

VYHLÁŠKA č. 64/2007 Sb. o zdravotnické dokumentaci,

kteřou se mění Vyhláška č. 385/2006 Sb. ve znění Vyhlášky 479/2006 Sb.

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 67b odst. 19 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 285/2002 Sb. a zákona č. 225/2006 Sb., (dále jen „zákon“):

§ 1

(1) Zdravotnická dokumentace vždy obsahuje

a) název zdravotnického zařízení, jeho sídlo nebo místo podnikání, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení takto členěno (dále jen „oddělení zdravotnického zařízení“), a telefonní číslo zdravotnického zařízení,

b) jméno, popřípadě jména, příjmení, rodné číslo pacienta¹⁾, není-li přiděleno, datum narození, adresu místa trvalého pobytu pacienta nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině,

c) číslo pojištění, není-li tímto číslem rodné číslo pacienta, a kód zdravotní pojišťovny,

d) jméno, popřípadě jména, příjmení a titul **a podpis** zdravotnického pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace,

e) jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu osoby, jíž lze sdělit informace o zdravotním stavu pacienta, nebo jinou kontaktní adresu, je-li odlišná od adresy místa trvalého pobytu, telefonní číslo, popřípadě jiný kontakt; jde-li o cizince, adresu místa pobytu na území České republiky, a nemá-li ji, adresu bydliště v cizině; tyto údaje se uvádí, pokud je pacient sdělí,

f) datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace; v případě poskytnutí neodkladné péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta se do zdravotnické dokumentace též zaznamená časový údaj jejího poskytnutí,

g) razítko zdravotnického zařízení, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi nebo podle zvláštních právních předpisů jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentací převzít,

h) v případě poskytování ústavní péče datum a hodinu

1. přijetí pacienta do ústavní péče,

2. ukončení ústavní péče,

3. přeložení pacienta do jiného zdravotnického zařízení poskytujícího ústavní péči, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení,

4. předání pacienta do ambulantní péče,

5. úmrtí pacienta,

i) v případě odmítnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením, popřípadě zdravotnickým pracovníkem nebo pacientem datum a časový údaj odmítnutí; jde-li o odmítnutí poskytnutí zdravotní péče zdravotnickým zařízením nebo zdravotnickým pracovníkem, též vždy důvod odmítnutí; jde-li o odmítnutí zdravotní péče pacientem, též jeho písemné prohlášení o tomto odmítnutí, popřípadě záznam o něm; odmítá-li pacient prohlášení podepsat, je součástí záznamu písemné prohlášení svědka o tom, že pacient odmítá poskytnutí zdravotní péče

j) informace o významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, a to zejména informace z rodinné, osobní, epidemiologické, sociální a pracovní anamnézy,

k) informace zjištěné o současném zdravotním stavu, pokud dále není stanoveno jinak.

(2) Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje

a) diagnostickou rozvahu a návrh dalšího diagnostického postupu, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,

b) předpokládanou konečnou diagnózu, návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčby,

c) záznam o rozsahu poskytnuté nebo vyžádané zdravotní péče,

d) záznam o

1. předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely nebo zdravotnických prostředků,

2. podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely pacientovi ve zdravotnickém zařízení, včetně podaného množství, v případě podání transfúzního přípravku jednoznačně identifikující kód; datum a podpis zdravotnického pracovníka, který léčivý nebo transfúzní přípravek nebo potravinu pro zvláštní lékařské účely podal,

3. vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely včetně množství zdravotnickým zařízením,

4. vybavení pacienta zdravotnickými prostředky zdravotnickým zařízením,

e) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnickému transportu,

f) záznamy o ošetrovatelské péči, popis a průběh ošetřování, doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu,

g) záznam o provedení očkování, včetně uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže

h) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím vyšetřovacího, léčebného nebo jiného zdravotního výkonu (dále jen „zdravotní výkon“), jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví zvláštní právní předpis^{1a)} nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě zdravotnickým zařízením vyžádán,

i) záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu²⁾,

j) záznam o použití omezujících prostředků vůči pacientovi a o ohlášení této skutečnosti soudu,

k) kopie informací předávaných o pacientovi v listinné formě, popřípadě záznam o jejich předání a stejnopisy posudků,

l) záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi³⁾ s uvedením, kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo; záznam se neprovede v případě nahlédnutí zdravotnickým pracovníkem v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,

m) záznam o uznání a ukončení dočasné pracovní neschopnosti a záznam o započetí ošetřování člena rodiny a jejich délce; záznam o ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede zdravotnické zařízení, které pacienta vedlo v evidenci práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pracovní neschopnosti předán do evidence jiného zdravotnického zařízení, je součástí zdravotnické dokumentace též záznam o dni jeho předání nebo převzetí,

n) záznamy lékaře orgánu sociálního zabezpečení související s kontrolou posuzování dočasné pracovní neschopnosti,

o) záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

§ 2

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, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí další zdravotní péče, které si předávají zdravotnická zařízení v rámci zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta⁴⁾,

c) v případě primární zdravotní péče písemné informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu předané předchozím registrujícím lékařem primární zdravotní péče⁵⁾,

d) v případě lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče ve stacionáři⁶⁾, nebo jde-li o pacienta umístěného ve zdravotnickém zařízení z jiných než zdravotních důvodů⁷⁾,

1. záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález,

2. souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu, pokud ústavní péče trvá déle než 7 dnů,

3. písemná informace lékaře, který lůžkovou péči nebo zvláštní ambulantní péči ve stacionáři doporučil,

e) v případě závodní preventivní péče údaje o obsahu a podmínkách výkonu práce, k níž je zdravotní stav zaměstnance sledován, a to včetně údajů o zařazení jednotlivých faktorů pracovního prostředí do příslušné kategorie⁸⁾ a písemné informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu nebo jeho vývoji od doby provedení poslední lékařské preventivní prohlídky, předané registrujícím lékařem primární zdravotní péče, pokud tyto informace nejsou v dokumentaci obsaženy⁹⁾,

f) záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených pro potřeby zvláštních právních předpisů¹⁰⁾ včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto zvláštních právních předpisů,

g) záznam informací a údajů nezbytných pro jejich poskytování do Národního zdravotnického informačního systému.

§ 3

(1) Na každém listu zdravotnické dokumentace se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále název zdravotnického zařízení, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení.

(2) Součástí zdravotnické dokumentace uvedené v příloze č. 1 této vyhlášky, které jsou jejími samostatnými částmi, vždy obsahují údaje stanovené v této příloze s tím, že při zaznamenávání údajů a informací do samostatných částí zdravotnické dokumentace se použije ustanovení § 1 odst. 1 písm. a) až g).

§ 4

(1) Součástí zdravotnické dokumentace zdravotnické záchranné služby jsou

a) zvukový záznam o výzvě (žádosti) k poskytnutí zdravotní péče,

b) záznam operátora nebo deník operačního střediska,

c) kopie záznamu o výjezdu,

d) identifikační a třídící karta,

e) záznam o hromadném odsunu pacientů.

(2) Součástí zdravotnické dokumentace lékařské služby první pomoci je kniha denních záznamů.

§ 5

(1) Zápis do zdravotnické dokumentace provádí zdravotnický pracovník bezodkladně poté, co nastane některá ze skutečností podle § 1 nebo § 2.

(2) Záznam o zdravotním stavu pacienta uvedený v § 2 písm. d) bod 1 se doplňuje o informace o aktuálním vývoji zdravotního stavu pacienta nejméně jedenkrát za 24 hodin; v případě podstatné změny zdravotního stavu pacienta se záznam doplní neprodleně.

§ 6

(1) Vyřazování zdravotnické dokumentace ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se skartačním řádem, který je stanoven v příloze č. 2 této vyhlášky. To platí obdobně pro správní úřad, který podle zákona převzal zdravotnickou dokumentaci, nebo zřizovatele zrušeného státního zdravotnického zařízení, který nepředvedl práva a závazky tohoto zařízení na jiné jím zřízené zdravotnické zařízení (dále jen „skartující správní úřad“)¹¹⁾.

(2) Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem „S“, pokud není zvláštním právním předpisem nebo v příloze č. 3 této vyhlášky stanoveno jinak.

(3) Skartační lhůta pro uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním zdravotnickým zařízením počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž nastala skutečnost uvedená v příloze č. 3 k této vyhlášce nebo byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

(4) Pokud zdravotnická dokumentace **nebo její části** vedená o pacientovi svým zařazením nebo věcným obsahem podléhá několika lhůtám pro její uchování podle přílohy č. 3 této vyhlášky, doba uchovávání a skartační znak se stanoví vždy podle nejdelší lhůty.

§ 6a

Na zdravotnickou dokumentaci vedenou podle dosavadních právních předpisů se vztahuje skartační řád a skartační plán stanovený v přílohách č. 2 a č. 3 této vyhlášky, s tím, že skartační lhůta počíná běžet dnem 1. ledna 2008

1. INFORMACE ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE VEDENÉ LÉKAŘEM PRIMÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE (VÝPIS)

Informace ze zdravotnické dokumentace obsahuje

- a) základní údaje z anamnézy doplněné o údaje nezbytné k účelu, pro který je informace vydávána,
- b) informace o posledně zjištěném zdravotním stavu pacienta a rozpis jím užívaných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a používaných zdravotnických prostředků,
- c) diagnostický souhrn,
- d) stručné zhodnocení dosavadního vývoje zdravotního stavu pacienta, včetně reakcí na dosavadní léčbu a dynamiky vývoje výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
- e) další podstatné informace včetně informací z posudkové péče.

2. VYŽÁDÁNÍ DALŠÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Informace k vyžádání další zdravotní péče (specializované, zvláštní a ústavní) obsahuje

- a) požadovanou péči a její odůvodnění,
- b) údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
- c) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni,
- d) diferenciálně diagnostickou rozvahu,
- e) stručné zhodnocení údajů z anamnézy, pokud mají souvislost s navazující zdravotní péčí.

3. INFORMACE O PROVEDENÉM VYŠETŘENÍ (LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA)

Informace o provedeném vyšetření obsahuje

- a) údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření,
- b) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni,
- c) doporučení k dalšímu poskytování zdravotní péče včetně doporučení v posudkové péči,
- d) důvod odmítnutí zdravotní péče nebo nepřijetí do ústavní péče podle zvláštního právního předpisu 11a), jestliže k tomuto odmítnutí nebo nepřijetí došlo.**

4. INFORMACE O PROPUŠTĚNÍ Z ÚSTAVNÍ PÉČE (PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA)

A. Informace o propuštění z ústavní péče obsahuje

- a) stručný údaj o anamnéze, současné nemoci,
- b) dobu a průběh ústavní péče vystihující, proč byl nemocný hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby,
- c) hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy,
- d) záznam o dosavadní léčbě, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků a výsledků provedených vyšetření,
- e) doporučení na poskytnutí potřebné zdravotní péče, včetně ošetrovatelské péče a doporučení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené zdravotnickému zařízení, které bude další zdravotní péči poskytovat, a doporučení pro posudkovou péči.

B. Předběžná informace o propuštění z ústavní péče (předběžná propouštěcí zpráva) obsahuje

- a) základní údaje o průběhu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní péči,
- b) hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy,
- c) stručný záznam o dosavadní léčbě, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, s nimiž pacient ze zdravotnického zařízení odchází,
- d) doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotní péče.

5. Písemný souhlas s poskytnutím zdravotního výkonu

A. Písemný souhlas obsahuje:

1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu,
2. poučení o tom, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si jednu z alternativ, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují,
3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
5. zápis vyjádření pacienta, že údaje a poučení podle bodů 1 až 4 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
6. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl; nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen projevu souhlasu, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient svou vůli projevil.

B. Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše písemný souhlas. Odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

C. Pro odvolání písemného souhlasu se použijí části A a B této přílohy přiměřeně.

6. Prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu

A. Prohlášení, popřípadě záznam podle § 1 odst. 1 písm. i), obsahuje:

1. údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebném zdravotním výkonu,
2. údaj o možných následcích odmítnutí potřebného zdravotního výkonu pro zdraví pacienta,
3. záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodů 1 a 2 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
4. písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebný zdravotní výkon odmítá,
5. místo, datum, hodina a podpis pacienta,
6. podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,
7. nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projev odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

B. Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu vyplývat, že příslušné informace byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše prohlášení, popřípadě záznam o odmítnutí zdravotního výkonu. Odmítá-li zákonný zástupce prohlášení, popřípadě záznam podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

7. ZÁZNAM O SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ

Záznam o souhlasu pacienta nebo zákonného zástupce s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta obsahuje

- a) určení osob, kterým lze informace sdělit, včetně rozsahu informací,
- b) místo, datum a podpis pacienta nebo zákonného zástupce a podpis zdravotnického pracovníka, který záznam zpracoval; nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat, opatří se záznam podpisem dalšího zdravotnického pracovníka a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

8. LÉKAŘSKÝ POSUDEK

A. Lékařský posudek obsahuje vždy

- a) identifikační údaje
 1. posuzované osoby v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození,
 2. zdravotnického zařízení, jehož jménem posuzující lékař lékařský posudek vydal, v rozsahu název zdravotnického zařízení, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, adresa sídla nebo místa podnikání zdravotnického zařízení, razítko zdravotnického zařízení,
 3. lékaře, který posudek jménem zdravotnického zařízení vydal, a to jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis lékaře,
 - b) účel vydání posudku,
 - c) posudkový závěr,
 - d) poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání,
 - e) datum vydání posudku.
- B. Lékařský posudek, pokud je vydáván pro účely pracovněprávních nebo obdobných vztahů, dále obsahuje

a) identifikační údaje zaměstnavatele, a to

1. obchodní firmu nebo název a adresu sídla podnikatele nebo organizační složky zahraniční osoby na území České republiky, identifikační číslo, bylo-li přiděleno, je-li zaměstnavatelem právnická osoba,
2. adresu místa podnikání, jméno, popřípadě jména, příjmení, adresu místa trvalého pobytu nebo adresu místa hlášeného přechodného pobytu na území České republiky nad 90 dnů nebo adresu místa trvalého pobytu cizince na území České republiky nebo bydliště v cizině, je-li zaměstnavatelem fyzická osoba,
3. název, sídlo a identifikační číslo organizační složky státu nebo kraje nebo obce, je-li zaměstnavatelem stát, kraj nebo obec,

b) údaje o pracovním zařazení posuzované osoby, druhu práce, režimu práce a zdravotních a bezpečnostních rizicích práce, za kterých je vykonávána, a míře těchto rizik,

- c) označení nemoci z povolení podle zvláštního právního předpisu,¹²⁾ a to pokud se jedná o lékařský posudek ve věci nemoci z povolení.
- C. Z posudkového závěru lékařského posudku vydaného za účelem posouzení zdravotní způsobilosti musí být zřejmé, zda posuzovaná osoba
- a) je zdravotně způsobilá,
 - b) je zdravotně způsobilá s podmínkou; zdravotní způsobilost s podmínkou se rozumí například použití nezbytného zdravotnického prostředku posuzovanou osobou nebo jiné omezení posuzované osoby kompenzující její zdravotní omezení; v posudku se vždy tato podmínka vymezení,
 - c) je zdravotně nezpůsobilá, nebo
 - d) pozbyla dlouhodobě zdravotní způsobilost.

9. DOKUMENTACE ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Dokumentaci zdravotnické záchranné služby tvoří soubor dokumentů a záznamů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi nebo konkrétní akci, a to včetně zvukových nahrávek (záznamů) zdravotnického operačního střediska s časovými údaji.

A. Záznam operátora nebo deník operačního střediska obsahuje:

- a) datum,
- b) pořadové číslo výzvy k výjezdu,
- c) čas hlášení,
- d) osobní údaje pacienta, a to v rozsahu jméno, příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit, a údaje potřebné k určení místa zásahu,
- e) telefonní číslo nebo jiný údaj o možnosti spojení na volajícího, pokud lze tyto údaje zjistit,
- f) osobní údaje operátora, který převzal výzvu k výjezdu, a to v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. d),
- g) čas předání výzvy k výjezdu výjezdové skupině zdravotnické záchranné služby,
- h) čas příjezdu, místo zásahu a čas zahájení zásahu

i) čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení včetně identifikačních údajů přijímajícího zdravotnického zařízení nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán do zdravotnického zařízení,

j) osobní údaje zdravotnických pracovníků, kteří zdravotní péči poskytovali, a to v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. d).

B. Záznam o výjezdu obsahuje:

a) datum,

b) čas hlášení,

c) pořadové číslo výzvy, k výjezdu

d) osobní údaje pacienta, a to v rozsahu § 1 odst. 1 písm. b) a c), minimálně však jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit,

e) čas výjezdu a příjezdu **výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby** na místo, stručný popis klinického stavu,

f) pracovní diagnózu,

g) popis poskytnuté zdravotní péče,

h) čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení včetně identifikačních údajů přijímajícího zdravotnického zařízení nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán do zdravotnického zařízení

i) osobní údaje a podpis vedoucího zásahu; osobní údaje se uvedou v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. d).

C. Identifikační a třídící karta obsahuje:

a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene označujícího kraj a pořadové číslo karty),

b) stupeň naléhavosti ošetření pacienta,

c) čas vytrídění pacienta,

d) pracovní diagnózu,

e) čas předání pacienta odsunovému prostředku,

f) druh transportu v návaznosti na složení výjezdové skupiny podle zvláštního právního předpisu^{12a)},

g) stav životně důležitých funkcí (stav vědomí podle GCS, krevní tlak a pulsová a dechová frekvence) a graficky znázorněná lokalizace poranění,

h) záznam léčby - podané léčivé přípravky, popřípadě provedení dekontaminace,

i) stupeň naléhavosti odsunu.

D. Záznam o hromadném odsunu pacientů obsahuje:

a) jedinečné registrační číslo pacienta,

b) prioritu odsunu,

c) čas předání pacienta odsunovému prostředku.

10. DOKUMENTACE LÉKAŘSKÉ SLUŽBY PRVNÍ POMOCI (KNIHA DENNÍCH ZÁZNAMŮ)

Kniha denních záznamů obsahuje:

a) pořadové číslo záznamu,

b) datum a čas hlášení,

c) osobní údaje pacienta, a to v rozsahu § 1 odst. 1 písm. b) a c), minimálně však jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit,

d) osobní údaje zdravotnického pracovníka, který hlášení přijal, a v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. d),

e) čas a místo poskytnutí zdravotní péče,

f) stručnou anamnézu a popis klinického stavu,

g) diagnózu,

h) popis poskytnuté zdravotní péče,

i) doporučení k dalšímu poskytování zdravotní péče, popřípadě doporučení dočasné pracovní neschopnosti, pokud to zdravotní stav pacienta vyžaduje,

j) osobní údaje a podpis zdravotnického pracovníka, který zdravotní péči poskytoval; osobní údaje se uvedou v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. c), k

k) jiné významné okolnosti; jinými významnými okolnostmi se například rozumí předání pacienta do péče zdravotnické záchranné služby nebo do ústavní péče.

11. DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Záznam o ošetřovatelské péči obsahuje:

a) ošetřovatelskou anamnézu pacienta, a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetřovatelské péče a ošetřovatelského plánu,

b) ošetřovatelský plán, v němž se zejména uvedou

1. popis ošetřovatelského problému a stanovení ošetřovatelské diagnózy pacienta,

2. postupy poskytování ošetřovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetřovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetřovatelské péče, včetně poučení pacienta,

3. hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče,

4. změny v ošetřovatelském plánu,

c) ošetřovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetřovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetřovatelské péče, v níž se zejména uvede

1. shrnutí ošetřovatelské anamnézy,

2. aktuální údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,

3. aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,

4. záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče.

Ošetrovatelská propouštěcí zpráva se nevypracovává, je-li o propuštění pacienta z ústavní péče vypracována propouštěcí zpráva podle bodu 4 této přílohy.

Příl.2

Skartační řád

Tento skartační řád upravuje postup zdravotnických zařízení při vyřazování zdravotnické dokumentace nepotřebné nadále k poskytování zdravotní péče a při posuzování její trvalé hodnoty.

Čl. 1

Zásady vyřazování dokumentů

(1) Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotní péče nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí skartační lhůty vyřazena z evidence a navržena ke zničení.

(2) Vyřazování se provádí ve skartačním řízení, které se provádí jedenkrát za rok komplexně za celé zdravotnické zařízení.

(3) Bez skartačního řízení nelze zdravotnickou dokumentaci ničit.

(4) Předmětem skartačního řízení je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula skartační lhůta.

(5) Odborný dohled nad provedením skartace ve zdravotnických zařízeních provádí skartační komise. Členy skartační komise, které jmenuje a odvolává provozovatel zdravotnického zařízení nebo jím určený vedoucí zaměstnanec tohoto zdravotnického zařízení, jsou zdravotničtí pracovníci.

(6) V případě zdravotnického zařízení, které má méně než 5 zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků, se skartační komise nezřizuje a za řádné provedení skartačního řízení odpovídá provozovatel zdravotnického zařízení.

Čl. 2

Skartační lhůty

Skartační lhůta určuje dobu, po kterou je nutné uchovat zdravotnickou dokumentaci u jejího původce pro účely poskytování zdravotní péče. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zařazena do skartačního řízení.

Čl. 3

Skartační znaky

1) Skartační znaky (A, S, V) vyjadřují hodnotu zdravotnické dokumentace a označují, jak se zdravotnickou dokumentací po uplynutí skartační lhůty ve skartačním řízení naloží.

Skartační znak

a) „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí skartační lhůty navrhne ke zničení,

b) „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit; takto označenou zdravotnickou dokumentaci lze po uplynutí skartačních lhůt uvedených v příloze č. 3 zařadit do skartačního řízení;

(2) Skartační lhůta zdravotnické dokumentace může být prodloužena vždy nejméně o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění zdravotní péče.

Průběh skartačního řízení

Čl. 4

(1) Skartační řízení se zahajuje u zdravotnické dokumentace, jejíž skartační lhůta uplynula.

(2) Zdravotnická dokumentace se podle označení skartačními znaky rozdělí do „V“ a do „S“.

(3) U zdravotnické dokumentace skupiny „V“ posoudí vedoucí zdravotnický pracovník zdravotnického zařízení nebo vedoucí zdravotnický pracovník oddělení zdravotnického zařízení, které zdravotnickou dokumentaci vede, nebo jimi určený zdravotnický pracovník (dále jen „pověřený zdravotnický pracovník“), která část bude navržena k posouzení ve skartačním řízení a které části bude prodloužena skartační lhůta. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní péči vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.

Čl. 5

(1) Pověřený zdravotnický pracovník vypracuje skartační návrh.

(2) Ke skartačnímu návrhu se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. V závěru seznamu se uvede zdravotnická dokumentace se skartačním znakem „V“ s návrhem na její rozdělení na část navrženou k vyřazení a na část, již se prodlouží skartační lhůta.

(3) Skartační návrh podepisuje pověřený zdravotnický pracovník.

(4) Skartační návrh, který obsahuje všechny náležitosti, se předává skartační komisi, je-li zřízena, k posouzení a souhlasu.

Čl. 6

(1) Skartační komise posoudí skartační návrh a předloží ho provozovateli zdravotnického zařízení. Provozovatel zdravotnického zařízení zašle schválený skartační návrh příslušnému archivu¹³⁾ provádějícímu u zdravotnického zařízení skartační řízení.

(2) Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině „S“ musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.

Čl. 7

Podle tohoto skartačního řádu se postupuje obdobně, jde-li o zdravotnickou dokumentaci vyřazovanou skartujícími správním úřadem s tím, že členem skartační komise je nejméně 1 lékař, který též provádí činnosti pověřeného zdravotnického pracovníka.

Příl.3

SKARTAČNÍ PLÁN

Skartační lhůty zdravotnické dokumentace nebo jejích částí se stanoví takto:

1. primární zdravotní péče - S

10 let od změny lékaře primární péče a předání písemné informace v rozsahu potřebném k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta nově zvolenému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

2. specializovaná ambulantní zdravotní péče a zvláštní ambulantní péče - S

5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud není dále stanoveno jinak.

3. dispenzární péče - V

a) 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení dispenzární péče a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění příslušnému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) 100 let od data narození dialyzovaného pacienta, nebo 10 let od jeho úmrtí,

c) 100 let od data narození pacienta, který je podle zvláštního právního předpisu 14) nosičem infekčního onemocnění, nebo 10 let od jeho úmrtí.

4. zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s protialkoholní nebo protitoxikomanickou léčbou - S

100 let od data narození pacienta, nebo 10 let od jeho úmrtí.

5. ústavní péče - hospitalizace - S

40 let od poslední hospitalizace pacienta ve zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní péči, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

6. lázeňská péče - S

10 let od ukončení lázeňské péče o pacienta a předání informace obsahující veškerá podstatná data o průběhu lázeňské péče.

7. závodní preventivní péče

a) - S

100 let od data narození pacienta s uznanou nemocí z povolání, nebo 10 let od jeho úmrtí, pokud dále není stanoveno jinak,

b) - V

5 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání, nebo 5 let od úmrtí osoby ohrožené nemocí z povolání, pokud dále není stanoveno jinak

c) - V

5 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající práci zařazenou podle zvláštního právního předpisu do kategorie první nebo druhé a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristiky zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 5 let od úmrtí této osoby,

d) -V

10 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu zvláštního právního předpisu pokud dále není stanoveno jinak a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristiku zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

e) V

40 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu zvláštního právního předpisu 14a), pokud to zvláštní předpis požaduje, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému zdravotnickému zařízení závodní preventivní péče, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

f) - S

u zaměstnance kategorie A 15) alespoň do dosažení věku 75 let,

vždy však po dobu nejméně 30 let po ukončení pracovní činnosti v kategorii A,

g) V

30 let od data uznání těžkého pracovního úrazu, 10 let od data uznání ostatních pracovních úrazů.

Písmena a) a b) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou zdravotnickým zařízením primární zdravotní péče, závodní preventivní péče a zdravotnickým zařízením příslušným podle zvláštního právního předpisu 16) k posuzování a uznávání nemocí z povolání; písmeno c) až g) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou zdravotnickým zařízením závodní preventivní péče.

8. záchranná služba a lékařská služba první pomoci - S

a) záznam operátora nebo deník operačního střediska nejméně 10 let od posledního záznamu,

b) záznam o výjezdu 10 let od výjezdu zdravotnické záchranné služby,

c) záznam o zdravotní péči poskytnuté lékařskou službou první pomoci nejméně 10 let od ošetření pacienta,

d) zvukový záznam o výzvě (žádosti) k výjezdu záchranné služby nebo lékařské služby první pomoci 24 měsíců od obdržení výzvy.

9. vyšetření dárce krve a zdravotní péče poskytovaná transfúzní službou - V

a) výkony spojené s poskytováním zdravotní péče 5 let po posledním vyšetření pacienta a předání informace o průběhu a výsledku tohoto vyšetření příslušnému lékaři primární zdravotní péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) odběr krve pro transfúzní účely podle zvláštního právního předpisu^{16a)}

10. patologická anatomie a soudní lékařství

a) - S

list o prohlídce zemřelého, jestliže není rozhodnuto o pitvě nebo pokud není pitva nařízena, 10 let od úmrtí,

b) V

píseň protokol včetně listu o prohlídce zemřelého, informace o provedení a výsledku bioptického vyšetření, popřípadě dalšího souvisejícího vyšetření, 150 let.

11. zobrazovací metody - S

a) grafický nebo audiovizuální záznam nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 5 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotní péče a ověřováním podmínek vzniku nemoci z povolání (ohrožení nemocí z povolání) podle zvláštního právního předpisu, pro jejíž potřeby byl záznam vyhotoven, pokud se nejedná o pacienta v dispenzární nebo jiné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou,

b) informace o průběhu a výsledku vyšetření pacienta zobrazovací metodou 10 let po předání informace lékaři, který vyšetření zobrazovací

metodu vyžádal.

12. ověřování nových poznatků na živém člověku použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi, klinické zkoušky zdravotnických prostředků a klinické hodnocení humánních léčiv - V

a) nejméně 15 let od ukončení ověřování nových poznatků a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče, jestliže byla nová metoda na základě výsledků ověřování nových poznatků zavedena do klinické praxe; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže ověřovaná metoda nebyla z odborných důvodů do klinické praxe zavedena,

b) nejméně 30 let od ukončení ozařování, jestliže bylo při ověřování nových poznatků použity metody, které jsou spojeny s ozářením, včetně metod dosud nezavedených v klinické praxi a těch ozáření, kde není přímý zdravotní přínos pro fyzické osoby podstupující ozáření,

c) nejméně 15 let od ukončení klinické zkoušky zdravotnického prostředku a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže zdravotnický prostředek nebyl z odborných důvodů zaveden do praxe,

d) nejméně 15 let od ukončení klinického hodnocení humánního léčiva a předání informace obsahující veškerá podstatná data o výsledcích vyšetření, léčení a vývoji onemocnění pacienta příslušnému lékaři primární péče; 10 let od úmrtí pacienta, jestliže humánní léčivo nebylo z odborných důvodů zavedeno do praxe.

13. záznamy spojené s nežádoucími příhodami v souvislosti s použitím zdravotnického prostředku - V

Nejméně 15 let od vzniku nežádoucí příhody; v případě nežádoucí příhody spojené s újmu na zdraví nejméně 30 let od vzniku nežádoucí příhody, pokud je tato újma spojena s úmrtím pacienta 10 let od jeho úmrtí.

14. lékařské předpisy označené modrým pruhem a jejich průpisy - S

Nejméně doba uchování lékařského předpisu stanovená zvláštním právním předpisem upravujícím zacházení s návykovými látkami.¹⁷⁾

15. výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření - V

5 let

1) § 67a odst. 2 písm. a) zákona č. 20/1966 Sb. , o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 53/2004 Sb.

1a) Například § 26 odst. 4 a 5, § 27c zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona č. 548/1991 Sb. a zákona č. 285/2002 Sb., zákon č. 20/1966 Sb., ve znění zákona č. 548/1991 Sb. a zákona č. 285/2002 Sb., zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění zákona č. 228/2005 Sb.“.

2) § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb. , ve znění zákona č. 548/1991 Sb. a zákona č. 123/2000 Sb.

3) Zákon č. 20/1966 Sb.

4) § 12 zákona č. 20/1966 Sb. , ve znění zákona č. 548/1991 Sb.

Zákon č. 48/1997 Sb. , o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

5) § 20 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb.

6) § 22 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb.

7) § 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb.

8) Zákon č. 258/2000 Sb. , o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

9) § 21 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.

10) Například zákon č. 48/1997 Sb. , zákon č. 20/1966 Sb. , zákon č. 582/1991 Sb. , o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 359/1999 Sb. , o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 283/1991 Sb. , o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 141/1961 Sb. , o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů.

11) § 67b odst. 16 a 18 zákona č. 20/1966 Sb. , ve znění zákona č. 285/2002 Sb.

11a) § 11 odst. 1 písm. b) a § 24 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

12) Nařízení vlády č. 290/1995 Sb. , kterým se stanoví seznam nemocí z povolání.

Vyhláška č. 342/1997 Sb. , kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají, ve znění vyhlášky č. 38/2005 Sb.

13) Zákon č. 499/2004 Sb. , o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 413/2005 Sb.