



# Centrální systém hlášení nežádoucích událostí

## Metodika Nežádoucí událost

### ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

---

## Plná verze metodiky

Autor / Autoři: **Hlavní autor:** prof. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

**Spoluautoři:** Mgr. Dana Dolanová, Ph.D.  
Ing. Veronika Štrombachová  
Mgr. Michal Pospíšil  
PhDr. Petra Bůřilová, BBA  
Mgr. Jana Kučerová, Ph.D.

Revize 2022: Mgr. Iva Kašpárková  
Mgr. Simona Žabková

Verze: 01/2023

Plánovaná revize: 2025

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR  
Palackého nám. 4, 128 01, Praha 2  
<http://www.uzis.cz/>



## Obsah

Úvod .....	4
NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE .....	5
Definice nežádoucí události – ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE .....	5
Epidemiologie – NU ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE .....	5
Zdravotnická dokumentace .....	7
Právní předpisy .....	7
Elektronické zdravotnictví .....	7
Obsah zdravotnické dokumentace .....	8
Uchování zdravotnické dokumentace, vyřazování a zničení po uplynutí doby uchování .....	11
Vedení zdravotnické dokumentace .....	11
Pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace .....	11
Forma vedení zdravotnické dokumentace .....	11
Informovaný souhlas (pozitivní revers) a Negativní revers .....	13
Bližší informace lze nalézt v metodice NU Klinická administrativa .....	13
Čitelnost zápisů .....	13
Audity zdravotnické dokumentace .....	13
Ztráta části nebo úplné dokumentace .....	13
NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI .....	13
Základní informace .....	13
Nová nežádoucí událost – Zdravotnická dokumentace .....	13
Pracoviště zjištění .....	15
Analýza nežádoucí události .....	15
Druh poškození .....	15
Úroveň poškození .....	16
Nejvyšší výkon .....	16
Soběstačnost pacienta .....	16
Spolupráce pacienta .....	17
Psychický stav .....	17
Nutriční stav dle BMI .....	18
Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu .....	18
Hospitalizace – jako následek NU .....	18
Preventabilita .....	18



Nejvyšší možné poškození pacienta .....	19
Pravděpodobnost opakování události.....	19
Obtížnost včasného zjištění .....	19
Pojmy.....	20
Seznam zkratk.....	22
Literatura .....	23



## Úvod

Metodická doporučení jsou určena pro poskytovatele zdravotních služeb (dále i jako PZS) k evidenci nežádoucích událostí (dále i jako NU) v souvislosti se zdravotnickou dokumentací (dále i jen jako dokumentace) v rámci lokálního systému hlášení nežádoucích událostí tak, aby bylo hlášení na lokální úrovni jednotné a bylo možno do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (dále i jako SHNU) předávat data agregovaná, která budou srovnatelná mezi jednotlivými PZS. Cílem metodického pokynu je sjednotit proces sběru dat za účelem jejich objektivizace<sup>1</sup>. Vedení zdravotnické dokumentace (dále i jako ZD) je nezbytnou součástí péče o nemocného. Setkáváme se s ní ve všech složkách zdravotnických zařízení a může mít různou podobu. Následky špatného vedení ZD svědčí o neúplné péči a mohou prokázat nesoulad s organizačními směrnici (zákony, vnitřní dokumenty apod.). Dále takové pochybení může být použito jako důkaz při obvinění z nedbalosti, neposkytnutí péče, může vést k ohrožení bezpečné péče o pacienta (riziko pochybení), nemusí poskytovat důkaz o nezbytnosti lékařem poskytnutých služeb a může následně snižovat platby od pojišťoven.

Metodické pokyny k hlavním nežádoucím událostem jsou připraveny v několika vzájemně obsahově konzistentních dokumentech, které se liší svým rozsahem:

- a) **Zkrácená verze metodických pokynů** – obsahující tyto části: **definice NU; epidemiologie** – incidence a prevalence dle zahraničních zdrojů a dle informací z centrálního systému hlášení, **kontrolní list** (checklist) pro kontrolu **preventivních postupů** před vznikem NU; **kontrolní list** (checklist) pro kontrolu bezprostředních opatření po vzniku NU. Jejím účelem je poskytnutí přehledných informací pro možnost rychlého zásahu. Na pracovištích by měl být uložen jako dostupný dokument pro rychlou orientaci v zátěžové situaci. Záměrně je připraven v koncizní podobě tak, aby mohl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).
- b) **Plná verze metodických pokynů** – obsahující tyto části: **definice NU; epidemiologie** – incidence a prevalence dle zahraničních zdrojů a dle informací z centrálního systému hlášení, **popis sledovaných položek** a poznámky k jejich zadávání (vysvětlení, popis jako v taxonomii) a závěr. Plná verze metodiky je rozsáhlá a měla by být k dispozici zejména nově nastupujícím pracovníkům v období adaptačního procesu a/nebo pracovníkům vracejícím se po delší absenci v zaměstnání (např. po dlouhodobé nemoci).
- c) **Algoritmus preventivních postupů souvisejících s konkrétní NU** – jednoduchý a přehledný nástroj pro realizaci preventivních opatření – opět by měl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).
- d) **Algoritmus bezprostředních nápravných opatření souvisejících s konkrétní NU** – jednoduchý a přehledný nástroj pro realizaci nápravných opatření po vzniku NU – opět by měl být vždy k dispozici (např. zataven ve fólii a vyvěšen na pracovně sester či lékařů, vyšetřovně, ambulanci).

<sup>1</sup> “Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Národním centrem ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně vydali ve vazbě na ustanovení § 47 odstavce 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách Národní ošetrovatelské postupy (dále i jako NOP). Hlavním důvodem zavádění NOP je sjednocování kvality ošetrovatelské péče a poskytnutí metodiky tvorby a aktualizace místních ošetrovatelských postupů. NOP upravují problematiku aplikace teoretických znalostí i praktických dovedností v jednotlivých specifických oblastech poskytování zdravotní péče a tematicky navazují na minimální standardy kvality a bezpečí poskytovaných služeb definované vyhláškou č. 102/2012 Sb., hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. V rámci sjednocování kvality poskytované ošetrovatelské péče je PZS povinen uvádět své lokální postupy do souladu s NOP dle aktuálního Věstníku MZ ČR nejpozději do 1 roku od jeho vydání. Všechny aktuální informace související s NOP jsou dostupné na webových stránkách MZ ČR zde: <https://www.mzcr.cz/narodni-osetrovatelske-postupy/>.”



## NEŽÁDOUCÍ UDÁLOST – ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

### Definice nežádoucí události – ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Vedení zdravotnické dokumentace je nezbytnou součástí péče o nemocného. Setkáváme se s ní ve všech složkách zdravotnických zařízení a může mít různou podobu. Zdravotnická dokumentace musí vykazovat základní vlastnosti, jako jsou přehlednost, chronologická návaznost, srozumitelnost a čitelnost (Beck, 2015). Zdravotnická dokumentace plní mnoho funkcí – přehledně popisuje zdravotní stav pacienta, co a kdy se s pacientem dělo, jaké medikace byly podány, informuje o nežádoucích událostech aj. Do dokumentace mohou zapisovat pouze oprávněné osoby, tj. lékař a nelékařský zdravotnický pracovník (dále jen jako NLZP), v rozsahu svých kompetencí. Kvalita zdravotnické dokumentace souvisí s kvalitou péče a mohla by být optimalizována a zlepšena cílenými intervencemi založenými na důkazech (kontrola zdravotnické dokumentace, audit, shoda a adekvátnost zaznamenaných informací ve ZD pacienta) (Mafra et al., 2020).

### Epidemiologie – NU ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Výskyt NU v souvislosti se zdravotnickou dokumentací s dopadem na lidské zdraví bývá nejvíce spojován s chybami v preskripci medikace v dekurzu (nečitelný rukopis, používání zkratk, chybná dávka apod.), dále v procesu podávání transfuzních přípravků a u odběrů biologického materiálu obecně (špatná identifikace odebraného vzorku, chyby na žádankách apod.). Chyby v rámci preskripce jsou častým problémem vyskytujícím se napříč zdravotní péčí po celém světě. Odhaduje se, že ročně zemře až 7 000 lidí z důvodu chybného předepsání léku. V minulosti bylo realizováno několik studií o vyhodnocení výskytu NU u preskripce medikace v rámci dětské populace, protože patří do nejvíce rizikové skupiny (až 3 x větší riziko vzniku potenciálně závažné NU než u dospělého) z důvodu, že dávka medikace bývá často podmíněna dalšími kritérii jako jsou věk, tělesná hmotnost apod. Na preskripci medikace u dětí se zaměřil ve své studii také Kankanarachchi (2018), v níž bylo zahrnuto celkem 882 medikamentů. U 473 (53,6 %) medikamentů byla v dokumentaci identifikována chyba v názvu a 9 (1 %) mělo více než jednu chybu v názvu. U 225 (25 %) léků byly v dokumentaci pravopisné chyby, u 134 (15,1 %) léků byla převaha použitých zkratk, ve 104 (11,7 %) případech byla medikace zapsána generickým názvem a nečitelný rukopis byl identifikován u 18 (2 %) případů. Nejvyšší procento pravopisných chyb bylo zaznamenáno u preskripce antibiotik. Z 231 preskribovaných ATB byl u 108 (46,7 %) pravopisné chyby, přičemž nejvyšší prevalence pravopisných chyb byla zaznamenána u klarithromycinu (95 %) následovaný amoxicilinem (74 %) a cefotaximem (54 %). Ze 111 vydaných receptů byla u 33 (29,7 %) identifikována špatná zkratka, která zaměňovala původně předepsaný Paracetamol s léky na epilepsii, které byly běžně ve zkratce předepisovány (Kankanarachchi, 2018). Moiz (2020) se ve své studii zaměřil na chyby napříč celým transfuzním procesem v letech 2016-2018. V tomto období bylo celkem krevní bankou přijato 105 064 elektronických žádanek s požadavkem na přípravu krevních derivátů. U 1161 (1,1 %) byla identifikována chyba v předepsání krevní skupiny pacienta a pouze u 2 případů byla odhalena nekompatibilita krevní skupiny transfuze s krevní skupinou pacienta odhalená pomocí ABO testu u lůžka (Moiz et al., 2020). Další studie (Mohanty, 2018) zabývající se chybami v laboratořích opět dokazuje, že nejvyšší procentuální výskyt chybovosti se nachází v primární fázi procesu zpracování biologického materiálu, tedy ve fázích odběru biologického materiálu, zadávání žádanek apod. V rámci studie bylo identifikováno 46-68 % primárních chyb, jako jsou nevhodný požadovaný test, špatné zadání žádanky, chybná identifikace pacienta/vzorku, chybný odběr vzorků (hemolýza, srážení, nedostatečný objem), nevhodná manipulace, skladování, přeprava. V rámci preanalytické fáze docházelo k chybovosti ve 3-5 %, kdy se jednalo o chyby spojené s tříděním a směřováním, odléváním, alikvotováním, pipetováním a značením, centrifugací apod. V poslední analytické fázi bylo evidováno 7-13 % chyb způsobených poruchou zařízení, záměnou vzorku apod. (Mohanty, 2018). V rámci sledování NU týkajících se vedení zdravotnické dokumentace je vhodné se také zaměřit na zamezení případů ztráty zdravotnických záznamů, zkrácení času stráveného zadáváním údajů o výsledcích vyšetření, či stavu pacienta, snížení chyb při přepisování a snížení počtu „listů papíru“ v záznamu (Urquhart et al., 2018). Dle NHS bylo v Anglii v období od dubna 2019 do března 2020



evidováno 121 590 týkajících se zdravotnické dokumentace tj. 5 % z celkového počtu 2 246 622 nahlášených incidentů (NHS, 2020).

Občanskoprávní odpovědnost lékaře či zdravotnického zařízení za poškození zdraví pacienta je v našem právním řádu, a to v občanském zákoníku, upravena poměrně široce. Z jednotlivých typů odpovědnosti jsou nejdůležitější a nejčastěji uplatňované dva typy odpovědnosti, a to obecná odpovědnost za škodu založená na principu presumovaného zavinění. Jde o odpovědnost za pochybení lékaře či zdravotnického personálu a za postup non lege artis. Druhým typem je odpovědnost, tzv. objektivní odpovědnost, za poškození zdraví vyvolané povahou přístroje nebo jiné věci použité při lékařském zákroku, tedy i léku či jiného přípravku, který vyvolal třeba i jen vedlejší, ale škodlivé následky. Kromě těchto dvou typů přichází v úvahu i řada dalších skutkových podstat odpovědnosti, které se týkají ochrany převážně jiných hodnot, než je zdraví pacienta (Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů). Obecná odpovědnost za škodu se vztahuje na každého a jejími základními předpoklady je vznik škody, porušení právní povinnosti a příčinná souvislost mezi nimi. V občanskoprávním řízení o náhradu škody prokazuje tyto tři předpoklady poškozený. Protiprávním může být jak protiprávní jednání, tedy léčebný postup či zákrok, který není v souladu se současnými poznatky lékařské vědy, tak opomenutí tam, kde bylo třeba určitým způsobem jednat. Otázka protiprávnosti postupu lékaře či zdravotnického personálu je otázkou vysoce odbornou a soud ve sporech o náhradu škody na zdraví vychází ve většině případů ze znaleckých posudků z příslušného odvětví lékařské vědy, pro něž jedním z nejdůležitějších podkladů je pečlivě vedená **zdravotnická dokumentace pacienta** (Austin, 2011).

Pro vedení kvalitní ošetrovatelské dokumentace je důležité její sladění s ošetrovatelským procesem, používání standardní terminologie a uživatelsky přívětivých formátů a systémů. Nedostatek ukazatelů kvality založených na důkazech představuje výzvu při snaze o zkvalitnění zdravotnické dokumentace (Groot et al, 2019). Sumární a komplexní přehled pochybení spojených se zdravotnickou dokumentací v ČR není dostupný. Zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU) je pro všechny poskytovatele lůžkové zdravotní péče akutní i následné a dlouhodobé péče ČR povinné od 1. 1. 2018. Přehled počtu nahlášených nežádoucích událostí Zdravotnická dokumentace za jednotlivá období zobrazuje Tab. 1 (Pokorná a kol., cit. 2022).

**Tab. 1** Výskyt NU Zdravotnická dokumentace v ČR za jednotlivá období (Pokorná a kol., cit. 2022)

Období	Absolutní počet NU	Počet NU na 1000 pacientů	Celkový počet hospitalizovaných pac.	Počet PZS, kteří NU sledují (z celkového počtu PZS)
2018	332	0,23	2 706 998	228 (408)
2019	480	2,04	2 856 355	235 (430)
2020	499	5,97	2 320 850	232 (435)
2021	350	0,98	2 364 538	226 (429)

## Zdravotnická dokumentace

### Právní předpisy

Základními právními předpisy upravujícími vedení zdravotnické dokumentace je **Vyhláška č. 98/2012 Sb.**, o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (aktuálně **Vyhláška č. 279/2020 Sb.**) a **Zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách, který mimo jiné umožňuje pacientům nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování jejích výpisů nebo kopií. Další parametry, které musí zdravotnická dokumentace obsahovat a za jakých podmínek jsou uvedeny v **Zákoně č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (aktuálně Zákon č. 202/2017 Sb.)**, některé další zákony a vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče ve znění pozdějších předpisů (aktuálně **Vyhláška č. 262/2016 Sb.**, příloha č. 1 bod 2 Minimální hodnotící standardy péče o pacienty, podkapitola 2.2 Standard: Stanovení interních pravidel vedení ZD). V současné době je již standardem používání ZD v elektronické podobě, případně v kombinaci s tištěnou podobou. Elektronická ZD podporuje zlepšení kvality péče a/nebo bezpečí pacientů v lůžkových nemocničních zařízeních, šetří čas a snižuje míru chybovosti v dokumentování (McCarthy et al., 2019). Nicméně tištěná forma ZD má v uchování informací o pacientovi v průběhu poskytování zdravotní péče svoje nezastupitelné místo. Kvalitně vedená ZD usnadňuje sledování pacientů, vede ke zlepšení komunikace v týmu a v konečném důsledku má i pozitivní efekt na zlepšení výsledků léčby pacientů. Tištěná ZD by měla být navrhována v systematickém a jasném procesu, který zohledňuje potřeby pacientů i zdravotníků, což přispěje ke kvalitněji vedeným záznamům a jejich lepšímu využívání (Muinga et al., 2021).

### Elektronické zdravotnictví

Elektronické zdravotnictví za použití telekomunikačních a informačních technologií upravuje a podmínky pro bezpečné sdílení dat v jeho rámci stanovuje **Zákon č. 325/2021 Sb. o elektronizaci zdravotnictví**:

§ 2

(1) **Elektronickým zdravotnictvím** se pro účely tohoto zákona rozumí poskytování a využívání služeb a informačních systémů Integrovaného datového rozhraní zdravotnictví (dále jen „Integrované datové rozhraní“), služeb napojených na Integrované datové rozhraní a informačních systémů poskytovatelů zdravotních služeb nebo poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní služby bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách<sup>1</sup>) (dále jen „poskytovatel zdravotních služeb nebo sociálních služeb“) sloužících k vedení nebo předávání zdravotnické dokumentace v elektronické podobě, včetně systémů umožňujících dálkový přístup pro pacienta, podle tohoto zákona.

(2) **Identifikátorem pacienta** se rozumí jedinečný bezvýznamový identifikátor sloužící pro identifikaci pacienta v elektronickém zdravotnictví při poskytování zdravotních služeb a ve zdravotnické dokumentaci.

(3) **Identifikátorem zdravotnického pracovníka** se rozumí jedinečný bezvýznamový identifikátor sloužící pro identifikaci zdravotnického pracovníka v elektronickém zdravotnictví při poskytování zdravotních služeb a ve zdravotnické dokumentaci.

(4) **Kmenovým údajem** se rozumí údaj vedený v kmenových zdravotnických registrech.

(5) **Službami napojenými na Integrované datové rozhraní** se rozumí služby využívající centrální služby elektronického zdravotnictví na základě jiného právního předpisu<sup>2</sup>).

(6) **Standardy elektronického zdravotnictví** se rozumí standardy definující strukturu, obsah a formát datových souborů a datových zpráv, rozhraní pro vedení a předávání zdravotnické dokumentace v elektronické podobě a jejich zabezpečení, klasifikace, nomenklatury a terminologie pro jejich použití.



## Obsah zdravotnické dokumentace

ZD, s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb, **obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta** a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi, a to:

- identifikační údaje poskytovatele;
- identifikační a kontaktní údaje pacienta;
- pohlaví pacienta, je-li určeno;
- jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace; to neplatí v případě poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem;
- datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta;
- v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče datum a čas přijetí pacienta do péče a datum a čas ukončení péče o pacienta, včetně informace o způsobu vyrozumění osoby, která by měla zajistit další péči o pacienta, který se s ohledem na svůj zdravotní stav neobejde bez pomoci další osoby, nebo o způsobu a čase podání informace o zamýšleném propuštění tohoto pacienta příslušnému obecnímu úřadu, datum a čas přeložení pacienta k jinému poskytovateli, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, nebo datum a čas úmrtí pacienta;
- informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb;
- informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou svéprávností tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“);
- identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta, opatrovníka pacienta nebo další osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta, popřípadě podpůrce;
- u pacienta se zdravotním postižením informace o nezbytných zdravotnických prostředcích, popřípadě zvláštních pomůckách, které pacient používá, u pacienta se sluchovým postižením nebo kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením též informace o formách komunikace, které pacient preferuje;
- u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné záznam o druhu vykonávané činnosti.

ZD **v návaznosti na zjištěné informace** o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje:

- pracovní závěry a konečnou diagnózu;
- návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu poskytování zdravotních služeb, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje;
- záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb;
- záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález;
- záznam o:
  - předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, nebo zdravotnických prostředků; za takový záznam se považuje i stejnopis nebo kopie lékařského předpisu podle zákona o léčivech nebo poukazu podle zákona o zdravotnických prostředcích;
  - podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně podaného množství; v případě podání transfuzního přípravku jednoznačné evidenční číslo transfuzního přípravku, včetně kódu identifikujícího zařízení transfuzní služby, datum, čas a podpis zdravotnického pracovníka, který transfuzní přípravek podal;
  - vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely, včetně





množství, nebo zdravotnickými prostředky;

- záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě, včetně druhu dopravního prostředku; za takový záznam se považuje i stejnopis nebo kopie příkazu ke zdravotnické přepravě;
- záznamy o poskytnuté ošetrovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči;
- záznam o provedení očkování, včetně data provedení očkování, uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže, a to v případě poskytovatele, který provedl očkování;
- písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo další osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví jiný právní předpis nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě poskytovatelem vyžádán;
- záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb;
- záznam o použití omezovacích prostředků vůči pacientovi, který obsahuje:
  - záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu; z uvedení důvodu též vyplývá, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků;
  - 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 výskytu komplikací jejich popis a způsob řešení;
  - jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval; v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován;
  - v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy ji potvrdil;
  - informaci o tom, že a kdy byl zákonný zástupce pacienta, popřípadě jiná osoba, které podle zákona o zdravotních službách náleží práva a povinnosti zákonného zástupce, nebo opatrovníka pacienta informován o použití omezovacích prostředků;
- stejnopisy lékařských posudků;
- v případě poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb též žádanku vystavenou jiným poskytovatelem;
- 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;
- záznam o uznání nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti, posuzování zdravotního stavu v době jejího trvání, údaje o stanoveném režimu dočasné práce neschopného pojištěnce a jeho změnách, záznam o započítání potřeby ošetřování a jeho délce; záznam o ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede poskytovatel, který pacienta vedl v evidenci dočasné práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pracovní neschopnosti předán do evidence jiného poskytovatele nebo převzat od jiného poskytovatele, je součástí zdravotnické dokumentace též záznam o dni jeho předání nebo převzetí;
- záznamy lékaře orgánu nemocenského pojištění související s kontrolou posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování;
- záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb;
- 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.

Zdravotnická dokumentace poskytovatele, který rozhodl o vedení patientského souhrnu, rovněž

obsahuje údaje a záznamy, které jsou podstatné pro vedení patientského uvedené ve Vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. (aktuálně Vyhláška č. 279/2020 Sb.). ZD rovněž obsahuje záznamy, součásti a jiné skutečnosti stanovené zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákonem o specifických zdravotních službách nebo jinými právními předpisy.

### **Součástí ZD vedené o pacientovi jsou:**

- výsledky vyšetření ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam;
- písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení poskytování zdravotních služeb nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, které si předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta;
- v případě lůžkové péče souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího léčebného postupu, pokud lůžková péče trvá déle než 7 dnů; souhrn informací (epikríza) a plán dalšího léčebného postupu se do zdravotnické dokumentace zaznamenává alespoň jednou za 7 dnů, v případě dlouhodobé nebo následné lůžkové péče.
- v případě pracovnílékařských služeb 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 kategorie, výsledky biologických expozičních testů, dávky ionizujícího záření a další údaje podstatné pro hodnocení vlivu pracovních podmínek na zdraví zaměstnance a dále písemné informace o dosavadním zdravotním stavu nebo o jeho vývoji předané registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství;
- záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených podle jiných právních předpisů, včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto jiných právních předpisů;
- záznamy o výskytu závažných nebo neočekávaných 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 a záznamy o radiologické události kategorie A nebo B, při níž tkáňové reakce způsobené chybným ozářením mohou negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta nebo je z důvodu radiologické události nutné provést změny v jeho léčebném postupu, a to v rozsahu podle jiného právního předpisu;
- záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena;
- záznam o hlášení infekčního onemocnění, podezření na infekční onemocnění, úmrtí na infekční onemocnění nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví k splnění povinnosti podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

Na každém listu ZD musí být uvedeny identifikační údaje: jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále identifikační údaje poskytovatele v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby a identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, jedinečný resortní identifikátor pacienta přidělený pacientovi Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení. Výsledky vyšetření podle § 2 písm. a), které nejsou v listinné podobě, musí být označeny alespoň tak, že lze určit, kterého pacienta se týkají.

Provedení zápisu do ZD zajistí a jeho správnost svým podpisem potvrdí zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.

Je-li ze způsobu provedení zápisu do zdravotnické dokumentace zřejmé, že jej provedl jeden zdravotnický pracovník, nemusí podepisovat každý dílčí zápis v průběhu dne nebo směny, ale



postačuje, podepíše-li tento zdravotnický pracovník v průběhu dne nebo směny provedení posledního zápisu.

### Uchování zdravotnické dokumentace, vyřazování a zničení po uplynutí doby uchování

Poskytovatel vede, uchovává a vyřazuje zdravotnickou dokumentaci v souladu se zásadami stanovenými ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů /aktuálně Vyhláška č. 137/2018 Sb.); zajišťuje posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb pro účely jejího vyřazení a zničení nebo dalšího uchování. To platí obdobně pro příslušný správní orgán, který podle zákona o zdravotních službách převzal zdravotnickou dokumentaci.

### Vedení zdravotnické dokumentace

Řádně vedená ZD je dostatečně podrobným, chronologicky vedeným, čitelným, přehledným a srozumitelným zápisem o:

- vývoji a průběhu zdravotního stavu pacienta, včetně anamnézy;
- získaných výsledcích vyšetření laboratorních i klinických;
- závěrech, které z nich byly vyvozeny, včetně pracovních diagnóz a epikríz;
- podniknutých diagnostických i terapeutických opatření, aplikaci ošetrovatelských postupů, ordinací a doporučení.

Zdravotnická dokumentace musí být trvale dostupná pro osoby podílející se na poskytování zdravotní péče, čímž je usnadněna výměna informací a kontinuita plánované péče.

#### Je nutné splnit legislativní požadavky:

- důkaz o poskytnuté zdravotní péči;
- důkaz postupu lege artis;
- důkaz k posouzení informovanosti pacienta;
- podklad pro kontrolní činnost;
- podklad pro studijní činnost;
- podklad pro posouzení úrovně poskytování péče;
- pilíř programu kontinuálního zvyšování kvality péče;
- zdroj statistických dat pro vyhodnocování stanovených indikátorů kvality poskytované péče a pro následné posouzení kontinuálního zvyšování kvality (nástroj řízení kvality ve zdravotnickém zařízení).

### Pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace

- pracovat v principu řízené zdravotnické dokumentace;
- pravidla pro zavádění nových dokumentů (dle PZS);
- stanovit rozsah a podobu v konkrétním obsahu jednotlivých formulářů;
- stanovit pravidla pro vyplňování;
- stanovit pravidla pro zavádění externí dokumentace, např. pojišťovny.

### Forma vedení zdravotnické dokumentace

- elektronická podoba – každý záznam do ZD musí být opatřen datem/časem jeho provedení a identifikačními údaji zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který záznam provedl;
- listinná podoba – každý záznam musí být opatřen datem a časem provedení zápisu, podpisem zdravotnického pracovníka, nebo jiného odborného pracovníka (JOP), který zápis provedl;
- kombinace obou podob.

V případě, že je PZS akreditováno nebo certifikováno používá dokumenty a formuláře, zařazené do své řízené zdravotnické dokumentace, které se musí řídit legislativními požadavky. Podstatné je, aby v případě vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě byl zaručen postup, který upravuje právní systém. Dále je třeba zajistit, aby nebylo možné dodatečně zasahovat do zápisů



a v neposlední řadě, aby z bezpečnostních důvodů byla pořízena kopie a zajištěna archivace záznamů ve lhůtách stanovených pro záznamy na papírových nosičích. Veškeré lhůty rovněž upravují právní předpisy, konkrétně zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnická dokumentace není nikdy pouze jeden samostatný tiskopis či formulář, ale vždy se jedná o ucelený komplex několika druhů dokumentů (Kvapilová, 2015).

S ohledem na novelizaci vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů (aktuálně Vyhláška č. 279/2020 Sb.), dochází k jednoznačnému doporučení na národní úrovni, a to ke spojení lékařské a ošetrovatelské dokumentace, **přesto se ve zdravotnické dokumentaci doporučuje sledovat níže uvedené parametry.**

**Ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu pacienta** (doporučený obsah se může lišit dle potřeb PZS) – nejpozději do 24 hodin od přijetí a měla by obsahovat:

- důvod k přijetí (v případě, že je tuto informaci nutné uvést tam, kde je stále vedená dokumentace odděleně, jinak je snaha o sdílení informací a prevenci duplicitních záznamů);
- nynější onemocnění;
- vědomí; vnímání, poznávání (kontakt, paměť, zrak, sluch, řeč);
- psychický stav;
- dýchání;
- bolest;
- hydratace;
- výživa;
- alergie;
- hodnocení rizik – dekubity, pády;
- spánek;
- vyprazdňování moče/stolice;
- stav kůže;
- pohyblivost;
- soběstačnost;
- zvláštní upozornění;
- významný handicap;
- používané pomůcky;
- duchovní potřeby;
- sociální situace.

### **Ošetrovatelská epikríza/plán**

**Jedná se o fakultativní část ZD a její vedení je plně v gesci PZS**

- popis problému;
- stanovení cílů, ošetrovatelských činností a výkonů;
- realizace;
- hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a aktualizace ošetrovatelské epikrízy/plánu;
- průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, podání informací, edukaci pacienta;
- ošetrovatelská propouštěcí nebo překladová zpráva s doporučením k další ošetrovatelské péči (dle standardů PZS) (Vondráček, Wirthová, 2008) – návrh:
  - stanovení plánu péče na základě vyhodnocených potřeb pomocí škál.
  - hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče a aktualizace epikrízy/plánu péče;
  - průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, podání informací, edukaci pacienta; ošetrovatelská propouštěcí nebo překladová zpráva s doporučením k další ošetrovatelské péči (dle standardů PZS) (Vondráček, Wirthová, 2008).

## Informovaný souhlas (pozitivní revers) a Negativní revers

Bližší informace lze nalézt v metodice NU Klinická administrativa.

### Čitelnost zápisů

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě, čitelně a chronologicky. Je průběžně doplňován a musí být opatřen časem a datem zápisu, identifikací osoby, která zápis provedla, a podpisem.

### Audity zdravotnické dokumentace

Vyškolený pracovník daného PZS provede kontrolu výsledků auditů vedení zdravotnické dokumentace za jednotlivé období a navrhuje nápravná opatření.

Auditor každého zdravotnického pracoviště daného PZS provádí kontrolu zdravotnické dokumentace (zda záznamy v ní učiněné odpovídají směrnicí). Audity probíhají dle kontrolního listu. Intervaly kontrol u otevřené a uzavřené zdravotnické dokumentace jsou dány směrnicemi daného PZS (Policar, 2010). Auditor předává výsledky vedoucímu auditorského týmu nebo jinému stanovenému vedoucímu pracovníkovi. Výsledky auditů jsou vyhodnocovány například v rámci Týmu kvality péče a následně předávány na konkrétní oddělení a vedení ZZ.

### Ztráta části nebo úplné dokumentace

Ztráta zdravotnické dokumentace nebo její části je nežádoucí událostí, které je třeba aktivně předcházet (Dúason et al., 2021). Zvýšené riziko ztráty části zdravotnické dokumentace je např. při nemožnosti zápisu (nebo tisku zápisu) do originálu chorobopisu pacienta. Při ztrátě části či celého obsahu zdravotnické dokumentace je zaměstnanec, který ztrátu zjistí, povinen provést o této skutečnosti záznam s vymezením rozsahu ztracené zdravotnické dokumentace, zaslat jej přímému nadřízenému a vypsát „Záznam o nežádoucí události“ dle směrnice daného PZS.

## NÁVRH DOPORUČOVANÝCH PARAMETRŮ PRO SLEDOVÁNÍ NEŽÁDOUCÍCH UDÁLOSTÍ NA LOKÁLNÍ ÚROVNI<sup>2</sup>

Při hlášení nežádoucí události na lokální úrovni, je důležité zadat dostupné stručné a strukturované informace o stavu před vznikem NU a dále o realizovaných opatřeních po vzniku NU. Pouze informace, které jsou na lokální úrovni zaznamenávané strukturovaně, umožní následnou analýzu a předávání dat na úroveň centrální/národní. Výčet doporučených parametrů je formulován jako součást datového standardu pro sběr informací. Jedná se o maximalistickou verzi, která může být modifikována dle potřeb konkrétního poskytovatele zdravotních služeb.

### Základní informace

Při zadávání NU je nutné zadat datum nahlášené události a typ nežádoucí události. Tyto informace slouží ke zpětnému vyhledání nahlášené NU – důležitá zpětná vazba pro hlásícího a manažera kvality.

### Nová nežádoucí událost – Zdravotnická dokumentace

Všechny záznamy o pacientovi v každé podobě (včetně písemných, elektronických, magnetických a optických záznamů, ale nejen jich, dále scany, RTG snímky a elektrokardiogramy), které popisují nebo zaznamenávají metody, provedení a/nebo výsledky vyšetření. NU v souvislosti s dokumentací zahrnuje problémy s její tvorbou – záznamy, uchováváním – archivací apod. viz dále.

---

<sup>2</sup> Přesné vymezení jednotlivých pojmů je uvedeno v Taxonomickém slovníku, zde je uveden výčet a zdůvodnění sledovaných položek.



**Tab. 2 Nová nežádoucí událost – Zdravotnická dokumentace – Vedlejší osa 1**

Druh nežádoucí události – vedlejší osa 1 – proces nežádoucích událostí – Dokumentace	
Vedlejší osa 1	
Nezvoleno	Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno.
Žádanky, objednávky, recepty, poukazy	Není třeba další definice, jednoznačný pojem – vyberte.
Dekurzy, tabulky, epikrízy, konzilia	Není třeba další definice, jednoznačný pojem – vyberte.
Checklisty	Kontrolní seznamy.
Formuláře, certifikáty	Není třeba další definice, jednoznačný pojem – vyberte.
Instrukce, guidelines, směrnice, návody	Není třeba další definice, jednoznačný pojem – vyberte.
Identifikační karty, jmenovky, štítky, náramky	Není třeba další definice, jednoznačný pojem – vyberte.
Dopisy, e-maily, záznamy komunikace	Není třeba další definice, jednoznačný pojem – vyberte.
Výsledky testů, vyšetření a zobrazovacích metod	Není třeba další definice, jednoznačný pojem – vyberte.
Jiný (pokud zvoleno)	Dokument, který není možno zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu.
Neznámý	Není jasný dokument, ale je znám výsledek nežádoucí události.

**Tab. 3 Nová nežádoucí událost – Zdravotnická dokumentace – Vedlejší osa 2**

Druh nežádoucí události – vedlejší osa 2 – problém nežádoucích událostí – Zdravotnická dokumentace	
Vedlejší osa 2	
Nezvoleno	Neznámá/chybějící hodnota – nezadáno.
Chybějící nebo nedostupný dokument	Dokument není vůbec dostupný v rámci PZS.
Dokument dostupný později, než požadováno	Např. krátkodobě nedostupný chorobopis, dostupný později, než je vyžadováno.
Záměna pacienta nebo jiná chyba v dokumentu	Např. záměna jména, příjmení, rodného číslo pacienta na žadance/průvodce, dokumentaci.
Nejasný, dvojznačný či nekompletní dokument	Např. žádanka bez nákladového střediska, nekompletně vyplněná hlavička dekurzu, chybějící údaj v dokumentaci.
Neoprávněný přístup k dokumentu	Např. procházení konzilií, výsledků vyšetření z jiných pracovišť neoprávněnými osobami.
Jiný (pokud zvoleno)	Dokument, který není možno zařadit do žádné z výše uvedených kategorií – nutno doplnit ve slovním popisu (např. zdravotnická dokumentace vydána do rukou jiného pacienta, zákonného zástupce, osoby blízké apod.).



## Pracoviště zjištění

**Zdravotnické zařízení** – pracoviště zjištění NU se rovná pracovišti, na němž byla událost identifikována. Pokud k NU na pracovišti došlo, je totožné s pracovištěm zjištění NU; pokud se liší pracoviště vzniku události od pracoviště zjištění, je třeba označit dle struktury PZS.

**Pracoviště** – kód pracoviště/oddělení dle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) – upraveno dle lokální struktury PZS. Pokud existují např. dvě oddělení interní, mezi kterými nelze rozlišit, popište slovně, či jinak identifikujte k následné možné analýze na lokální úrovni, dle struktury PZS.

**Upřesnění pracoviště** – doplňková slovní identifikace pracoviště zjištění dle lokálních zvyklostí a struktury PZS. V případě výskytu identického oddělení, lze více specifikovat (např. Interní – 7 JIP → stanice A/B).

**Místo zjištění** – určení místa zjištění NU v případě, že se liší od místa vzniku události.

**Datum zjištění** – datum, kdy byla zjištěna NU, datum zjištění události se může lišit od data uvedeného ve slovním popisu události (incident může být zjištěn se zpožděním, proto se data mohou lišit).

**Přesnost času (čas zjištění)** – Čas zjištění NU, či jejího odhalení může být různě kategorizován. Níže uvádíme příklady:

Neznámý čas – Čas NU není znám.

Přesný čas – uvede se přesný čas, např. 14.25 hod.

Časový interval – uvede se časový interval vzniku/zjištění NU, např. 14.00–14.30 hod.

**Pracoviště události** (vyplnit pouze, pokud se liší od pracoviště zjištění, doporučené položky pro vyplnění jsou stejné, jako u pracoviště zjištění, viz výše).

## Analýza nežádoucí události

**Doporučení pro hlásícího** – je nutné uvést detailní popis situace a skutečností souvisejících s jejím vznikem dle lokálních předpisů a směrnic.

**Popis** – je vhodné napsat celý popis NU – pokusit se uvést vyčerpávající přehled dostupných informací – důležitých pro následnou analýzu NU – kdy, kde a jak k ní došlo, v případě, že NU vznikla v souvislosti s technickým zdravotnickým prostředkem – uvést jeho, název, typ a další upřesnění.

**Okamžitě řešení** – doporučuje se napsat, jak byla NU na pracovišti na lokální úrovni řešena.

**Výsledek analýzy** – je potřebné zapsat, jaké byly vyvozeny důsledky z analýzy NU.

**Preventivní opatření** – je vhodné promyslet a napsat, jaké bylo provedeno preventivní opatření, aby opakovaně nedocházelo k NU (je-li možno NU v budoucnu předejít či zabránit).

**Závěr** – doporučuje se zapsat shrnutí NU, včetně doporučení pro klinickou praxi – na lokální úrovni.

**Další informace** – v případě potřeby je možné doplnit další informace důležité pro analýzu situace či její vysvětlení.

## Druh poškození

Tato informace identifikuje druh poškození pacienta v důsledku hlášené NU. U NU lze uvažovat o poškození psychickém, či materiálním, ale to v přesně vymezených případech (např. omezení sociálních kontaktů).

- **Žádné** – bez jakéhokoliv poškození pacienta.
- **Materiální** – poškození či ztráta majetku, ale také ušlý zisk nebo náklady na uzdravení.
- **Psychické** – vychází ze způsobu a obsahu komunikace. Pacient může být např. poškozen neprozřetelným či neuctivým výrokem sestry (psychická srororigenie), či lékařem (psychická iatrogenie), či jiné narušení psychické pohody okolnostmi nebo událostmi, které nejsou žádoucí.
- **Fyzické** – poškození mechanickou, chemickou, tepelnou a jinou energií, jehož rozsah překračuje odolnost těla. Narušení fyzické integrity od lehčího zranění po těžké ublížení na zdraví až usmrcení.



- **Neznámé** – není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek – nežádoucí události. Takové poškození, které se nedá v danou chvíli jednoznačně určit.

### Úroveň poškození

- **Riziko** – událost nebo okolnosti, které by mohly vést k poškození – byly odhaleny před vznikem incidentu.
- **Skorochyba** – došlo k incidentu, ale nedotkl se pacienta (nedošlo k jeho poškození). Skorochyba = nedokonané pochybení (near miss), nedošlo k incidentu.
- **Nepoškozující** – došlo k incidentu, který se dotkl pacienta, ale ten nebyl poškozen.
- **Monitorován** – došlo k NU, dotkla se pacienta a bylo nutno jej monitorovat.
- **Nutný výkon** – došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta, a bylo v té souvislosti nutno provést nějaký výkon.
- **Hospitalizace** – došlo k NU, která vedla k dočasnému poškození pacienta a bylo v té souvislosti nutno pacienta hospitalizovat, přeložit, operovat či prodloužit jeho hospitalizaci proti původnímu plánu.
- **Trvalé následky** – došlo k NU, která vedla k trvalému poškození pacienta.
- **Ohrožení života** – došlo k NU, bylo nutno provést život zachraňující výkon.
- **Smrt** – došlo k NU, která vedla k úmrtí pacienta, nebo k tomu přispěla.
- **Neznámé** – není jasná situace a jak k ní došlo, ale je znám výsledek nežádoucí události. Taková úroveň poškození, kterou nelze v danou chvíli jednoznačně určit.

**Diagnóza poškození** – Je vhodné doplnit diagnózu, kterou lékař stanovil při zahájení terapie před vznikem NU (jedná se o původní diagnózu pacienta).

### Nejvyšší výkon

Zahrnuje druhy výkonu, které se v případě nutnosti uskutečňují na základě následku NU.

- **Ošetření otevřené rány** – nutnost ošetření otevřené rány lékařem.
- **Zobrazovací vyšetření** – např. RTG – akutní provedení např. RTG, CT, MRI či UZV.
- **Nasazení ATB** – nasazení antibiotické terapie nově v důsledku NU v rámci nové medikace.
- **Fixace zlomeniny** – nutnost fixace zlomeniny na chirurgické ambulanci (u dekubitu irelevantní).
- **Konzilium** – nutnost zajištění akutního konzilia z jiné kliniky (např. wound manažera, chirurga aj.).
- **Neplánovaná (re)operace** (pokud zvoleno) – např. nutnost operace – vztahující se k NU.
- **Jiný terapeutický výkon** (pokud zvoleno) – např. nutnost podání léčiv – vztahující se k NU.
- **Jiný diagnostický výkon** (pokud zvoleno) – nutnost provést odběry biologického materiálu – stěr z dekubitu, odběry krve ke zhodnocení zánětlivých markerů apod. – vztahující se k NU.

**Skóre rizika** – vyhodnocení rizik u pacienta na základě standardizovaných škál.

### Soběstačnost pacienta

Je hodnocena dle kapitoly 6 vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Pohybový režim (kategorie pacienta), který má pacient uveden v dokumentaci.

- **Pacient na propustce** – pacient propuštěn na určený časový úsek do domácího prostředí.
- **Pacient soběstačný** – pacient soběstačný (nezávislý na péči, dítě  $\geq 10$  let).
- **Pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko** – pacient částečně soběstačný, schopen pohybu mimo lůžko (spolupracující dítě od 6–10 let věku), (pacient používající kompenzační pomůcky).
- **Lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko** – lucidní pacient, neschopný pohybu mimo lůžko (dítě od 2 do 6 let).





- Lucidní pacient zcela imobilní – lucidní pacient zcela imobilní (dítě od 0 do 2 let).
- Pacient v bezvědomí (případně delirantní stav) – somnolence, sopor, koma, případně delirium. Pacient nesoběstačný, plně závislý na ošetřujícím personálu.

### Spolupráce pacienta

Hodnocení míry spolupráce bylo dříve založeno na subjektivním úhlu pohledu posuzující osoby. Pro snadnější a objektivnější posouzení je východiskem zhodnocení úrovně vědomí. Jedná se o pomocnou kategorizaci.

#### Hodnoceno dle Glasgow Coma Scale /GCS/ (Teasdale et al., 2014)

- Plná (GCS 15 bodů) – rozumí pokynu, vyhoví.
- Částečná (GCS 14–13 bodů) – rozumí pokynu, vyhoví selektivně.
- Minimální (GCS 12–9 bodů) – nerozumí všemu, vyhoví selektivně.
- Žádná (GCS 8–3 bodů) – porucha vědomí, nerozumí, nevyhoví.

#### Hodnoceno dle Barthelové testu (Pokorná, 2018)

- Vysoce závislý – 0–40 bodů
- Závislost středního stupně – 45–60 bodů
- Lehká závislost – 65–95 bodů
- Nezávislý – 100 bodů

#### Rozšířený Barthelové test (Extended Barthel Index – EBI) (Pokorná, 2017)

- Závažné kognitivní omezení – 0–15 bodů
- Střední kognitivní omezení – 20–65 bodů
- Žádné omezení, nebo mírné kognitivní omezení – 90–70 bodů

### Psychický stav

Posouzení psychického stavu je důležité s ohledem na možnost sebepoškození, frikčních lézí a drobných traumat. Jednoduchá identifikace kategorií vychází z posouzení celkové reaktivity jedince (je vhodné, aby v případě nejistoty provedly posouzení dvě osoby). U seniorů lze využít MMSE.

- Orientovaný/klidný – pacient orientován osobou, časem, místem. Klidný, bez psychomotorického neklidu.
- Dezorientovaný/klidný – pacient dezorientován v jedné ev. více oblastech – osoba, místo, čas (zmatený = dezorientovaný). Např. u pacienta s Alzheimerovou demencí.
- Dezorientovaný/neklidný – pacient dezorientován ve více oblastech – osoba, místo a čas, s psychomotorickým neklidem (zmatený = dezorientovaný). Např. delirantní stav.
- Úzkostný – patří k neurotickým poruchám. Zahrnuje doprovodné tělesné (vegetativní) příznaky, fobie a několik forem nadměrné úzkosti a strachu, které nastupují náhle a brání vykonávání běžných denních činností.
- Apatický – apatii můžeme definovat jako kompletní nedostatek citu a motivace např. pacient, který rezignoval a odmítá nadále spolupracovat a léčit se.
- Depresivní – stav psychiky projevující se dlouhodobě pokleslými náladami pacienta.
- Agresivní – sklon k útočnému jednání, které se transformuje do různých podob.



## Nutriční stav dle BMI

Hodnocení nutričního stavu odpovídá Body Mass Indexu /BMI/ (viz Tab. 4):

**Tab. 4 Klasifikace hodnoty BMI (WHO, 2017)**

BMI	Klasifikace
< 18,5 kg/m <sup>2</sup>	Podváha
18,5–24,9	Normální váha
25,0–29,9	Nadváha
30,0–34,9	Obezita 1. stupně
35,0–39,9	Obezita 2. stupně
≥ 40,0	Obezita 3. stupně

## Předchozí postižení, komplikace zdravotního stavu

Pro posouzení vstupního stavu pacienta je nutné posoudit také jeho celkový stav a omezující faktory. V případě výskytu více než jednoho postižení, uvedou se v popisu analýzy. Postižení smyslová zdánlivě s dekubity nesouvisí, ale při jejich výskytu může být ovlivněna schopnost signalizace problému pacientem a tím vyšší riziko vzniku dekubitu.

- Žádné – bez jakýchkoliv předchozích postižení a komplikací zdravotního stavu v anamnéze.
- Fyzické – porucha hybnosti, např. z důvodu zlomeniny, z důvodu hemiplegie u pacientů s cévním onemocněním mozku, amputace dolní končetiny aj.
- Psychické – neklid/apatie, např. u pacienta s Parkinsonovou demencí, jiným psychickým onemocněním aj.
- Smyslové – řeč, např. němý pacient, dysartrie, globální afázie, sensorická nebo motorická porucha řeči aj.
- Smyslové – sluch, např. hluchoněmý pacient, s nedoslýchavostí, ale i pacient využívající kompenzační pomůcky (naslouchadlo) aj.
- Smyslové – zrak, např. pacient s úplnou slepotou, slabozrakostí, šedým zákalem, ale i pacient využívající kompenzační pomůcky (brýle, čočky) aj.

## Informován o NU

- Ano – ano, o NU byl pacient informován (pokud pacient není plně při vědomí, lze v těchto případech informovat osobu, která má právo na informace o zdravotním stavu).
- Ne – ne, o NU nebyl pacient informován.

## Hospitalizace – jako následek NU

Upřesnění hospitalizace:

- prodloužení na stejném oddělení;
- překlad na jiné oddělení;
- neplánovaná rehospitalizace pro stejnou dg. na stejném oddělení;
- neplánovaná rehospitalizace pro stejnou dg. na jiném oddělení;
- neplánovaná rehospitalizace pro jinou dg. na stejném oddělení;
- neplánovaná rehospitalizace pro jinou dg. na jiném oddělení.

**Přijímací diagnóza** – doporučuje se vybrat diagnózu z nabídky dle MKN (platná verze).

**Datum výkonu** – je potřebné uvést datum výkonu, pokud byl nutný.

## Preventabilita

Preventabilní (Ano/Ne) – Je potřebné zvolit, zda ano či ne (tzn., zda bylo možno NU předejít za současného stavu poznání a celkového stavu pacienta).



## Nejvyšší možné poškození pacienta

- Zanedbatelné – minimální poškození nevyžadující žádnou a/nebo minimální intervenci. Nevyžaduje absenci v práci – pracovní neschopnost.
- Dočasné – mírné poškození/zranění či nemoc, vyžadující minimální intervenci. Pracovní neschopnost  $\leq 3$  dny. Prodloužení hospitalizace o 1–3 dny.
- Hospitalizace – střední poškození vyžadující profesionální intervenci. Pracovní neschopnost 4–14 dní. Prodloužení hospitalizace o 4–15 dní. Dopad incidentu na malé množství pacientů.
- Trvalé/závažné postižení – vážné poškození vedoucí k prodloužení závislosti či invaliditě. Pracovní neschopnost  $> 14$  dní. Prodloužení hospitalizaci  $> 15$  dní. Nesprávná organizace péče o pacienty s dlouhodobým dopadem.
- Smrt – incident vedoucí ke smrti. Několikanásobné trvalé poškození a/nebo nezvratné postižení zdraví s následkem smrti.
- Neznámé – nelze vyhodnotit nejvyšší možné poškození pacienta.

## Pravděpodobnost opakování události

- Zanedbatelná – pravděpodobně se nikdy nestane/nebude opakovat. Míra pravděpodobnosti  $< 0,1$  %. Vzácné. Neočekává se výskyt po celá léta.
- Nízká – neočekává se, že se stane/bude opakovat, ale je zde možnost, že se to může stát. Míra pravděpodobnosti  $> 0,1$ –1 %. Nepravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou ročně.
- Střední – mohlo by se stát / občas opakovat. Míra pravděpodobnosti  $> 1$ –10 %. Možné opakování. Očekává se, že se vyskytnou nejméně měsíčně.
- Vysoká – pravděpodobně se stane/bude opakovat, ale nejedná se o přetrvávající problém/okolnosti. Míra pravděpodobnosti  $> 10$ –50 %. Pravděpodobné. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou týdně.
- Extrémní – nepochybně se stane/bude opakovat, možná často. Míra pravděpodobnosti vyšší než 50 %. Téměř jisté. Očekává se, že se vyskytnou alespoň jednou denně.
- Neznámá – nelze odhadnout pravděpodobnost opakování NU.

## Obtížnost včasného zjištění

Zahrnuje akce nebo okolnosti, které umožní objevení/odhalení incidentu např. chyba monitoru, alarm, změna stavu pacienta, posouzení rizik.

- Minimální – událost lze předpokládat s ohledem na celkový stav individuálního pacienta, lze nastavit preventivní mechanismy (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, je možné ji identifikovat pomocí technických prostředků a mechanismů, např. alarm, informace na monitoru, zvukový signál (možnost zjištění vyšší než 50 %).
- Nízká – událost lze předpokládat u obdobné skupiny pacientů, lze nastavit preventivní postupy pouze do určité míry, např. pacient má bariéru v příjmu informací, ale je v riziku vzniku NU (např. riziko pádu – identifikace škálou rizika – využití edukace a pomůcek k lokomoci, ale je třeba pacienta zvýšeně sledovat a jeho kognitivní funkce mohou možnost zjištění a prevence ovlivnit (možnost zjištění  $> 10$ –50 %).
- Střední – událost nelze jednoznačně předpokládat u dané skupiny pacientů (jednotlivce), preventivní postupy nelze jednoznačně nastavit, pacient není v riziku, anebo v nízkém riziku, není vždy možné využít technologické prostředky k identifikaci NU, např. tichý alarm, nejasné známky změny stavu pacienta – subjektivně vnímané (možnost zjištění  $> 1$ –10 %).



- **Vysoká** – vznik události lze předpokládat pouze hypoteticky, nejedná se o pacienta v riziku, netrpí komorbiditou, neabsolvoval vyšetření či terapeutický výkon ovlivňující jeho stav, často příčina vzniku NU třetí strany, nelze identifikovat pomocí přístroje (možnost zjištění 0,1–1 %).
- **Extrémní** – pravděpodobně nelze vůbec předpokládat vznik události, tedy zjistit včas, nejedná se o pacienta v riziku (možnost zjištění < 0,1 %).
- **Neznámá** – nelze určit možnost včasného zjištění.

## Pojmy

**Ambulantní karta** – Složka obsahující zdravotnickou dokumentaci vedenou o pacientovi v ambulanci.

**Anesteziologický záznam** – Záznam o anestézii je dokumentem, který obsahuje všechny dostupné údaje o anestézii a komplikacích souvisejících s anestézií. Záznam je veden ve dvou výtiscích. Originál se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta a druhý výtisk se uchovává na ARO. Protokol zahrnuje anesteziologickou vizitu, popis anestézie a popis pooperační, probouzející se a zotavovací fáze. Obsahuje rovněž ordinace pro ošetřujícího lékaře a všeobecnou sestru.

**Čas propuštění pacienta z lůžkového oddělení** – Je okamžik předání propouštěcí zprávy o hospitalizaci (předběžné nebo definitivní) pacientovi na základě rozhodnutí příslušného lékaře, že stav pacienta již nevyžaduje hospitalizaci na daném oddělení.

**Čas přijetí pacienta na lůžkové oddělení** – Je čas zahájení lékařských, ošetřovatelských a administrativních úkonů s hospitalizací spojených.

**Dekurz** – Denní záznam o průběhu nemoci, obsahuje záznamy o veškerých provedených diagnostických a terapeutických výkonech (kanylace, punkce, převazy, resuscitace atd.).

**Denní záznam lékaře (vizita)** – Obsahem záznamu je zhodnocení subjektivních obtíží pacienta včetně bolestí, pokud jsou, a objektivní zhodnocení nálezu, pro který byl nemocný přijat.

**Epikríza** – Je periodické shrnutí průběhu hospitalizace jedenkrát za sedm dní, terapeuticko-diagnostická rozvaha a plánované postupy. Epikrizou se rozumí krátká zpráva, která obsahuje informace o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu.

**Chorobopis** – Je část zdravotnické dokumentace pacienta, vedená na lůžkovém oddělení. Obsahuje dokumentaci lékařskou a dokumentaci ošetřovatelské péče.

**Identifikační údaj** – Údaj, pomocí něhož lze osobní data jednoznačně přiřadit konkrétní osobě. Pro tyto účely se za identifikační údaje považují také údaje, které sice přímo pacienta neidentifikují, ale jejich kombinací lze takovou identifikaci vytvořit – tzv. nepřímá identifikace.

**Informační systém** – Jakékoliv systematické pořizování, ukládání a uchovávání dat v logických souborech. Za informační systém pro tyto účely je nutno považovat nejen datové soubory v pamětech počítačů, ale také písemnou formou vedené kartotéky pacientů, evidence, záznamy v evidenčních knihách apod. Pro tyto účely není rozhodující, zda informační systém je veden v písemné (listinné) formě nebo na paměťových nosičích výpočetní techniky.

**Interkurence** – Vedlejší, souběžná onemocnění (vedle hlavní diagnózy).

**Koncepce ošetřovatelství** – Metodické doporučení k zajištění jednotného postupu při poskytování ošetřovatelské péče ve zdravotnických zařízeních včetně ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob.

**Lékařská dokumentace** – Zdravotnická dokumentace vedená pouze lékaři.

**Lékařská překládová zpráva** – Záznam o překladu pacienta. Obsahuje stručné shrnutí průběhu dosavadní hospitalizace, stav pacienta při překladu, diagnostický souhrn a doporučení, kde nesmí chybět medikace při překladu, důvod překladu a event. termíny dříve objednaných vyšetření, dále dosavadní terapie, průběh, diagnostický souhrn.

**Operační protokol** – Popis průběhu operace, vyhotovený bezprostředně po jejím ukončení, za jehož obsahovou správnost odpovídá operatér.

**Osobní údaje** – Libovolné údaje (informace) vztahující se k identifikovanému nebo identifikovatelnému pacientovi.



**Ošetrovatelská dokumentace** – Je součástí zdravotnické dokumentace a zaznamenává údaje o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetrovatelských problémů pacienta a jeho rodiny. Tato dokumentace je vedená nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

**Ošetrovatelská propouštěcí zpráva** – Vyhotovuje ji všeobecná sestra u každého propouštěného pacienta.

**Ošetrovatelský proces** – Je jednak myšlenkový algoritmus všeobecné sestry při plánování ošetrovatelských aktivit a jednak systém logických a vzájemně na sebe navazujících kroků a postupů při ošetrování pacienta.

**Ošetřující lékař** – Je lékař, určený vedoucím kliniky/oddělení k péči o pacienta po dobu hospitalizace či poskytování ambulantní péče.

**Plán lékařské péče** – Souhrn plánovaných diagnostických a terapeutických procesů, vypracovává přijímající nebo ošetřující lékař při přijetí pacienta na oddělení.

**Plán ošetrovatelské péče** – Soupis intervencí, které vedou k odstraňování nebo zmírňování ošetrovatelských problémů, naplňování jeho potřeb a jsou realizovány a zaznamenány ošetrovatelským personálem do ošetrovatelské dokumentace.

**Režimová opatření** – Systém nastavených pracovních postupů.

**Rizikové faktory** – Faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku medikačního pochybení.

**Službu konající lékař** – Je lékař, zajišťující poskytování zdravotní péče v době, kdy ji neposkytuje ošetřující lékař pacienta.

**Status praesens** – Objektivní stav pacienta při celkovém vyšetření.

**Všeobecná bezpečnostní opatření** – Opatření realizovaná v prostorách PZS se záměrem zvýšit bezpečnost pacientů a snížit riziko medikačního pochybení na minimum.

**Zdravotnická dokumentace** – Záznam, obsahující informace o zdravotním stavu pacienta, např. výsledky klinického vyšetření, popis léčebných postupů, popis vývoje zdravotního stavu a propouštěcí zprávu. Tento záznam sepisují lékaři a další zdravotničtí pracovníci. Zdravotnická dokumentace obsahuje identifikační údaje zdravotnického zařízení, osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech, souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.



## Seznam zkratk

**ATB** – Antibiotika

**BMI** – Body Mass Index – Index tělesné hmotnosti

**CT** – Výpočetní tomografie (Computerised tomography)

**EBI** – Extended Barthel Index – Rozšířený Barthelové test

**GCS** – Glasgow Coma Scale – Glasgovská škála hodnocení vědomí (skóre hodnocení hloubky poruchy vědomí)

**JIP** – Jedinotka intenzivní péče

**MKN** – Mezinárodní klasifikace nemocí

**MMSE** – Mini Mental State Exam – Krátký test kognitivních funkcí

**MRI** – Magnetická rezonance

**NHS** – National health service – Národní zdravotní služba (NZA – Národní zdravotnická asociace)

**NLZP** – Nelékařský zdravotnický pracovník (zahrnuje kategorie pracovníků dle zákona č. 96/2004 Sb.)

**NRPZS** – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

**NU** – Nežádoucí událost

**PZS** – Poskytovatel zdravotních služeb

**RTG** – Rentgen

**SHNU** – Systém hlášení nežádoucích událostí

**UZV** – Ultrazvuk

**WHO** – World Health Organization = Světová zdravotnická organizace – **SZO**

**ZD** – Zdravotnická dokumentace

**ZZ** – Zdravotnické zařízení



## Literatura

- AUSTIN, S. Stay out of court with proper documentation. *Nursing* [online]. 2011, **41**(4), 24–29 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: [https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2011/04000/Stay\\_out\\_of\\_court\\_with\\_proper\\_documentation.11.aspx](https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2011/04000/Stay_out_of_court_with_proper_documentation.11.aspx).
- BECK, M. How to Take Charge of Your Medical Records. *Journal Reports: Health Care* [online]. 2015 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <https://www.wsj.com/articles/SB12367224787933994021304581064031716335262>.
- DÚASON, S. et al. Patient handover between ambulance crew and healthcare professionals in Icelandic emergency departments: a qualitative study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* [online]. 2021, **29**(1):21 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: 10.1186/s13049-021-00829-x.
- GROOT, D., K. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of advanced nursing* [online]. 2019, **75**(7):1379-1393 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: 10.1111/jan.13919.
- KANKANANARACHCHI, I. et al. Documentation errors in paediatric drug charts: An Audit. *Journal of the Ruhunu Clinical Society* [online]. 2018 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: <http://doi.org/10.4038/jrcs.v23i1.39>.
- KVAPILOVÁ, B. Význam, formy a druhy zdravotnické dokumentace. *Zdravotnictví a medicína* [online]. 2015 [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: [https://zdravi.euro.cz/clanek/vyznam-formy-a-druhy-zdravotnicke-dokumentace-478386?seo\\_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz](https://zdravi.euro.cz/clanek/vyznam-formy-a-druhy-zdravotnicke-dokumentace-478386?seo_name=mlada-fronta-noviny-zdravi-euro-cz).
- MAFRA, ACCN., et al. A prospective evaluation of inter-rater agreement of routine medical records audits at a large general hospital in São Paulo, Brazil. *BioMed Central health services research Health services research* [online]. 2020, **20**(1):638 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: 10.1186/s12913-020-05495-w.
- MCCARTHY, B. et al. Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *Journal of nursing management* [online]. 2019, **3**:491-501 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: 10.1111/jonm.12727.
- MOHANTY, S. Errors in laboratory medicine: The role of quality indicators. *International Journal of Clinical Biochemistry and Research* [online]. 2018, **5**(2):164-167 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: <https://www.ijcbr.in/article-details/6788>.
- MOIZ, B. et al. Documentation errors in transfusion chain: Challenges and interventions. *Transfusion and apheresis science* [online]. 2020, **59**(4):102812 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: 10.1016/j.transci.2020.102812.
- MUINGA, N. et al. Designing paper-based records to improve the quality of nursing documentation in hospitals: A scoping review. *Journal of clinical nursing* [online]. 2021, **30**(1-2):56-71 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: 10.1111/jocn.15545.
- NHS. National patient safety incident reports up to June 2020. Data on patient safety incidents reported to the National Reporting and Learning System (NRLS) up to June 2020 – full workbook and individual CSV files. *NHS England* [online]. 2020 [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/national-patient-safety-incident-reports/23-september-2020/>.
- POKORNÁ, A. Barthelové test. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2018, [cit. 2019-04-09]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>.
- POKORNÁ, A. Rozšířený Barthelové test. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2017, [cit. 2021-11-16]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>.
- POKORNÁ, A. a kol. Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí [online]. Praha: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 2016 [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <http://shnu.uzis.cz>.
- POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.



- TEASDALE et al. The Glasgow Coma Scale: an update after 40 years. *Nursing Times* 2014; 110(42): 12-16. ISSN 0954-7762.
- URQUHART, CH. et al. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews* [online]. 2018 [cit. 2022-03-22]. Dostupné z: doi: 10.1002/14651858.CD002099.pub3.
- VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.
- Vyhláška č. 137/2018 Sb. ze dne 27. června 2018, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2018, částka 71, s. 1770. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2018&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=10>.
- Vyhláška č. 262/2016 Sb. ze dne 23. srpna 2016, kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2016, částka 101, s. 3932. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2016&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=9>.
- Vyhláška č. 279/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2020, částka 106, s. 2322. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2020&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=15>.
- WHO. Body mass index – BMI. © 2017 WHO [online]. [cit. 2017-04-20]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
- Zákon č. 89/2012 Sb. ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 33, s. 1026. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirkazakonu/SearchResult.aspx?q=2012&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=16>.
- Zákon č. 202/2017 Sb. ze dne 1. listopadu 2017, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2017, částka 72, s. 2085. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2017&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=11>.
- Zákon č. 325/2021 Sb. ze dne 18. srpna 2021 o elektronizaci zdravotnictví. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2021, částka 143, s. 3868. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2021&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=9>.
- Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4730. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2011&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=4>.