4,5 Na + K + Cl	<input type="checkbox"/> 20 Cholesterol celkový	<input type="checkbox"/> *37 SCR GDM	<input type="checkbox"/> 304 Retikulocyty
<input type="checkbox"/> 35 Ca (vápník)	<input type="checkbox"/> 21 Cholesterol HDL	<input type="checkbox"/> # Mikroalbuminurie	<input type="checkbox"/> 341 Osmot. rezistence ery.
<input type="checkbox"/> 37 P (fosfor)	<input type="checkbox"/> 33 Cholesterol LDL	<input type="checkbox"/> # C-peptid	<input type="checkbox"/> 340 Trombocyty mikroskopicky
<input type="checkbox"/> 40 Mg (hořčík)	<b>Kardiomakery</b>		<b>Speciální vyšetření</b>
<input type="checkbox"/> 6 Glukóza-žilní sérum	<input type="checkbox"/> 55 Troponin I	<input type="checkbox"/> 612 ELFO bílkovin séra	<input type="checkbox"/> 331 Tromboplastinový test (Quick)
<input type="checkbox"/> 142 Glukóza-žilní plazma	<input type="checkbox"/> 56 Myoglobin	<input type="checkbox"/> # Imunofixace (paraprot.)	<input type="checkbox"/> 334 aPTT
<input type="checkbox"/> 144 Glukóza-kapilární	<input type="checkbox"/> 57 NT-pro BNP	<input type="checkbox"/> # VLŘ kappa/lambda	<input type="checkbox"/> 45 Fibrinogen
<input type="checkbox"/> 7 Amyláza	<input type="checkbox"/> 30 CK	<input type="checkbox"/> # Cystatin C	<input type="checkbox"/> 344 D-dimery
<input type="checkbox"/> # Lipáza	<input type="checkbox"/> 31 CK-MB	<input type="checkbox"/> # Vitamin D	<input type="checkbox"/> 618 Antitrombin III
<input type="checkbox"/> 9 AST	<b>Metabolismus železa (plastová zkumavka)</b>		<input type="checkbox"/> 310 FW
<input type="checkbox"/> 10 ALT	<input type="checkbox"/> 38 Fe	<input type="checkbox"/> 66 Opiáty/Morfin	<b>Imunohematologie</b>
<input type="checkbox"/> 12 Bilirubin celkový	<input type="checkbox"/> 39 FE-VK	<input type="checkbox"/> 67 Kokain	<input type="checkbox"/> Srážlivá krev (červený uzávěr)
<input type="checkbox"/> 13 Bilirubin konjugovaný	<input type="checkbox"/> # Feritin	<input type="checkbox"/> 65 Kanabinoidy	<input type="checkbox"/> 401 Krevní skupina + Rh (samostatná zkum.)
<input type="checkbox"/> # Cholinesteráza	<input type="checkbox"/> # Transferinové recep.	<input type="checkbox"/> 68 Amfetaminy	<b>Gastroenterologie</b>
<input type="checkbox"/> 15 GMT	<input type="checkbox"/> # Transferin	<input type="checkbox"/> 76 Metamfetaminy	<input type="checkbox"/> # Anti Parietální b.
<input type="checkbox"/> 16 Alkalická fosfatáza	<input type="checkbox"/> # Vitamin B12	<input type="checkbox"/> 69 Ecstasy	<input type="checkbox"/> # Anti Vnitřní faktor
<input type="checkbox"/> # ALP Kostní + jaterní	<input type="checkbox"/> # Folát	<input type="checkbox"/> 75 Buprenorfin (Subutex)	<input type="checkbox"/> # Anti ASCA IgA/G
<input type="checkbox"/> 25 Celková bílkovina	<b>Vyšetření stolice</b>	<input type="checkbox"/> 72 Metadon	<b>Celiakie</b>
<input type="checkbox"/> 26 Albumin	<input type="checkbox"/> 185 Okultní krvácení	<input type="checkbox"/> 73 Phencyklidin	<input type="checkbox"/> # Anti tTG (transgl.) IgA/G
<input type="checkbox"/> 24 Kys. močová (urát)		<input type="checkbox"/> 74 Tric. antidepressiva	<input type="checkbox"/> # Anti EMA (endom.) IgA/G
<input type="checkbox"/> 60 CRP		<input type="checkbox"/> 70 Benzodiazepiny	<input type="checkbox"/> # Anti Gliadin IgA/G
<input type="checkbox"/> 28 Osmolalita		<input type="checkbox"/> 71 Barbituráty	
<b>MOČ</b>			
<input type="checkbox"/> 8 Amyláza	<input type="checkbox"/> 112 Mg (hořčík)	<input type="checkbox"/> 106 Glukóza (kvant.)	<input type="checkbox"/> Moč chem. + sed.
<input type="checkbox"/> 103 Na + K + Cl	<input type="checkbox"/> 101 Močovina (urea)	<input type="checkbox"/> 116 Bílkoviny (kvant.)	<input type="checkbox"/> # Osmolalita
<input type="checkbox"/> 110 Ca (vápník)	<input type="checkbox"/> 102 Kreatinin	<input type="checkbox"/> 262 Glukóza (průkaz)	<input type="checkbox"/> # Panopt. barevní ery.
<input type="checkbox"/> 111 P (fosfor)	<input type="checkbox"/> Clearance kreat.	<input type="checkbox"/> 263 Ketolátky (průkaz)	<input type="checkbox"/> eGF (MDRD)

**Odběrová místnost**  
**Telefonní kontakty:**

A A Ä B C C D D E E F G H I I J K L L Ĺ M N N O O Ö P Q R R S S T T U U Ü V W X Y Z Ž 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Pole vyplňuje zleva! Při vyplňování používejte velké tiskací písmo. Vyplňte čitelně tmavomodrým, nebo černým propisovacím perem dle vzoru. Text nesmí přesahovat předtíštěný rámeček!

Copyright © 2014 - NUPSESO CZ, s.r.o.
Další metody - druhá strana

**Příloha č. 7c –Průvodní list – Zdravotnické zařízení č. 3**

<h2 style="text-align: center;">Průvodní list</h2> <p style="text-align: center;">k mikrobiologickému vyšetření</p>		Laboratorní číslo :		
		Antibiotická terapie :		
Číslo pojištěnce :		Pojišťovna:		
Jméno a příjmení:		Datum, čas odběru:		
Adresa:		Hlavní diagnóza:		
Cizinci - datum narození:		pohlaví: muž - žena		
<b>Bakteriologická vyšetření</b>		<b>Urogenitální vyšetření</b>		Razítko, podpis lékaře:
výtěr z krku		moč kvantitativně		
výtěr z nosu		moč cévkovaná		
výtěr z nosohltanu		moč PMK		
výtěr z dutiny ústní		urikult		
laryngeální výtěr		moč pneumokok - Ag		
sputum <input type="checkbox"/> BAL		moč legionela - Ag		
punktát z ORL dutin		ejakulát		
výtěr ze zev. zvukovodu P - L		výtěr z pochvy		<b>Sérologická vyšetření °</b>
sekret ze středouší P - L		výtěr z pochvy- GBS		
spojivkový vak P - L		výtěr genitorektální- GBS		krev mok punktát
<b>výtěr z rektu</b> - běžné patogeny (včetně Campylobacter )		výtěr z uretry		lues ( RRR, TPHA)
kontrola - Salmonella		MOP (2 sklíčka)		mononukleóza (IM, OCH test)
kontrola - Campylobacter		gonokultivace		anti-EBV (VCA, EA, EBNA)
výtěr z rektu -Yersinia		Mycoplasma/Ureaplasma		anti-CMV IgM, IgG
anaerobní vyš. stolice		Chlamydia trachomatis - Ag		Mycoplasma pneum. IgM, IgG
adeno-rotaviry (stolice)		Trichomonas vaginalis - Ag		Chlamydia pneum. IgA, IgM, IgG
Helicobacter pylori -Ag(stolice)		vyšetření na kvasinky		Chlamydia trachomat. IgA, IgG
Clostridium difficile-Ag(stolice)		citlivost na antimykotika		Chlamydia Western blot
<b>stěr z rány</b>		anaerobní kultivace		Bordetella parapertussis-aglut.
stěr z kůže		<b>Mykologická vyšetření</b>		Bordetella pertussis IgA, IgG
absces		vyšetření na kvasinky		toxoplasmóza IgM, IgG, IgA
dekubitus		citlivost na antimykotika		lymeská borrelióza IgM, IgG
píštěl		<b>Parazitologická vyšetření</b>		lym.borrelióza Western blot
běrcový vřed		stolice na střevní parazity		listeriόza
stěr z.....		červi nebo jejich části		tularémie
hnis z .....		vyšetření na enterobiόzu a vajíčka tasemnic		jiné:.....
likvor		čerstvá stolice na lambliózu a amoebόzu		Poznámky k vyšetření:
žluč				
katetr z .....				
stěr z kůže před hemokulturou				
hemokultura BACTEC				
peritoneální dialyzát		<b>Datum a čas převzetí vzorku:</b>		Převzal a revidoval:
anaerobní kultivace				
F_301, 1.7.2017, v22				

**Příloha č. 8 – Žádanka o předtransfuzní vyšetření a Žádanka o výdej transfuzních přípravků**

Krevní banka:

**ŽÁDANKA O PŘEDTRANSFUZNÍ VYŠETŘENÍ**

Jméno pacienta: Rodné číslo: Dg.:      Pój.: <b>Ks + Rh</b>	Oddělení:	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Rutina</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">Stavba</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;"> </td></tr> </table>	X	Rutina	X	Stavba	X	
X	Rutina							
X	Stavba							
X								

Požadovaná vyšetření:	Podpis a razítko ordinujícího lékaře:						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">Ks + Rh</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td>Zkouška kompatibility</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td>Vyš.nepravidelných protilátek</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> </table>	Ks + Rh	X	Zkouška kompatibility	X	Vyš.nepravidelných protilátek	X	
Ks + Rh	X						
Zkouška kompatibility	X						
Vyš.nepravidelných protilátek	X						

Požadavek:	Množství TP	Den, hodina	
EBR <small>erytrocyty bez bunty coatu</small>			
ERD <small>erytrocyty oleukolizované</small>			
PKA <small>mrazena plazma</small>			

<b>Odebral, datum, čas odběru:</b>

**Imunohematologická a transfuzní anamnéza:**

Informace o předchozích transfuzích:

Zjištěné nepravidelné protilátky proti erytrocytům – kdy, jaké

Případné potransfuzní reakce:

Datum a čas příjmu do laboratoře:

Přijal (jméno + podpis):

---

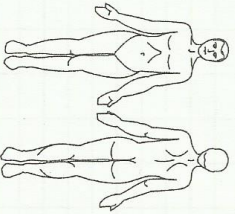
**ŽÁDANKA O VÝDEJ TRANSFUZNÍCH PŘÍPRAVKŮ**

Jméno pacienta: Rodné číslo: Dg.:      Pój.: <b>Ks + Rh</b>
----------------------------------------------------------------------

počet připravených TP:

	datum
vydané TP:	

# Příloha č. 9a – Ošetřovatelská anamnéza strana č. 1

<b>Ošetřovatelská anamnéza</b>	
<p>Jméno, příjmení, titul ..... datum přijetí .....</p> <p>rodné číslo ..... pohlaví <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena</p> <p>oddělení .....</p> <p>Hospitalizace  <input type="checkbox"/> poprvé <input type="checkbox"/> opakované                      překlad:.....</p> <p>Stav při přijetí .....                      TK:..... P:..... TT:.....</p> <p>hmotnost:..... výška:..... hematom <input type="checkbox"/></p> <p>otevřená rána poranění <input type="checkbox"/></p> <p><b>Alergie</b>  <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>alergen, včetně potravinového: .....</p>	<p><b>Bolest</b>  <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická</p> <p>lokalizace</p> <p>intenzita                      0 1 2 3 4 5                       ----- ----- ----- ----- ----- </p> <p><b>Tělesná soběstačnost</b>                      soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/>                      zvýšená péče <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/></p> <p><b>Pomoc při</b>                      chůzi <input type="checkbox"/> vsívání z lůžka <input type="checkbox"/> jídle <input type="checkbox"/>                      polohování <input type="checkbox"/> osobní hygieně <input type="checkbox"/></p> <p><b>Spánek</b>                      pravidelný <input type="checkbox"/> narušený <input type="checkbox"/>                      pravidelně užívá léky na spaní <input type="checkbox"/>                      jaké .....</p> <p><b>Komunikace</b>                      bez omezení <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> zmatený <input type="checkbox"/>                      úzkostlivý <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> spavý <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/></p> <p><b>Výživa</b>                      normální <input type="checkbox"/> porucha <input type="checkbox"/> nechtůstiví <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/>                      hubnutí <input type="checkbox"/> otylost <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Kůže</b> ..... změny na kůži <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>otoky <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>dekubity <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>stupni:                      1. zčervenání                      2. tvorba puchýřů                      3. poškozená kůže                      4. hluboká poškození tkáně</p> 	<p><b>Vylučování</b>                      stolice pravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> krev ve stolici <input type="checkbox"/>                      průjem <input type="checkbox"/> projímadlo <input type="checkbox"/></p> <p><b>Handicap</b>                      zrak <input type="checkbox"/> sluch <input type="checkbox"/> řeč <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/>                      kardiostimulátor <input type="checkbox"/> cizinec <input type="checkbox"/></p> <p>Kontakt se sociálním pracovníkem  <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Potřeba duchovních služeb  <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Rodina</b>                      nejbližší příbuzní: ..... telefon: .....</p> <p>rodina informována <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Pacient byl seznámen s:                      Domovním řádem a Právy pacienta <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne                      uložením cenosti do trezoru <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Důvod proč nebyl nasazen identifikační náramek .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Souhlasím, aby v rámci výuky studenti pracovali s mojí dokumentací, ošetrovali mne a byli přítomni při mém vyšetření.                      Souhlasím s hospitalizací.</p> <p>Anamnézu odebrala:..... dne:..... čas:.....</p> <p>Podpis pacienta:.....</p>

DITIS 116 549 635 80 81

Dotátná DITIS - spol. s r. o., Oldřichovice 24, 562 06 Ústí nad Orlicí, tel., fax+záznam 465 524 091, 465 524 027, e-mail: ditis@ditis.cz, www.ditis.cz

Jiřka KLUVÁRKOVÁ

**Príloha č. 9b – Ošetrovateľská anamnéza strana č. 2**

BARTHELLEV TEST základných všedných činností									
Hodnocení rizika pádu									
DATUM:									
1. Jídlo a pití	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
2. Přesun ložko-židle	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
3. Osobní hygiena	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
4. Použití WC	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
5. Koupatí, sprchování	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
6. Chůze po rovni	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
7. Chůze po schodech	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
8. Oblékání	Nepravde	0							
	S pomocí	5							
	Samostatně	10							
9. Kontinence moči	Inkontinence	0							
	Občas inkontinence	5							
	inkontinence	10							
10. Kontinence stolice	Inkontinence Občas inkontinence	0 5							
	inkontinence	10							
CELKEM BODŮ:									
Podpis a razítko sestry:									
Hodnocení stupně závislosti									
0-40 bodů	Vysoce závislý								
45-60 bodů	Závislost středního stupně								
65-95 bodů	Lehká závislost								
96-100 bodů	Nezávislý								

Hodnocení rizika pádu									
AKTIVITA	SKÓRE	Datum							
POHYB	Neomezený	0							
	Používá pomůcky	1							
	Potřebuje pomoc k pohybu	1							
	Neschopen přesunu	1							
VYPRAZDŇOVÁNÍ	Nežaduje pomoc	0							
	Historie nykturie/inkont.	1							
	Vyžaduje pomoc	1							
MEDIKACE	Nežádá rizikové léky	0							
	Užívá léky ze skupiny:	1							
	- diuretik								
	- antikonvulziv								
	- antiparkinsonik								
	- antihypertenziv								
	- psychotrop. léky, narkotika								
SMYSLOVÉ PORUCHY	Žádné	0							
	Vyháňl, sluchové, smyslový deficit	1							
MENTALNÍ STAV	Orientován	0							
	Noční dezorientace	1							
	Dezorientace/demenace	1							
	18 - 75	0							
	75 a výše	1							
CELKOVÉ SKÓRE:									

Hodnocení nutričního stavu pacienta									
DATUM	Datum								
Ztratil pacient za poslední 3 měsíce váhu, aniž by se o to pokoušel?	Ano	1	1	1	1				
	Ne	0	0	0	0				
Trpí pacient onemocněním demenace, CA, chronické rány?	Ano	1	1	1	1				
	Ne	0	0	0	0				
Ji pacient v současné době málo?	Ano	1	1	1	1				
	Ne	0	0	0	0				
CELKEM									

HODNO- CENÍ:	3x ano	Kontaktuj nutričního terapeuta
	1-2x ano	Sledování příjmu potravy sestrou, krmení, dohládku porci, záznam do realizace oš. plánu

**NEBEZPEČÍ RIZIKA PÁDU VZNIKÁ  
PŘI 3 BODECH A VÍCE**

**Založte v ošetrovateľském plánu  
diagnózu „Riziko vzniku pádu“**

NEBEZPEČÍ DEKUBITŮ VZNIKÁ PŘI 25 BODECH A MĚNĚ									
Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Každé další onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	
úplná	< 10	4 normální	4 žádné	4 dobrý	4 dobrý	4 chodí	4 úplná	4 není	4
malá	< 30	3 alergie	3 DM, anemie	3 zhoršený	3 apatický	3 doprovod	3 částečně omezená	3 občas	3
částečná	< 60	2 vlhká	2 kachexie, ucpávání tepen	2 špatný	2 znatelný	2 sedáčka	2 velmi omezená	2 převážně moč	2
žádná	> 60	1 suchá	1 obezita, karcinom	1 velmi špatný	1 bezvědomí	1 leží	1 žádná	1 moč-stolice	1



**Příloha č. 11 – Hodnocení ošetrovatelské péče**

<b>Hodnocení ošetrovatelské péče</b>		
<b>datum / čas</b>	<b>denní směna</b>	<b>noční směna</b>







**Příloha č. 14 – Dodatečné hlášení změn v počtu diet**

Oddělení \_\_\_\_\_  
Kuchyňka \_\_\_\_\_  
Hodina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
razítko zdrav. zařízení

**DODATEČNÉ HLÁŠENÍ ZMĚN V POČTU DIET**  
k předpisu stravy na den

PŘIRŮSTKY			
Rodné číslo	Jméno	Dieta	Různé přídavky

ÚBYTKY			
Čís. oš. prot.	Jméno	Dieta	Odpis přídavek

Konečný stav nemocných dne \_\_\_\_\_ v \_\_\_\_\_ hodin

Vyhotovil \_\_\_\_\_ Schválil (přednosta odd.) \_\_\_\_\_

DITIS 114 922 0 Tisk: KOVAŘÍK, Č. Třebová  
Dodává DITIS, s. r. o., PS 31, Oldřichovice 24, 562 06 Ústí nad Orlicí, telefon 465 524 027, fax + záznam 465 525 701

**Příloha č. 15 – Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta**

F70003 Evidence zdravotnických prostředků pacienta

**Evidence zdravotnických prostředků třídy IIb a III pacienta**

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

Pracoviště / oddělení:

Rok:

List č.:

Identifikace ZP				Datum			
Název a číslo přístroje		Výrobní číslo	Evidenční číslo				
fibrilátor H.P.	2	3451A15720	7796				
Monitor LP 10	19	03117794	7867				
Monitor LP 10	20	03117795	7870				
Monitor LP 10	21	03117796	7868				
Monitor Advisor	108	704639040	7867				
Monitor Advisor	122	0711000004	7923				
Infuzní dávkovač Argus	123	6088814	d7994				
Infuzní dávkovač Argus	124	6098814	d7995				
Infuzní pumpa TE	191	1304010097	82599 2				
Infuzní pumpa TE	192	1503010274	82599 1				
Odsávačka Victoria	43	V3382	d3382				
Injekční dávkovač	45	9601176	30333				
Injekční dávkovač	46	9601209	30414				
Injekční dávkovač	47	9601175	30335				
Injekční dávkovač	49	611905	6770				
Injekční dávkovač	50	611906	6771				
Injekční dávkovač	51	611907	6772				
Injekční dávkovač	52	611908	6773				
Injekční dávkovač	53	611909	6774				
Injekční dávkovač	54	611910	6775				
Injekční dávkovač	110	2006-07121	7432				
Injekční dávkovač	111	2006-07122	7432				
Injekční dávkovač	112	2006-07123	7432				
Injekční dávkovač	113	2006-07124	7432				
Injekční dávkovač	114	2006-07125	7432				
Injekční dávkovač	118	612248	7222				
Injekční dávkovač	119	612249	7222				
Injekční dávkovač	120	612250	7222				
Injekční dávkovač	121	612251	7222				
Injekční dávkovač	122	612238	7223				
Odsávačka Victoria	43	V3382	d3382				
Injekční dávkovač	45	9601176	30333				
Infuzní pumpa	191	1304010097	82599				

**Příloha č. 16 – Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy**

<b>Formulář pro uložení peněžní hotovosti a cenných věcí do úschovy</b>	
Pacient: _____ (jméno, příjmení, r. č./štítek)	
Datum úmrtí: _____	
Bydliště: trvalé _____ přechodné _____	
<b>Seznam pozůstalosti:</b>	
_____	
_____	
_____	
_____	
Finanční hotovost *): _____ Kč (slovy: _____)	
<u>Cennosti:</u> Kreditní karty- typ karty (Visa, Mastercard atd.) _____	
(šperky, hodinky, klíče) *): _____ _____ _____ _____ _____	
Další- elektronika, TV, PC, mobil apod: *) _____	
*) - pokud zůstane nevyplněno- proškrtněte	
Informace o pozůstalosti předána dne: _____	
Osobě: _____	
Datum, razítko a podpis sestry _____	
Datum, razítko a podpis svědka _____	

## Příloha č. 17 – Hlášení nežádoucí události

Hlášení nežádoucí události		
Identifikační štítek pacienta:	Jméno přítomné osoby, svědka:	Datum a čas vzniku NU:
Typ nežádoucí události		
<input type="checkbox"/> Pád pacienta <input type="checkbox"/> bez zranění <input type="checkbox"/> se zraněním <input type="checkbox"/> lehké zranění <input type="checkbox"/> těžké zranění <input type="checkbox"/> Nehody, neočekávaná zranění <input type="checkbox"/> tupé poranění <input type="checkbox"/> ostré poranění <input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> Dekubit <input type="checkbox"/> z jiného ZZ, ze zařízení soc. služeb, z domova <input type="checkbox"/> vznik v našem zdravotnickém zařízení <input type="checkbox"/> Medikace, i. v. roztoky <input type="checkbox"/> Transfuze, krevní deriváty (nekompatibilní krev)		
<input type="checkbox"/> Chování osob <input type="checkbox"/> nespolupracující <input type="checkbox"/> nepovolený odchod <input type="checkbox"/> slovní napadení <input type="checkbox"/> fyzické napadení <input type="checkbox"/> poškození věci <input type="checkbox"/> krádež, finanční škoda <input type="checkbox"/> sebepoškození <input type="checkbox"/> Technické problémy <input type="checkbox"/> problémy se stavbou, zařízením <input type="checkbox"/> medicínské a přístrojové vybavení <input type="checkbox"/> Ostatní		
Popis vzniku nežádoucí události		
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Jméno lékaře a čas nahlášení NU:	Kontrola vitálních funkcí: <input type="checkbox"/> Krevní tlak <input type="checkbox"/> vědomí <input type="checkbox"/> Puls <input type="checkbox"/> ne	
	Porucha <input type="checkbox"/> ano	
Provedená opatření (ošetření, doporučení, preventivní opatření)		
_____ _____ _____ _____		
Hlášení sepsal/a:	Hlášení převzala:	
	94	

## Příloha č. 18 – Hlášení počtu nemocných

**HLÁŠENÍ POČTU NEMOCNÝCH** dne  rok

Počet lůžek vybavených pro přijetí

Oddělení:

Přijati		Propuštěni		Zemřeli		
1		1		1		
2		2		2		
3		3		3		
4		4		4		
5		5		Pohyb nemocných	Celkem	Z toho dětí
6		6		Stav předchozího dne		
7		7		Přijati		
8		8		Převzati z jiných oddělení		
9		9		Propuštěni		
10		10		Zemřeli		
11		11		Předání na jiná oddělení		
12		12		Stav hlášeného dne		
13		13				
14		14				
Převzati z jiných oddělení		Předání na jiná oddělení		Povolené vzdání		
1		1		1		
2		2		2		
3		3		3		
4		4		4		
5		5		5		

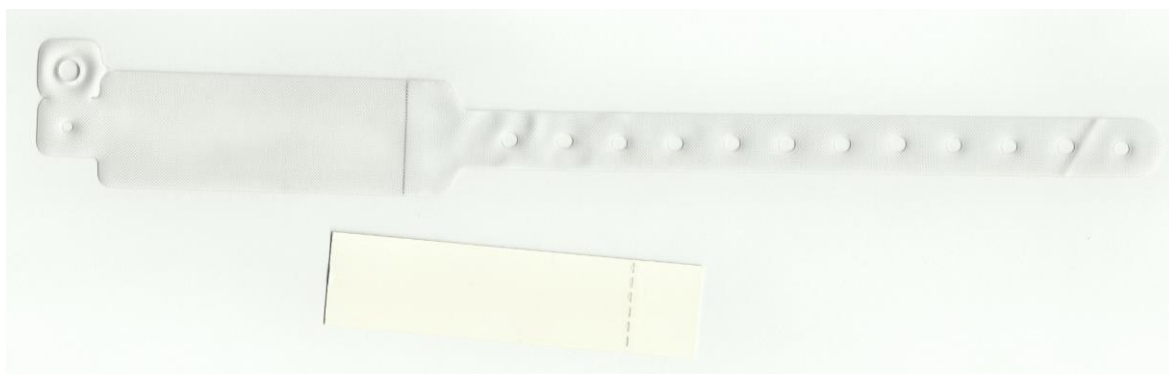
DITIS 114 027 0 Podpis sestry:  
 Dodává DITIS, s. r. o., PS 31, Oldřichovice 24, 562 06 Ústí n. O., telefon 465 524 027, fax + záznamník 465 525 701 Tisk: KOVÁŘIK, Česká Třebová

## Příloha č. 19 – Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování

Hlášení o přijetí do ústavního ošetřování (narození), o propuštění z ústavního ošetřování			
Číslo chor.: <input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>A</b>	Rodné číslo: <input type="text"/>	IČO/PČZ: <input type="text"/>	
Příjmení, jméno: .....		Oddělení (nák. stf.): <input type="text"/>	
Rozený/á: .....		Poř. číslo pacienta: <input type="text"/>	
Trvalé bydliště: .....		Č. pojišť.: <input type="text"/>	
okres: ..... obec: .....		Pojišť./Typ pojištění: <input type="text"/>	
Přechodné bydliště: .....		Číslo OP: .....	
Č. potvrzení PN: .....		Vydal: .....	
Zaměstnavatel: .....			
Rodinný stav:		Zaměstnání:	
0 - neznámý		0 - nepracující, dítě	
1 - svobodný/á		1 - vedoucí a řídicí pracovník	
2 - ženatý, vdaná		2 - vědecký a odb. duš. pracovník	
3 - rozvedený/á		3 - techn. zřev. a ped. pracovník	
4 - ovdovělý/á		4 - nižší administrativní pracovník	
5 - druh, družka		5 - provozní pracovník ve službách	
		6 - kvalifikovaný zemědělský a lesní dělník	
		7 - řemeslník a kvalifikovaný dělník	
		8 - obsluha stroju a zařízení	
		9 - pomocný a nequalifikovaný pracovník	
Přijetí doporučit:			
0 - narození v nemocnici			
1 - praktický lékař			
2 - jiný oš. lékař			
3 - lékař LSPP			
4 - lékař RZPP			
5 - jiné zařízení			
6 - jiné oddělení			
7 - bez doporučení			
8 - soc. pracovník			
9 - hospitalizace pokračuje (začátek zúčt. období)			
Jméno, adresa, telefon nejbližších příbuzných: .....			
Jméno a adresa odesíl. (oš.) lékaře: .....			
Pracovní neschopnost:		Přijat/a:	
Od: .....		Propuštěn/a: .....	
do: .....		Zemřel/a:	
		Přeložen/a: .....	
Vystavil (datum, podpis): <input type="text"/>			
<small>                 Dodávka DITIS s.r.o. Okružní ulice 24, 562 05 Ústí nad Ohří, tel.: fax: 48524027 48524021 e-mail: dits@dits.cz http://www.dits.cz             </small>			
DITIS 113 007 2			



**Příloha č. 20 – Identifikační náramek na ruku**







## Příloha č. 23 – Příkaz ke zdravotnímu transportu

Kód pojišťovny	požaduje: díl A	IČP	Čís. dokladu
		Odbornost	provedl: díl B
<b>PŘÍKAZ KE ZDRAVOTNÍMU TRANSPORTU</b>			Poř. č.
na den	ev. hod.	<b>* 711618</b>	
Příjmení a jméno			
Číslo pojištěnce		Kód náhr.	
Základní diagnóza		Ost. dg.	
Důvod k transportu:			
Odkud	Hradí ZP <input type="checkbox"/>		
Nejbližší SZZ	Hradí ZP <input type="checkbox"/>		
Kam	Hradí ZP <input type="checkbox"/>	obec, ulice, číslo	PSČ
Pokyny pro posádku: <input type="checkbox"/> dojde <input type="checkbox"/> dojde s pomocí <input type="checkbox"/> odnést vsedě <input type="checkbox"/> odnést vleže <input type="checkbox"/> dvouposádka			
Důvod doprovodu:			
		razítko a podpis přepravce	
ZP-34/2013	datum, razítko a podpis lékaře		LETECKÁ PŘEPRAVA
			Schválil RL:
			datum, razítko a podpis

Dodává DITIS, s. r. o., Orlíchovská 24, 562 06 Ústí nad Orlicí, tel.: +465 524 027, fax: +465 524 027, e-mail: ditas@ditas.cz, www.ditas.cz  
 Tisk: KOVÁŘIK, Česká Třebová

DITIS 115 034-13

**Příloha č. 24 – Protokol o vnesení návykových látek pacientem  
(převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem)**

**Protokol o vnesení návykových látek pacientem  
(převzetí, podání, vrácení léčiv s obsahem návykové látky)**

Oddělení .....

Štítek pacienta .....

Číslo chorobopisu .....

**Převzetí návykové látky**

Datum	Název, forma a síla NL	Množství NL	Převzala	Svěddek

**Podání návykové látky**

Datum a čas	Název, forma, síla, množství NL	Podpis sestry

**Vrácení návykové látky**

Název, forma, síla .....

Množství .....

Datum .....

Předala.....

Svěddek.....

Převzal(a).....

Číslo OP.....





**Příloha č. 27 – Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením**

**Žádost o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením**

Žádám o hospitalizaci na pokoji s nadstandardním vybavením.

Název oddělení: .....

Jméno a příjmení: .....

Bydliště: .....

Telefon: .....

Datum přijetí: .....

Prohlášení:

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že hospitalizace na nadstandardním pokoji je spojena s finanční úhradou, kterou se zavazuji uhradit v den propuštění.

Cena za den: 500,-- Kč

Dne .....

Podpis žadatele: .....



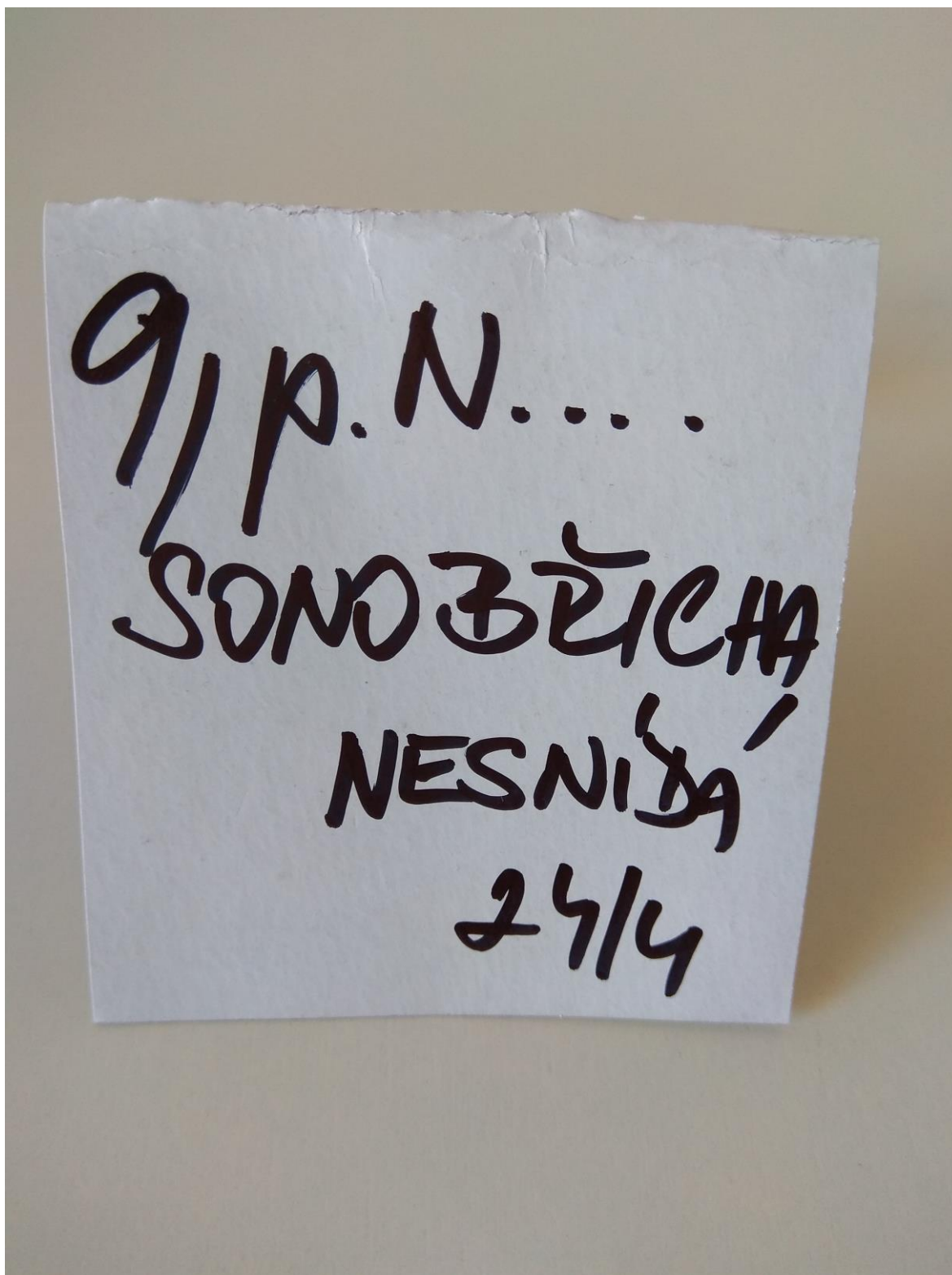
Příloha č. 28 – EKG, TK, ostatní

EKG	TK	OSTATNÍ
	2/2 $\cancel{R}$ V	11/3 $\cancel{TT}$ $\cancel{G}$
	12/1 $\cancel{R}$	7/3 $\cancel{TT}$ $\cancel{G}$ 12 18 24
	11/3 $\cancel{R}$ P V	6/1 $\overset{SpO_2}{\cancel{G}}$ 18
	7/3 $\cancel{R}$	

**Příloha č. 29 – Kartička na jídlo**

<b>INT :</b>
<b>D:</b>

Příloha č. 30 – Kartička na vyšetření



Příloha č. 31 – Kartačka P + V

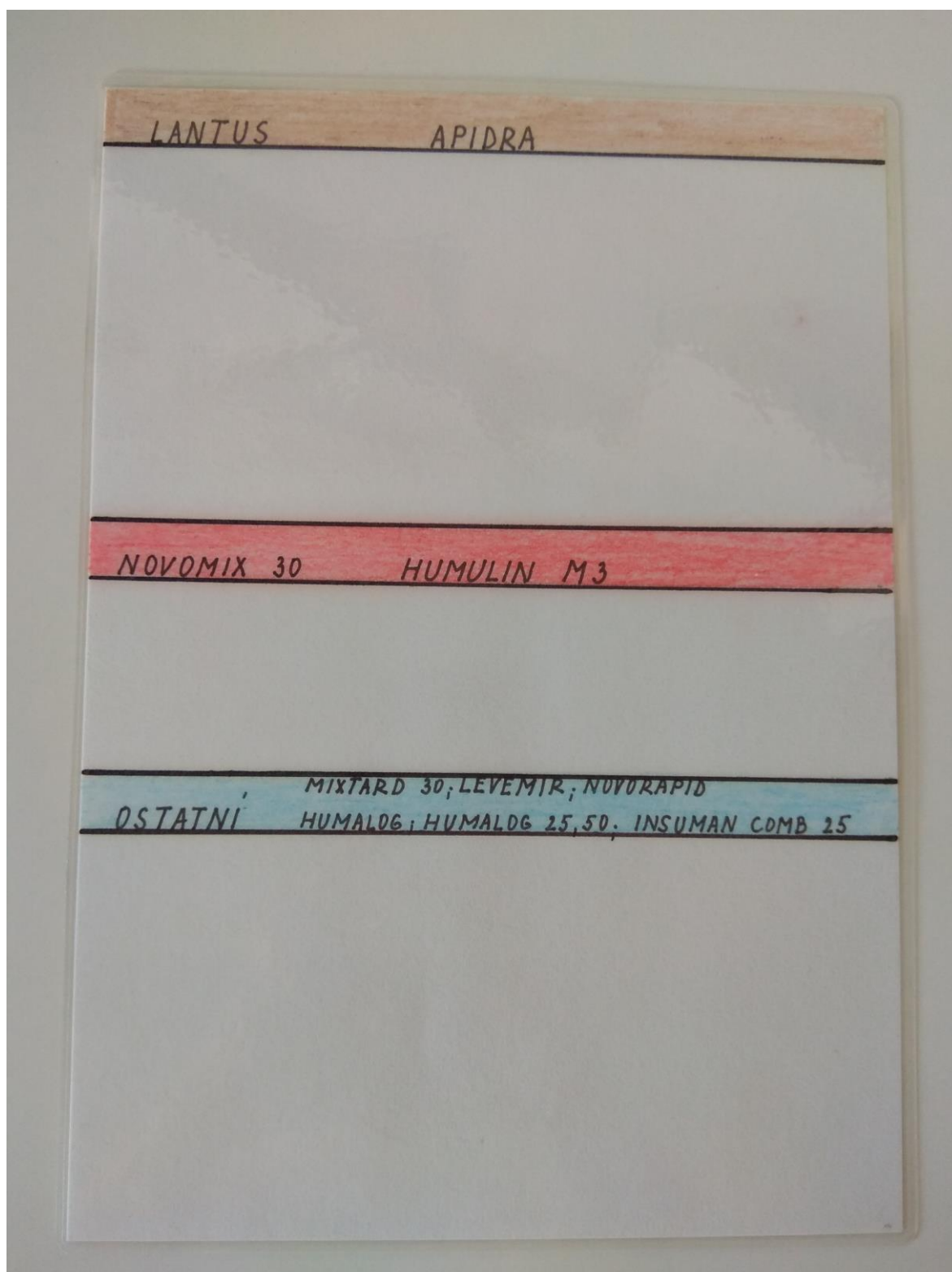
12 p. P . . . . .

P	V
---	---

**Příloha č. 32 – Plachta na jídlo**

2/1		7/1		11/1	
2/2		7/2		11/2	
3/1		7/3		11/3	
3/2		8/1		12/1	
4/1		8/2		12/2	
4/2		8/3		12/3	
5/1		9/1		13/1	
5/2		9/2		13/2	
5/3		9/3			
6/1		10/1			
6/2		10/2			
6/3		10/3			

Příloha č. 33 – Plachta na inzulíny



Příloha č. 34 – Plachta P+V, GE

P+V TEKUTIN	GLYKÉMIE
DENĚ	

