

Akreditační standard

2. Dostupnost a kontinuita péče

2.5 Propouštěcí zpráva

Zpracoval:	Schválil:	Platnost standardu od:
MUDr. Marek Miškej	Rada kvality	18. 4. 2017

Identifikace výtisku:	Výtisk jediný – originál (výtisk z elektronické podoby má pouze informativní charakter)		
Poslední revize: č. 2 7/2018	Důvod revize: úprava v souvislosti se změnami v ošetrovatelské dokumentaci	Přezkoumal: MUDr. David Buzek	Účinnost: 1. 9. 2018
Poslední revize: č. 3 12/2019	Důvod revize: doplněn obsah propouštěcí zprávy – inf. k režimových opatřeních pacienta	MUDr. David Buzek	15. 1. 2020
Poslední revize: č. 4 9/2020	Důvod revize: na základě výsledků z auditů provedena úprava v obsahu definitivní a před- běžné propouštěcí zprávy – rozpis aktuální medikace a vydání medikace s uvedením vysta- vení/nevystavení receptu na léky či pomůcky	MUDr. Marek Miškej	1. 10. 2020
Poslední revize: č. 5 2/2022	Důvod revize: doplněno – propouštěcí zprávy primáři autorizují elektronicky, nemusejí je podepisovat v tištěné podobě	MUDr. Marek Miškej	2. 3. 2022
Poslední revize:	Důvod revize:		
Poslední revize:	Důvod revize:		
Poslední revize:	Důvod revize:		
Poslední revize:	Důvod revize:		
Poslední revize:	Důvod revize:		
Poslední revize:	Důvod revize:		
Poslední revize:	Důvod revize:		

Účel a naplnění standardu

Každý pacient v den propuštění z oddělení obdrží definitivní či předběžnou propouštěcí zprávu. Pokud není pacient propuštěn do domácího léčení, ale je přeložen na jiné oddělení nemocnice, nebo do jiné nemocnice či přeložen do zařízení sociální péče, je zároveň vybaven i ošetrovatelskou propouštěcí/překladovou zprávou. **Rozsah i forma propouštěcí či překladové zprávy jsou zdravotnickým zařízením přesně stanovené.**

Definitivní souhrnná propouštěcí zpráva obsahuje:

- identifikační údaje poskytovatele,
- identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo a zdravotní pojišťovnu pacienta),
- datum přijetí a propuštění pacienta,
- jméno lékaře, který pacienta přijal,
- anamnestická data (*dle akreditačního standardu – Rozsah vstupního vyšetření*),
- objektivní stav při přijetí,
- provedené zdravotní výkony a vyšetření,
- epikrízu či průběh hospitalizace,
- souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
- rozpis aktuální medikace,
- zřetelnou informaci, zda pacientovi byly vydány léky na tři dny nebo byl vystaven recept na léky či pomůcky nebo recept nebyl vystaven,
- doporučení následné léčby, termíny a místa kontrol,
- informace o režimových opatřeních pacienta po propuštění (pohybový režim, rehabilitační postupy, případně doporučení kompenzačních pomůcek, převazy, stanovení zátěže a podobně),
- při překladu do jiného zdravotnického zařízení uvést přesné určení místa, a byl-li překlad konzultován s lékařem jiného zdravotnického zařízení, uvést jeho jméno,
- jméno propouštějícího lékaře (ošetřujícího lékaře a primáře), datum vypsání zprávy a při překladu i způsob přepravy pacienta,
- informaci o zahájení detenčního řízení, pokud pacient doposud nedal souhlas s hospitalizací.

Za zhotovení a vypsání zprávy odpovídá ošetřující lékař, který ji parafuje.

Primář daného oddělení propouštěcí zprávu autorizuje elektronicky, nemusí jí podepisovat v tištěné podobě.

Definitivní propouštěcí lékařská zpráva se předává pacientovi v den propuštění vždy v těchto případech:

- je-li pacient překládán na jiné oddělení téhož zdrav. zařízení,
- je-li pacient překládán do jiného zdrav. zařízení,
- je-li pacient překládán do zařízení následné sociální péče,
- jedná-li se o rizikového pacienta s vysokou pravděpodobností rehospitalizace,
- vždy, je-li to časově zvládnutelné a nebrání tomu neodkladné či jiné vážné důvody.

Předběžná souhrnná propouštěcí zpráva obsahuje:

- identifikační údaje poskytovatele,

- identifikační údaje pacienta (jméno, příjmení, rodné číslo a zdravotní pojišťovnu pacienta),
- datum přijetí a propuštění pacienta,
- stručnou epikrízu nebo popis průběhu hospitalizace,
- souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
- rozpis aktuální medikace,
- zřetelnou informaci, zda pacientovi byly vydány léky na tři dny nebo byl vystaven recept na léky či pomůcky nebo recept nebyl vystaven,
- doporučení následné léčby a místa a času další kontroly lékařem.

Za zhotovení a vypsání zprávy odpovídá ošetřující lékař, který ji parafuje.

Ošetřovatelská překládová/propouštěcí zpráva obsahuje:

- identifikační údaje pacienta,
- aktuální údaje o stavu pacienta v době překládu obsahují informace o:
 - vitálních funkcích,
 - stavu vědomí,
 - stravování,
 - bolesti,
 - spánku,
 - psychickém stavu,
 - ventilaci,
 - příjmu a výdeji tekutin,
 - vyprazdňování,
 - kompenzačních pomůckách,
 - mobilitě,
 - sociální situaci,
 - celkovém stavu kůže (dekubity, operační rány, jiné defekty),
- aktuální informace o invazivních vstupech,
- údaje o poslední poskytnuté ošetřovatelské péči,
- údaje o poslední podané medikaci, při předávání návykových látek, jejichž aplikace již započala, je nutné vypsát 2x protokol o předání návykové látky. Návyková látka spolu s originálem protokolu je předána na oddělení, kde je pacient přeložen, RLP, RZP proti podpisu do protokolu. Kopie zůstává v dokumentaci pacienta,
- případná zvláštní upozornění,
- jméno propouštějící sestry, svědka a přebírající sestry.

K překládové-propouštěcí zprávě se přiloží ofoceně tiskopisy „péče o rány a defekty“.

Definitivní souhrnná propouštěcí zpráva je vyhotovena maximálně do 10 dnů od propuštění. Po dohodě s pacientem je mu předána osobně nebo zaslána doporučeně poštou.

Osobní převzetí zprávy pacient stvrdí podpisem v edukačním záznamu. Evidence poštou zaslaných zpráv - pacientům, praktickým lékařům a specialistům - je vedena v deníku „odeslaná pošta“.

Jeden výtisk definitivní propouštěcí zprávy zůstává založen ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

Při předávání propouštěcí zprávy pacientovi nebo jeho blízkým lékař nebo jiný pověřený zdravotnický pracovník předává ústně základní informace, které jsou uvedeny v propouštěcí zprávě:

- informace o zařízení, které bude poskytovat další péči,
- pokyny pro případné ambulantní sledování v nemocnici,
- informaci o tom, za jakých okolností je třeba vyhledat péči neodkladně,
- informace k předepsané medikaci,
- informace o režimových opatřeních pacienta po propuštění (pohybový režim, rehabilitační postupy, případně doporučení kompenzačních pomůcek, převazy, stanovení zátěže a podobně),
- informace o nutných dietních opatřeních, případně kontakt na nutričního konzultanta či nutriční ambulanci.

Na závěr se zdravotník dotazem ujistí, že pacient či osoba jemu blízká všemu správně porozuměli. Neovládá-li pacient český jazyk, je přizván zdravotnický pracovník, který je schopen překlad zajistit. V případě zajištění překladu kopie dokumentace je kontaktována smluvní agentura.

V systému kvality KHN a.s. jsou nastaveny audity propouštěcích zpráv, které jsou vyhodnocovány zároveň s audity zdravotnické dokumentace. O výsledcích auditů i jejich vývoji v čase je informováno vedení nemocnice dále primáři a staniční sestry, kteří následně informace předávají zaměstnancům na svých provozních schůzkách.