

SMĚRNICE ŘEDITELE

Zdravotnická dokumentace v KHN

Zpracoval:	Přezkoumal:	Schválil:
30. srpna 2021	31. srpna 2021	31. srpna 2021
Bc. Taťána Bělicová náměstek pro ošetř. péči	Ing. Mgr. Přemysl Janko vedoucí CPM, právník	MUDr. Tomáš Canibal ředitel KHN a.s.

Identifikace výtisku:	Výtisk jediný – originál (výtisk z elektronické podoby má pouze informativní charakter)		
Identifikace	Nahrazuje: Směrnici ředitele č. 4/2018		
	Poslední revize: č. 7 8/2021	Důvod revize: plánovaná, novelizace vyhlášky – doplněn text na str. 3 a 4/1d	Přezkoumal: Ing. Mgr. Janko
	Poslední revize: č. 8 2/2023	Důvod revize: doplnění bodu 3./g) – testy Barthelové u pacientů na lůž.rehabilitaci	Přezkoumal: Bc. Bělicová
	Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:
	Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:
	Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:
	Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:
			Účinnost: 1. 9. 2021
			15. 2. 2023

Rozdělovník

Název útvaru/funkce	Distribuce dokumentu
Ekonomický náměstek	NE
Náměstek pro ošetrovatelskou péči	ANO
Provozně-technický náměstek	NE
Manažer kvality, ústavní hygienik	ANO
Členové rady kvality	NE
Asistenti ředitele	NE
Sekretariát ředitele	ANO
Technik BOZP	NE
Vedoucí a pracovníci informačních technologií	NE
Vedoucí a pracovníci PaM	NE
Vedoucí a pracovníci finanční účtárny	NE
Vedoucí a pracovníci výkonové účtárny, přijímací kanceláře, dokumentační pracovníci (vyjma RDG)	ANO
Vedoucí a pracovníci úklidu	NE
Vedoucí a pracovníci stravovacího provozu	NE
Vedoucí a pracovníci údržby	NE
Revizní technik, energetik	NE
Vedoucí a pracovníci recepce	NE
Primáři	ANO
Lékaři	ANO
Staniční sestry	ANO
Všeobecné sestry, praktické sestry	ANO
Ošetrovatelé, sanitáři	ANO
Radiologičtí asistenti	ANO
Laboranti	NE
Fyzioterapeuti, ergoterapeuti	ANO
Nutriční terapeuti	ANO
Klinický logoped	ANO
Vedoucí lékárníci a farmaceuti, farmaceutičtí asistenti	NE
Jiní odborní pracovníci	NE
Zdravotně-sociální pracovník	ANO
Správce zdravotnických prostředků	NE
Dokumentační pracovníci	ANO
Pracovnice spisovny, knihovny	ANO
Pracovníci provozu	NE

Karvinská hornická nemocnice a.s. je nestátní zdravotnické zařízení a při poskytování zdravotní péče je dle zákona **povinna** vést zdravotnickou dokumentaci. Vedení zdravotnické dokumentace je tedy v současné době nezbytným předpokladem pro výkon lékařství a ošetrovatelství. Zdravotnická dokumentace v Karvinské hornické nemocnici a.s. je vedena v listinné formě, obrazová dokumentace RDG pracoviště je vedena v audiovizuální formě na nosičích dat a v PACS.

Základním právním předpisem, který zdravotnickou dokumentaci upravuje a stanoví pravidla jejího vedení, uchovávání a nakládání s ní, včetně její likvidace, je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Další významnou právní úpravou je vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, v platném znění.

Zákonné normy požadují, aby na **každé samostatné části** zdravotnické dokumentace (laboratorní výsledek, výsledek vyšetření, EKG záznam, rtg snímek atd.) byly identifikační údaje pacienta (jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné číslo nebo datum narození, pohlaví, jedinečný resortní identifikátor pacienta přidělený pacientovi Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky) a taktéž identifikační údaje poskytovatele zdravotních služeb, které dokumentaci vyhotovilo.

Zápis do zdravotnické dokumentace musí být veden **průkazně, pravdivě a čitelně** a musí být průběžně doplňován. Osoba, která tento zápis provede, jej navíc musí **opatřit datem zápisu a svým podpisem, včetně identifikačních údajů** (jmenovka). V případě zápisu komentujícího **náhlou** změnu zdravotního stavu, vyžadující akutní intervenci diagnostickou, léčebnou či medikační, je nutné zápis opatřit i **časovým údajem**.

V případě, že se jedná o zápis, který je do dokumentace vlepován, musí být tento zápis označen identifikačními údaji pacienta v rozsahu jméno, příjmení a rodné číslo pacienta. Vlepovaný zápis nesmí překrývat původní zápis do dokumentace.

Opravy se provádí novým zápisem s uvedením dne opravy, identifikací a podpisem osoby, která opravu provedla. Původní záznam **musí** zůstat čitelný.

Současné zákonné normy vymezují okruh osob, které jsou oprávněny do zdravotnické dokumentace **zapisovat**:

- a) lékaři, zdravotničtí pracovníci nelékařských profesí v zaměstnaneckém poměru v KHN a.s. (včetně externě sloužících lékařů, kteří musí před zahájením služeb uzavřít smlouvu),
- b) stážisté, kteří musí mít před nástupem na stáž uzavřenou smlouvu, ve které KHN a.s. umožní provádění zápisů do zdravotnické dokumentace,
- c) studenti lékařských fakult (medici), jejichž jakýkoliv záznam do zdravotnické dokumentace musí být parafován lékařem, který je zodpovědný za odborné vedení daného medika,
- d) studenti zdravotnických škol nelékařských profesí, jakýkoliv jejich záznam musí být stvrzen podpisem všeobecné sestry.

1. Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje:

- a) název poskytovatele zdravotních služeb, jeho sídlo, IČ, název oddělení a telefonní číslo zdravotnického zařízení,

- b) jméno, popřípadě jména, a příjmení pacienta, datum narození, rodné číslo, je-li přiděleno, adresu místa trvalého pobytu pacienta nebo jinou kontaktní adresu, u cizince adresu místa pobytu na území ČR, pohlaví pacienta – je-li určeno,
- c) číslo pojištěnce, není-li tímto rodné číslo a kód zdravotní pojišťovny,
- d) jedinečný resortní identifikátor pacienta přidělený pacientovi Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky,
- e) kontaktní údaje - telefonní číslo, adresa elektronické pošty, případně další kontaktní údaje, pokud jsou pacientem sděleny,
- f) jméno, příjmení a titul zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do dokumentace,
- g) jméno a příjmení a adresu místa trvalého pobytu nebo jinou kontaktní adresu osoby, jíž **lze sdělit informace** o zdravotním stavu pacienta, telefonní číslo, popřípadě jiný kontakt na tuto osobu a určení rozsahu poskytnutých informací,
- h) datum provedení zápisu, v případě poskytnutí **neodkladné** péče je zaznamenán **časový údaj** jejího poskytnutí (indikace diagnostického výkonu, změna medikace, provedení léčebného úkonu, komentář patologického laboratorního či jiného vyšetření vedoucí ke změně léčebného postupu apod.),
- i) v případě poskytnutí ústavní péče datum a hodinu přijetí, ukončení, přeložení či úmrtí pacienta,
- j) u pacienta jehož zdravotní stav po ukončení hospitalizace vyžaduje pomoc další osoby, záznam o způsobu vyrozumění osoby, která by měla zajistit další péči,
- k) informaci o omezené svéprávnosti,
- l) identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce, opatrovníka nebo další osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta s omezenou svéprávností,
- m) u pacienta se zdravotním postižením uvedení pomůcek, které pacient používá, u pacienta se sluchovým nebo zrakovým handicapem způsob komunikace,
- n) v případě odmítnutí péče zdravotnickým zařízením či pacientem datum a **časový údaj** odmítnutí; jde-li o odmítnutí zdrav. péče zdravotnickým zařízením nebo pracovníkem tak **důvod** odmítnutí; jde-li o odmítnutí pacientem též jeho písemné prohlášení (negativní revers), odmítá-li pacient prohlášení podepsat, je součástí záznamu písemné prohlášení svědka o tom, že pacient odmítá poskytnutí zdravotní péče,
- o) údaje zjištěné z rodinné, osobní a pracovní anamnézy pacienta, a je-li to důvodné, též údaje ze sociální anamnézy,
- p) informace zjištěné o současném zdravotním stavu.

2. V návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta zdravotnická dokumentace dále obsahuje:

- a) pracovní závěry nebo konečnou diagnózu,
- b) návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu poskytování zdravotních služeb, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,
- c) záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb,
- d) záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález,
- e) záznam o:
 - předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, nebo zdravotnických prostředků,
 - podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně

- podaného množství, v případě podání transfuzního přípravku evidenční číslo, kód identifikující zařízení transfuzní služby, datum, čas a podpis, kdo transfuzní přípravek podal,
- vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely, včetně množství, nebo zdravotnickými prostředky,
- f) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě, včetně druhu dopravního prostředku,
- g) záznamy o poskytnuté ošetrovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči,
- h) záznam o provedení očkování, včetně data provedení očkování, uvedení názvu očkovací látky a číslo šarže,
- i) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo další osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta, s poskytnutím zdravotních služeb,
- j) záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb,
- k) záznam o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi, který obsahuje:
- záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, řádného zdůvodnění omezení, účelu omezení a stanovení intervalu kontrol a jejich rozsahu,
 - čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,
 - záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku,
 - záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení, v případě komplikací jejich popis a jejich řešení,
 - jméno a příjmení lékaře, který omezovací prostředek indikoval,
 - v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy ji potvrdil,
 - informaci o tom, že byl zákonný zástupce pacienta, popřípadě jiná osoba, které náleží práva zákonného zástupce nebo opatrovníka pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilého pacienta, informován o použití omezovacích prostředků,
- l) stejnopisy lékařských posudků,
- m) v případě poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb též žádanku vystavenou jiným poskytovatelem,
- n) záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, s uvedením kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny,
- o) záznam o uznání nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
- p) záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,
- q) záznam o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, o přijatých opatřeních a o splnění oznamovací povinnosti v souladu s příslušnými právními předpisy.

3. Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou:

- a) výsledky vyšetření, včetně grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření,
- b) písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběh a ukončení jeho poskytování zdravotních služeb nebo doporučení a návrhy na

poskytnutí další zdravotních služeb, které si předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta,

- c) nejméně 1x za 24 hodin záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález, na jednotkách intenzivní péče tento záznam 3x denně, v případě podstatné změny zdravotního stavu se záznam doplní neprodleně,
- d) souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu,
- e) záznamy nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, s podáním léčivého přípravku, s použitím zdravotnického prostředku, o podání léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení nebo použití zdravotnického prostředku v rámci klinického zkoušení,
- f) záznam o hlášení infekční onemocnění, podezření na infekční onemocnění, úmrtí na infekční nemoc nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví,
- g) obsahem dokumentace pacienta na lůžkovém rehabilitačním oddělení jsou i formuláře hodnocení základního (motorického) testu a rozšířeného (kognitivního) testu dle Barthelové, které jsou vypisovány dle „Metodiky použití DRG markerů v systému IR-DRG“ zpracované ÚZIS.

4. Uspořádání zdravotnické dokumentace na lůžkových odděleních KHN a.s. – viz příloha č. 1.

5. Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Vzhledem k tomu, že zdravotnická dokumentace obsahuje informace, na jejichž základě lze přímo identifikovat pacienta, a údaje, které vypovídají o pacientově zdravotním stavu, musí být vedena a zpracovávána tak, aby k ní neměly přístup neoprávněné osoby a nedošlo k jejímu zneužití. Na zdravotnická zařízení se v souvislosti s vedením zdravotnické dokumentace nevztahuje povinnost oznámit zpracovávání osobních údajů Úřadu pro ochranu osobních údajů tak, jak je upravena v ustanovení § 16 zákona o ochraně osobních údajů. Zároveň podle zákona č. 372/2011 Sb. § 52 písmene a) umožňuje zdravotnickému zařízení nakládat s rodným číslem pacienta.

Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, pořizovat si její výpisy nebo kopie:

- a) pacient nebo zákonný zástupce pacienta,
- b) osoby určené pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta, opatrovník pacienta, pěstoun nebo jiná pečující osoba.

Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou **bez jeho souhlasu nahlížet**, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné pro účely vyplývající z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu:

- a) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborní pracovníci v **přímé souvislosti** s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou **zaměstnanci poskytovatele**,
- b) osoby podílející se na výkonu působnosti příslušného **správního orgánu** v souvislosti s přezkoumáním lékařského posudku a vypracováním odborného stanoviska k návrhu na přezkoumání posudku,
- c) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřené **zdravotními pojišťovnami** k provádění činností v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném

- zdravotním pojištění,
- d) zdravotničtí pracovníci příslušní podle jiných právních předpisů k posuzování zdravotního stavu pro účely **sociálního zabezpečení**,
 - e) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřené **Státním ústavem pro kontrolu léčiv**, oprávněné k výkonu,
 - f) osoby podílející se na evidenci údajů nebo na kontrole sdělování údajů do **Národního zdravotnického informačního systému** podle tohoto zákona,
 - g) **soudní znalci** ve zdravotnických oborech a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které byly pověřeny vypracováním znaleckého posudku,
 - h) lékaři **Státního úřadu pro jadernou bezpečnost** v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem,
 - i) osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které jsou zaměstnanci **orgánů ochrany veřejného zdraví**, při výkonu státního zdravotního dozoru,
 - j) **Veřejný ochránce práv** v souvislosti s šetřením tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob,
 - k) osoby, uvedené v písmenech b) - j) mají též právo na pořízení jejich výpisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu.
 - l) Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky; to neplatí, jestliže pacient nahlížení prokazatelně zakázal.

6. Práva pacienta a zdravotnická dokumentace

- a) Pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, jakož i **v přítomnosti zdravotnického pracovníka** nahlížet do zdravotnické dokumentace. Dále má právo na pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace.
- b) Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku pitvy, právo **v přítomnosti zdravotnického pracovníka** nahlížet do zdravotnické dokumentace, právo na pořízení výpisů nebo kopií zdravotnické dokumentace mají **osoby blízké** zemřelému (rodiče, děti, manžel/ka/, sourozenec, registrovaný partner, nebo osoba žijící s pacientem ve společné domácnosti), neurčí-li pacient za svého života jinak, popřípadě další osoby určené pacientem. Pokud zemřela osoba nezletilá nebo osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům, má tyto práva zákonný zástupce, popřípadě osoba určená tímto zákonným zástupcem. Jestliže pacient za svého života vyslovil zákaz poskytování informací, shora zmíněná práva o informacích, nahlížení, výpisech a kopiích mají osoby blízké pouze v případě, že je to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví (jedná se například o infekční přenosné choroby).
- c) Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybnosti o totožnosti osoby, popřípadě jejího vztahu k pacientovi, které náleží shora zmíněná práva, požadovat, aby tato osoba prokázala svou totožnost.
- d) Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení výpisů nebo kopií se do zdravotnické dokumentace zaznamená. V záznamu se uvede jméno, příjmení a datum

narození osoby, která do zdravotnické dokumentace nahlédla, nebo na jejíž žádost byl pořízen výpis nebo kopie, dále rozsah, účel a datum nahlédnutí nebo pořízení výpisu nebo kopie. Záznam podepíše zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlédnutí nebo který pořídil kopie či výpis a oprávněná osoba (viz příloha č. 2).

Písemná forma zdravotnické dokumentace je vedena v českém jazyce, v maximální možné míře bez používání zkratk. Používání zkratk je výslovně zakázáno v předpisech medikace, s výjimkou těch případů, kdy zkratka je oficiálním názvem léčiva (např. F 1/1), a dále v propouštěcích zprávách v části epikríza a doporučení dalších postupů po propuštění. Všechny ostatně uváděné zkratky musí být zcela v souladu se seznamem povolených zkratk.