

VESTNÍK



Čiastka 42-48

Dňa 15. októbra 2009

Ročník 57

OBSAH:

Normatívna časť:

46. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o označovaní novorodencov
47. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie
48. Rozhodnutie o zmene zriadovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina

Oznámovacia časť:

Oznámenie o stratách pečiatok

Oznámenie o osobitnom vydaní v mesiaci september 2009

46.**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
o označovaní novorodencov**

Bratislava: 11. september 2009

Číslo: 18419/2009-OZS

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto usmernenie:

Čl. I

Toto odborné usmernenie ustanovuje spôsob označenia novorodenca, aby sa zamedzilo výmene novorodenca počas jeho pobytu v zdravotníckom zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti až do jeho prepustenia.

Čl. II

(1) Každý novorodenec sa ihneď po narodení označí dvoma z týchto troch spôsobov:

- prievnením číselného štítku s číslom na zápästie novorodenca, ktorý je rovnaký ako číselný štítok s číslom, ktorým je označená matka,
- prievnením identifikačného náramku na druhé zápästie novorodenca, ktorý je rovnaký ako identifikačný náramok, ktorým je označená matka,
- napísaním priezviska a mena novorodenca a čísla identického s číslom na číselnom štítku alebo identifikačnom náramku na hrudník, stehno alebo chrbát novorodenca.

(2) Každému novorodencovi sa ihneď po narodení na zápästie hornej končatiny prievní číselný štítok s číslom alebo identifikačný náramok tak, aby sa nedal stiahnuť zo zápästia novorodenca a aby nenastali cirkulačné zmeny.

(3) Na identifikačnom náramku je napísané priezvisko a meno novorodenca, číslo z číselného štítku, dátum a čas narodenia novorodenca. Nápis je čitateľný, zreteľný, dostatočne veľký a nezmývateľný. Identifikačný náramok môže byť označený aj čiarovým kódom.

(4) Označenie novorodenca napísaním priezviska a mena novorodenca, čísla identického s číslom na číselnom štítku alebo identifikačnom náramku na hrudník, stehno alebo chrbát novorodenca po očistení kože novorodenca vykoná ten zdravotnícky pracovník, ktorý vykonal prvé ošetrenie novorodenca špeciálnym perom alebo vatovou štetôčkou jedným z nasledujúcich roztokov:

1. Rp.: 1 % roztok methylrosanilini chlorati (gentiánová violet)

2. Rp.: Spiriti diluti	80,00 g.
Aquae purificate	70,00 g.
Methylrosanilini chlorati	1,30 g.
Diethyleteri	30,00 g.
Argenti nitrici	20,00 g.
D.S. Farbivo.	
3. Rp.: Argenti Nitrici	5,00 g.
Aqua destillata	24,50 g.
Spiriti vini concentrati	20,00 g.

Viride nitens 0,50 g.
 M. f. sol.
 D.S.: Farbivo

(5) Označenie novorodencu napísaním priezviska a mena novorodencu, čísla identického s číslom na číselnom štítku alebo identifikačnom náramku na hrudník, stehno alebo chrbát novorodencu je čitateľné, zreteľné a dostatočne veľké.

(6) Pri viacpočetnom pôrode sa k údajom napísaným na identifikačnom náramku a k údajom napísaným na hrudníku, stehne alebo chrbáte novorodencu pripíše rímske číslo I., II., III., ktoré označuje poradie narodenia novorodencov bez ohľadu na ich pohlavie.

(7) Do zdravotnej dokumentácie¹⁾ matky, novorodencu a do pôrodnej knihy zapíše číslo identické s číslom na číselnom štítku a/alebo obsah identifikačného náramku ten zdravotnícky pracovník, ktorý označenie novorodencu a matky vykonal.

Čl. III

(1) Ak sa novorodenec narodí mimo pôrodníckeho pracoviska, zdravotnícky pracovník, ktorý ho prijíma do zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti označí novorodencu podľa článku II. tohto odborného usmernenia.

(2) Pred označením novorodencu majú prednosť všetky život zachraňujúce zdravotné výkony smerujúce k oživeniu novorodencu alebo stabilizácií jeho vitálnych funkcií. Označenie novorodencu sa v takomto prípade vykonáva rovnakým spôsobom ako je uvedené v čl. II. tohto odborného usmernenia vtedy, keď to jeho zdravotný stav umožňuje.

(3) Novorodenec s difúznym ochorením kože sa označí číselným štítkom s číslom na jednom zápästí a identifikačným náramkom s menom, priezviskom, číslom, dátumom a hodinou narodenia na druhom zápästí. Označenie novorodencu nápisom na kožu sa vykoná na základe indikácie lekára až po zhojení dostatočne veľkej plochy na koži novorodencu.

(4) Ošetroenie a všetky život zachraňujúce zdravotné výkony novorodencu s veľmi nízkou pôrodnou hmotnosťou (novorodenec pod 1 500 g) majú prednosť pred jeho označením. Takýto novorodenec je umiestnený v inkubátore, ktorý je označený menom a priezviskom novorodencu, gestačným vekom a poradovým číslom novorodencu pri viacpočetnom pôrode. Číselný štítok s číslom a označený identifikačný náramok je položený vedľa novorodencu. Označenie novorodencu nápisom na kožu sa nevykonáva. Keď je možné novorodencovi číselný štítok s číslom alebo identifikačný náramok pripojiť na jeho zápästie, tak ho zdravotnícky pracovník pripoji na základe indikácie lekára.

Čl. IV

(1) Zhodnosť číselného štítku s číslom alebo identifikačného náramku, ktorým budú označení matka a novorodenec, si overia zdravotníčki pracovníci, ktorí vykonajú označenie novorodencu a matky pred samotným označením.

(2) Ak sa číselný štítok s číslom alebo identifikačný náramok poškodia, zvlečú, alebo sa dajú stiahnuť z hornej končatiny novorodencu, je potrebné ich ihned vymeniť za nové s rovnakými údajmi.

¹⁾ Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

(3) Ak sú číselný štítok s číslom alebo identifikačný náramok tesné a spôsobujú novorodencovi cirkulačné zmeny, je potrebné ich vymeniť za nové s rovnakými údajmi.

(4) Ak čitateľnosť označenia napísaním priezviska a mena novorodenca, čísla identického s číslom na číselnom štítku alebo identifikačnom náramku na hrudník, stehno alebo chrbát novorodencia stráca viditeľnosť a označenie sa stáva nejasným, je potrebné označenie opakovane napísať tak, aby bolo čitateľné a zrozumiteľné až do prepustenia novorodenca zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti.

(5) Číselný štítok s číslom alebo identifikačný náramok odoberie zdravotnícky pracovník novorodencovi a matke pri prepustení novorodenca. Identifikačný náramok si môžu rodičia odstrániť doma.

Čl. V

(1) Za správne označenie konkrétneho novorodenca je zodpovedný ten zdravotnícky pracovník, ktorý novorodenca označil.

(2) Za správnu metodiku a materiálno-technické vybavenie označovania novorodencov zodpovedajú vedúci lekár a vedúca sestra novorodeneckého pracoviska.

Čl. VI

Zrušuje sa Metodické opatrenie Ministerstva zdravotníctva Označovanie novorodencov č. Z-3 074/1994-B/1 zo dňa 8. mája 1974 uverejnené vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva SSR pod číslom 5, čiastka 7-8 zo dňa 14. júna 1974.

Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť 1. novembra 2009.

**Richard Raší, v.r.
minister**

47.**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky
o vedení zdravotnej dokumentácie**

Bratislava: 24. september 2009

Číslo: 07594/2009 – OZS

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto odborné usmernenie:

**Čl. I
Účel odborného usmernenia**

Účelom tohto odborného usmernenia je zabezpečiť jednotnú obsahovú štruktúru vedenia zdravotnej dokumentácie zdravotníckymi pracovníkmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

**Čl. II
Vymedzenie základných pojmov**

(1) Zdravotná dokumentácia je súbor písomných, grafických a iných údajov o zdravotnom stave osoby.¹⁾ Je neoddeliteľnou súčasťou poskytovania zdravotnej starostlivosti. Súčasťou zdravotnej dokumentácie je aj ošetrovateľská dokumentácia.

(2) Vedenie zdravotnej dokumentácie je získavanie, zhromažďovanie a zaznamenávanie údajov²⁾ formou zápisov do zdravotnej dokumentácie. Údaje do zdravotnej dokumentácie v štátom jazyku, v písomnej alebo elektronickej forme zaznamenáva ošetrujúci zdravotnícky pracovník v chronologickej postupnosti a v rozsahu ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti.

(3) O každom poskytnutí zdravotnej starostlivosti vykoná zdravotnícky pracovník zápis do zdravotnej dokumentácie, teda zaznamená všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali, ale aj všetky údaje týkajúce sa zmien zdravotného stavu osoby.

(4) V zdravotnej dokumentácii sa nepoužívajú odvolávky, odkazy a opakovacie znaky (ako predchádzajúci chorobopis, Th. idem, bpn). V dekurze, pri popise nálezu nezmeneného zdravotného stavu je možné použiť formuláciu „stav rovnaký ako“ s odvolaním sa na presný dátum a hodinu. Zápis terapie a zápis o zmene terapie je výlučne v kompetencii lekára.

(5) Dekurz je denný záznam o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Je súčasťou zdravotnej dokumentácie. Na každom dekurze

¹⁾ § 2 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

²⁾ § 19 ods. 1 a 2 zákona č. 576/2004 Z. z.

sú uvedené osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo a poradové číslo strany dekurzu. Vzor dekurzu pre lekárske špecializačné odbory je uvedený v prílohe č. 1. Vzor dekurzu pre pôrodnú sálu je uvedený v prílohe č. 2. Vzor dekurzu pre šestonedelie je uvedený v prílohe č. 3. Vzor dekurzu pre neonatologické pracoviská je uvedený v prílohe č. 4. Vzor dekurzu ošetrovateľskej starostlivosti pre dom ošetrovateľskej starostlivosti, agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pre zariadenia poskytujúce sociálne služby je uvedený v prílohe č. 5.

Čl. III

Vedenie zdravotnej dokumentácie v ústavných zdravotníckych zariadeniach

(1) Zápis lekára alebo pôrodnej asistentky o príjme osoby obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo, bydlisko, číselný kód zdravotnej poisťovne,
- c) údaje o rodinnej anamnéze, osobnej anamnéze, pracovnej anamnéze, sociálnej anamnéze, alergologickej anamnéze, liekovej anamnéze, úrazoch, operáciách, abúzoch, ak ide o ženu aj údaje o gynekologickej anamnéze,
- d) údaje dôležité pre možný vznik nemocničnej nákazy vrátane epidemiologickej a cestovateľskej anamnézy,⁴⁾
- e) údaje o terajšej chorobe a o subjektívnych problémoch osoby,
- f) objektívny fyzikálny nález,
- g) údaje o poučení a informovanom súhlase,⁵⁾
- h) meno, priezvisko poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý hospitalizáciu odporučil alebo bez odporúčania,
- i) údaje o liečbe pred hospitalizáciou alebo údaje o liečbe počas príjmu osoby,
- j) diagnózu, aj pracovnú (slovom alebo číslom podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, ďalej len „MKCH“),
- k) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, ktorý osobu prijal,
- l) čitateľný podpis pôrodnej asistentky, ktorá osobu prijala, ak odvádzza fyziologický pôrod.

(2) Súčasťou zápisu o príjme osoby je:

- a) ak ide o lekára, vypísanie prvej strany listu dekurzu s uvedením ordinovaných vyšetrení a terapie (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
- b) ak ide o pôrodnú asistentku, vypísanie prvej strany listu dekurzu s uvedením plánovaných intervencií priebehu fyziologického pôrodu.

(3) Zápis lekára z vizity alebo z konziliárneho vyšetrenia v dekurze obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) údaje o subjektívnych problémoch osoby,
- c) objektívny fyzikálny nález,
- d) zhodnotenie výsledkov v tom čase dostupných laboratórnych, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení,
- e) diagnózu pri zmene zdravotného stavu a pri konziliárnych vyšetreniach aj pracovnú alebo diferenciálnu diagnózu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- f) terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
- g) navrhované vyšetrenia, plánované konziliárne vyšetrenia a vykonané konzultácie,
- h) návrh následnej kontroly alebo iné odporúčania podľa potreby,

³⁾ § 19 ods. 2 písm. a) zákona č. 576/2004 Z. z.

⁴⁾ § 2 ods. 3 vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 553/2007 Z. z., ktorou sa ustanovujú podrobnosti o požiadavkách na prevádzku zdravotníckych zariadení z hľadiska ochrany zdravia.

⁵⁾ § 6 a § 6a zákona č. 576/2004 Z. z.

- i) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, pri konzultácii meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis vedúceho zdravotníckeho pracovníka alebo vedúcim pracovníkom určeného lekára so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore⁶⁾ (ďalej len „lekár špecialista“).
- (4) Zápis lekára z vykonaného invazívneho zdravotného výkonu, ktorý nemá charakter operačného výkonu v dekurze obsahuje:
- a) dátum a čas,
 - b) objektívny fyzikálny nález, podľa charakteru výkonu a stavu osoby,
 - c) zhodnotenie laboratórnych výsledkov (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné) podľa potreby a charakteru výkonu,
 - d) druh invazívneho zdravotného výkonu, druh anestézie a popis invazívneho zdravotného výkonu,
 - e) údaje o podanej terapii (názov lieku, forma, čas, dávka, spôsob podania), ako aj iné spresnenia terapie,
 - f) podľa potreby údaje o indikovaných laboratórnych vyšetreniach a iných vyšetreniach s uvedením dátumu a času,
 - g) indikácie zdravotnej starostlivosti po vykonaní invazívneho zdravotného výkonu (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
 - h) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, ktorý invazívny zdravotný výkon vykonal.
- (5) Zápis lekára z vykonaného operačného zdravotného výkonu v operačnom zázname obsahuje:
- a) dátum a čas,
 - b) osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo,
 - c) diagnózu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
 - d) overenie správnosti indikácie zdravotného výkonu (na základe RTG snímku, USG snímku, potvrdenie správnej strany tela),
 - e) identifikáciu zdravotníckych pracovníkov operačného a anestéziologického tímu,
 - f) druh operačného zdravotného výkonu, druh anestézie a popis operačného výkonu,
 - g) údaje o podanej terapii (názov lieku, forma, čas, dávka, spôsob podania), ako aj iné spresnenia terapie,
 - h) údaje o vykonaných laboratórnych vyšetreniach a iných vyšetreniach s uvedením dátumu a času,
 - i) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, ktorý operačný zdravotný výkon vykonal.
- (6) Súčasťou operačného záznamu sú:
- a) kópia anestéziologického záznamu,
 - b) dekurz o pooperačnej starostlivosti a terapii s uvedením dátumu a času, indikácie liekov (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania), diéty, pohybového režimu, laboratórnych vyšetrení a iných vyšetrení.
- (7) Zápis lekára o prepustení osoby v lekárskej prepúšťacej správe,⁷⁾ ktorej vzor je uvedený v prílohe č. 6 obsahuje:
- a) osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo, bydlisko, číselný kód zdravotnej poisťovne,
 - b) údaje o dĺžke hospitalizácie, vrátane dátumu prijatia a prepustenia,
 - c) údaje o terajšej chorobe, zdravotnom stave pri príjme osoby, anamnézach, chronologickom vývoji zdravotného stavu osoby počas hospitalizácie, výsledkoch laboratórnych, zobrazovacích a konziliárnych vyšetreniach,

⁶⁾ Príl. 1 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 322/2006 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.

⁷⁾ § 9 ods. 8 zákona č. 576/2004 Z. z.

- d) údaje o terapii počas hospitalizácie (lieky, diéta, pohybový režim, zdravotné výkony, operácie, rehabilitácia a iné),
- e) epikrízu,
- f) diagnózu hlavnú a vedľajšie diagnózy (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- g) odporučenie liekov (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, množstvo vydaných liekov), diéty, pohybového režimu, rehabilitácie, prvej kontroly u všeobecného lekára,⁸⁾ s ktorým má osoba uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti (ďalej len „všeobecný lekár“) alebo kontroly u lekára špecialistu,⁶⁾ návrh na zaradenie do dispenzarizácie, návrh na zaradenie na kúpeľnú starostlivosť, upozornenie na povinnosť odovzdať lekársku prepúšťaciu správu⁷⁾ všeobecnému lekárovi vrátane podpisu osoby alebo jej zákonného zástupcu, ktorým potvrzuje prevzatie lekárskej prepúšťacej správy a porozumenie informácií,
- h) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára, ktorý osobu prepustil a meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis vedúceho lekára.

Čl. IV

Vedenie zdravotnej dokumentácie v ambulantných zdravotníckych zariadeniach

(1) Zápis všeobecného lekára⁸⁾ z vyšetrenia obsahuje:

- a) dátum, čas a miesto,
- b) pri vstupnom vyšetrení osoby a pri preventívnych prehliadkach údaje o rodinnej anamnéze, osobnej anamnéze, pracovnej anamnéze, sociálnej anamnéze, alergologickej anamnéze, liekovej anamnéze, úrazoch, operáciách, abúzoch, ak ide o ženu aj údaje o gynekologickej anamnéze,
- c) údaje o subjektívnych problémoch osoby,
- d) objektívny fyzikálny nález,
- e) údaje o poučení a informovanom súhlase,⁵⁾
- f) zhodnotenie laboratórnych výsledkov, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení v tom čase dostupných,
- g) diagnózu, aj pracovnú alebo diferenciálnu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- h) terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
- i) navrhované vyšetrenia a plánované vyšetrenia,
- j) údaje o podaných liekoch (názov lieku, forma, dávka, spôsob podania), lekárskych predpisoch, lekárskych poukazoch, dietetických potravinách a zdravotníckych pomôckach,
- k) návrh následnej kontroly alebo iné odporúčania,
- l) zápis o preventívnej prehliadke, ktorý zodpovedá obsahu preventívnych prehliadok,⁹⁾ a na základe zistení z preventívnej prehliadky podľa potreby návrh zdravotných postupov,
- m) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára.

(2) Zápis lekára špecialistu⁶⁾ z vyšetrenia obsahuje:

- a) dátum, čas a miesto,
- b) osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo, bydlisko, číselný kód zdravotnej poisťovne,
- c) pri prvom vyšetrení osoby údaje o rodinnej anamnéze, osobnej anamnéze, pracovnej anamnéze, sociálnej anamnéze, alergologickej anamnéze, liekovej anamnéze, úrazoch, operáciách, abúzoch, ak ide o ženu aj údaje o gynekologickej anamnéze,
- d) údaje o subjektívnych problémoch osoby,
- e) objektívny fyzikálny nález,

⁸⁾ § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.

⁹⁾ Príl. 2 zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

- f) údaje o poučení a informovanom súhlase⁵⁾ s upozornením na povinnosť odovzdať lekársku správu všeobecnému lekárovi,
- g) zhodnotenie laboratórnych výsledkov, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení v tom čase dostupných,
- h) diagnózu, aj pracovnú alebo diferenciálnu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- i) terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
- j) navrhované vyšetrenia a plánované vyšetrenia,
- k) údaje o podaných liekoch (názov lieku, forma, dávka, spôsob podania), lekárskych predpisoch, lekárskych poukazoch, dietetických potravinách a zdravotníckych pomôckach,
- l) návrh následnej kontroly alebo iné odporúčania,
- m) návrh na zaradenie do dispenzarizácie,
- n) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára špecialistu.

(3) Zápis lekára špecialistu z vykonaného invazívneho zdravotného výkonu obsahuje:

- a) dátum, čas a miesto,
- b) osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo, bydlisko, číselný kód zdravotnej poisťovne,
- c) údaje o subjektívnych problémoch osoby,
- d) objektívny fyzikálny nález,
- e) údaje o poučení a informovanom súhlase,⁵⁾ s upozornením na povinnosť odovzdať lekársku správu všeobecnému lekárovi,
- f) diagnózu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- g) zhodnotenie aktuálnych laboratórnych výsledkov (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné, ak boli k dispozícii v čase invazívneho zdravotného výkonu),
- h) zhodnotenie aktuálnych výsledkov zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení, ak boli k dispozícii v čase invazívneho zdravotného výkonu,
- i) druh invazívneho zdravotného výkonu, druh anestézie a popis invazívneho zdravotného výkonu,
- j) údaje o podanej terapii (názov lieku, forma, čas, dávka, spôsob podania), ako aj iné spresnenia terapie,
- k) indikácie laboratórnych vyšetrení a iných vyšetrení s uvedením dátumu a času,
- l) indikácie vyšetrení, ošetrení a kontrol,
- m) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára špecialistu, ktorý invazívny zdravotný výkon vykonal.

(4) Ošetrujúci zdravotnícky pracovník v rámci špecializovanej ambulantnej starostlivosti vyhotoví zápis o poskytnutej zdravotnej starostlivosti osobe, ktorý zakladá do zdravotnej dokumentácie osoby vedenej vo svojej ambulancii a kópiu zápisu vydá osobe, alebo jej zákonnému zástupcovi.

Čl. V

Vedenie zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti

(1) Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach viedie ošetrujúca sestra alebo ošetrujúca pôrodná asistentka. Tvoria ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby, záписy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti a ošetrovateľská prepúšťacia správa,¹⁰⁾ teda vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré sú súčasťou lekárskej prepúšťacej správy,⁷⁾ ktorej vzor je uvedený v prílohe č. 6. Sestra alebo pôrodná asistentka pri príjme osoby vyhotovuje zdravotný záznam vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby. Vzor zdravotného záznamu pre pracoviská vnútorného lekárstva je uvedený v prílohe č. 7. Vzor

¹⁰⁾ § 9 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z.

zdravotného záznamu pre chirurgické pracoviská je uvedený v prílohe č. 8. Vzor zdravotného záznamu pre pediatrické pracoviská je uvedený v prílohe č. 9. Vzor zdravotného záznamu pre pracoviská psychiatrie je uvedený v prílohe č. 10. Vzor zdravotného záznamu pre pôrodnícke pracoviská je uvedený v prílohe č. 11. Vzor zdravotného záznamu pre neonatologické pracoviská je uvedený v prílohe č. 12. Vzor zdravotného záznamu pre pracoviská jednotky intenzívnej starostlivosti a pracoviská anesteziológie a intenzívnej medicíny je uvedený v prílohe č. 13.

(2) Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby vede ošetrujúca sestra alebo ošetrujúca pôrodná asistentka. Tvoria ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby a zápis o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra alebo pôrodná asistentka pri príjme osoby vyhotovuje ošetrovateľský záznam vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 14. Súčasťou zdravotnej dokumentácie v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby je návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vzor je uvedený v prílohe č. 15 a dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, ktorej vzor je uvedený v prílohe č. 16.

(3) Sestra alebo pôrodná asistentka pri príjme zapíše do zdravotného záznamu vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby údaje o zdravotnom stave, potrebách a problémoch osoby na základe celkového posúdenia stavu osoby, pozorovania, informácií získaných od osoby, blízkych osôb a iných zdrojov. Správnosť získaných informácií potvrdí sestra alebo pôrodná asistentka, ktorá osobu prijímalu čitateľným podpisom.

(4) V rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestra, pôrodná asistentka alebo zdravotnícky asistent zapisuje do dekurzu v chronologickej postupnosti všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu osoby.

(5) Zápis o vykonanom výkone obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) stručný popis výkonu a vyhodnotenie,
- c) čitateľný podpis sestry, pôrodnej asistentky alebo zdravotníckeho asistenta.

(6) Zápis o zmene zdravotného stavu, potrebách a problémoch osoby okrem údajov²⁾ obsahuje:

- a) dátum a čas,
- b) slovné vyjadrenie sesterskej diagnózy,¹¹⁾
- c) stručný popis poskytnutého výkonu a vyhodnotenie,
- d) čitateľný podpis sestry alebo pôrodnej asistentky.

(7) Ošetrovateľskú prepúšťaciu správu¹⁰⁾ vyhotovuje sestra alebo pôrodná asistentka pri prepustení osoby z ústavnej starostlivosti. Správnosť vyhotovených informácií potvrdí sestra alebo pôrodná asistentka, ktorá osobu prepustila čitateľným podpisom.

Čl. VI

Zdravotná dokumentácia

(1) Súčasťou skompletizovanej zdravotnej dokumentácie v zdravotníckom zariadení ústavnej starostlivosti okrem údajov²⁾ sú:

¹¹⁾ Príl. vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

- a) chorobopis, alebo pôrodopis vrátane zápisu lekára alebo pôrodnej asistentky o príjme osoby,
 - b) záznam o hospitalizácii,
 - c) lekárska prepúšťacia správa vrátane ošetrovateľskej prepúšťacej správy,¹⁰⁾
 - d) dekurzy, v ktorých sú zapísané údaje v chronologickom poradí o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
 - e) zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby vykonaného sestrou alebo pôrodnou asistentkou¹²⁾ (ak pôrodná asistentka odvádzza fyziologický pôrod, zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby už nemusí vyhotovovať),
 - f) údaje o poučení osoby a informovanom súhlase,⁵⁾ spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu,
 - g) výsledky laboratórnych vyšetrení v chronologickom poradí (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné),
 - h) výsledky zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení a iných v chronologickom poradí,
 - i) záznamy konziliárnych vyšetrení, ak boli vykonané v chronologickom poradí,
 - j) údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti alebo údaje o vystavení žiadosti o vyrovnavaciu dávku, žiadosti o materské, žiadosti o ošetrovné.
- 2) Súčasťou skompletizovanej zdravotnej dokumentácie v zdravotníckom zariadení ambulantnej starostlivosti okrem údajov²⁾ sú:
- a) zápis o zdraví a chorobách,
 - b) dekurzy, v ktorých sú zapísané údaje v chronologickom poradí o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
 - c) v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti, v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby a pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti na základe vydania licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby,¹²⁾
 - d) údaje o poučení osoby a informovanom súhlase,⁵⁾ spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu,
 - e) výsledky laboratórnych vyšetrení v chronologickom poradí (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné),
 - f) výsledky zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení a iných v chronologickom poradí,
 - g) záznamy konziliárnych vyšetrení, ak boli vykonané v chronologickom poradí,
 - h) údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti alebo údaje o vystavení žiadosti o vyrovnavaciu dávku, žiadosti o materské, žiadosti o ošetrovné.

Čl. VII

(1) Zdravotná dokumentácia sa vedie u všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v rozsahu uvedenom v tomto odbornom usmernení.

(2) Za vedenie zdravotnej dokumentácie v zdravotníckych zariadeniach zodpovedá poskytovateľ zdravotnej starostlivosti.

Čl. VIII Prechodné ustanovenie

Obdobné formuláre uvedené v prílohách č. 1 – 4 a v prílohách č. 6 a č. 13, ktoré boli vydané podľa doterajších predpisov sa môžu používať najdlhšie do 31.12.2009.

¹²⁾ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom v znení neskorších predpisov.

Čl. IX

Zrušovacie ustanovenie

Zrušujú sa:

1. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 41978/2005 – OO o vedení ošetrovateľskej dokumentácie zo dňa 4. júla 2005, uverejnené vo Vestníku MZ SR čiastka 35-46, ročník 53.
2. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky 07547/2007-OZSO o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti zo dňa 22. marca 2007, uverejnené vo Vestníku MZ SR čiastka 8-10, ročník 55.

Čl. X

Účinnosť

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť 15. októbra 2009.

**Richard Raší, v.r.
minister**

DEKURZ

Poradové číslo strany dekurzu:

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:		
Meno, priezvisko, titul pacienta/patientky:		Rodné číslo:
Dátum a čas zápisu:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)	Ordinácie:

Poradové číslo strany dekurzu:

Dátum a čas zápisu:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezisko, odtlačok pečiatky a podpis)	Ordinácie:

DEKURZ PRE PÔRODNÚ SÁLU

Poradové číslo strany dekurzu:

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:				
Meno, priezvisko, titul pacientky:			Rodné číslo:	
Grav.:	Para:	Týždeň teh.:	Príprava na pôrod:	
Začiatok kontrakcií: (dátum a čas)				
Prijatá na pôrod: (dátum a čas)			Odtok plod. vody: (dátum a čas)	
Dátum a čas zápisu:	K: TT:	OP:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrovujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)	
			Ordinácie:	

Poradové číslo strany dekurzu:

Dátum a čas zápisu:	K: TT:	OP:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrovujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)	Ordinácie:

DEKURZ PRE ŠESTONEDELIE

Poradové číslo strany dekurzu:

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:			
Meno, priezvisko, titul pacientky:		Rodné číslo:	Grav.:
Dg. chorôb matky:		Diet'a: (pohlavie a označenie) hmotnosť: g dĺžka: cm	
Pôrod spont./induk./oper.: (dátum a čas)		Druh oper. výkonu:	
Poranenie:		Strata krvi:	
Dátum a čas zápisu:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrovujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)		Ordinácie:
Dátum	1	2	3
TK, P, TT			
Diéta			
Maternica			
Očistky			
Prsníky			
Stolica			
Močenie			

Poradové číslo strany dekurzu:

Dátum a čas zápisu:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezisko, odtlačok pečiatky a podpis)		Ordinácie:
Dátum	4	5	6
TK, P, TT			
Diéta			
Maternica			
Očistky			
Prsníky			
Stolica			
Močenie			

Príloha č. 4

Poradové číslo strany dekuuru:

DEKURZ PRE NEONATOLOGICKÉ PRACOVISKÁ

Meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis ošet. lek.:

Číselný kód
zdravotnej poisťovne:

--	--	--

Priezvisko
dieťaťa:

Meno:

Odd.:

číslo:

izba:

číslo:

Matka: meno a priezvisko		zamest.:	rok nar./r. č.:	<input type="checkbox"/> slobod. <input type="checkbox"/> vydat. <input type="checkbox"/> rozved. <input type="checkbox"/> vdova						
Otec: meno a priezvisko		zamest.:	rok nar./r. č.:							
Bydlisko trvalé/prechodné/tel. kontakt na rodičov:										
Anamnéza (rodinná a osobná):										
Matka	Kultivácie z pošvy (TP):			Krv. sk.	Rh	RRR	TPHA	HbSAg	HIV	
	Kultivácie z rekta (TR):									
Terajšia tehotnosť: Priebeh fyziológický		Kortikoidy:		Protilátky u matky:						
Patologická odchýlka – ohrozená tehotnosť										
Predchádzajúce tehotnosti:										
Pôrody: deti	živorod. v roku	s pôrod. hmotnosťou								
	mŕtvorod. v roku	s pôrod. hmotnosťou								
	zomret. do 7 dní	s pôrod. hmotnosťou								
Potraty v roku:		Interrupcie v roku:								
Pôrod (dátum a čas):		Druh pôrodu:		Dĺžka I./II. doby:						
..... gravida, para		Plod. ozvy:		Placenta: hmotnosť, tvar, veľkosť, úplnosť						
Plodová voda (akost):		Odtok (dátum a čas):		Intrapartálna ATB profylaxia (IAP):						
Medikácia (narkóza):		Indikácie k oper. pôrodu:		Príznaky chorioannionitídy:						
Pôrod viedli (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis):										
Dieta: chlapec, dievča		Značka, číslo:	Pôrod. hmotnosť / dĺžka / obvod hlavy							
Stav ihned po pôrode:										
Hodnotenie stavu novorođenca podľa Apgarovej	Akcia srdca	Dýchanie	Tonus svalstva	Reakcia na odsávanie	Farba kože	Súčet				
za 1 minútu										
za 5 minút										
za 10 minút										
Živé, mŕtve, zrelé, nezrelé. Týždeň tehotnosti (termín):		Spôsob a dávka podania K vit.:								
Kriesenie (ako), vývoj stavu dieťaťa, ďalšie ordinácie:		Prehlidlod (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)								
Pôrod, poranenie, vývoj anomálie:		Ošetroil (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)								
Pediatrický nález (dátum a čas):		Lekár (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)								
Stav, chovanie, tonus:										
Hlava:	Plúca:	Clifford:								
Dutina ústna:	Srdce:	Trofika:								
Koža:	Bricho:	Gestačný vek:								
Reflexy:	Genitál:									
Mimoriadne nálezy:										
Nález pri prepustení dňa:	Hmotnosť:	Kalmetizácia:								
Koža:	Ústa:	Ošetrenie očí:								
Icterus:	Oči:	Stolica:								
Intertigo:	Srdce:	Výživa:								
Pupočník:	Plúca:	Reflexy:								
Iné zistené odchýlky:	Bricho:	Ortoláni: negat. – pozit.								
Stanovenie diagnóz pri prepustení		Prepustil (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis vedúceho lekára pracoviska)								
(slovom alebo číslom podľa MKCH):										
Lekárske odporúčania:		Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia								

Záznam o novorodencovi

Meno dieťaťa Dátum narodenia hodina pohlavie

Č. dieťaťa Odd. Izba hmotnosť/dĺžka pri narodení

Obvod hlavy v cm Obvod hrudníka v cm

Na novorod. odd. prijala sestra (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky* a podpis) dátum a čas

Deň	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dňa a tepl.	Ordinácie
Dátum												
Hmot.-tepl. 40°												
39°												
38°												
37°												
36°												
35°												
Strava												
600												
500												
400												
300												
200												
100												
Stolica												
Zvracanie												
Odp. pup..												
Dojčenie: množstvo, hodiny												
Spolu												
Celková laktácia												
Dokum: druh, množstvo, hodiny												
Spolu												

* v prípade, že pečiatka bola vydaná

DEKURZ OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Poradové číslo strany dekurzu:

**Odtlačok pečiatky zariadenia
poskytujúceho ošetrovateľskú starostlivosť:**

Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:	Rodné číslo:
Dátum a čas zápisu:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)

Poradové číslo strany dekurzu:

Dátum a čas zápisu:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrujúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia

Lekárska prepúšťacia správa

Číselný kód
zdravotnej poisťovne

1 Oddelenie

--	--

2 Poradové číslo
chorobopisu

--	--

4

rodné číslo

Vyplní prijímania lekárna	3 Priezvisko	Titul	rodená				
	Meno						
	Stav	Štátne občianstvo					
	5 Číslo obč. preukazu (kto ho vydal)						
	6 Trvalé bydlisko (vrátane okresu)	Okres trv. bydliska					
7 Zamestnávanie (u detí rodičov)	Zamestnanie	Vydať	Zamestnanie pacienta				
Číslo potvrdenia dočasnej prac. neschopnosti							
8 Meno, adresa, telefón najbližších príbuzných							

Vyplní prijímania lekár	9 Prijatie odporúčil (meno, priezvisko)	dňa	s diagnózou (podľa MKCH) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 všeobecný lekár 2 iný ošetrovujúci lekár 3 lekár LSPP 4 lekár RZP 5 preložený z iného zdravotníckeho zariadenia 6 preložený z iného odd. toho istého zdrav. zariadenia 7 bez odporúčania lekára			
	10 Pacienta prijal (meno, priezvisko)	hod.	dátum prijatia s diagnózou (podľa MKCH) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 neodkladné prijatie 2 prijatie na objednávku (plánované) 3 iný spôsob prijatia V tomto roku hospitalizovaný v ktorejkolvek nemocnici 1 po prvýkrát 2 opakovane			

Vyplní ošetrovujúci lekár odd., kde bol pacient hospitalizovaný	11 Základné ochorenie, pre ktoré bol pacient hospitalizovaný na tomto oddelení	štatistická značka chorób <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 pre túto dg po prvýkrát 2 pre túto dg opakovane			
	12 Hlavná choroba (porucha zdravia), ktorá najviac ohrozuje zdravie alebo život chorého	štatistická značka choroby <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	13 Ďalšie choroby event. dôležité údaje	druh vykonanej liečby <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 medikamentózna 2 operačná 3 resuscitácia 4 rádioterapie 5 transfúzia 6 infúzia 7 rehabilitácia 8 iná 9 žiadna, len vyšetrenie			
	14 Základná príčina smrti	štatistická značka príčiny smrti <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	16 Meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis ošetrovujúceho lekára	dátum ukončenia hospitalizácie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 prepustený domov 2 prepustený do zariad. soc. starostlivosti 3 preložený na iné odd. toho istého zdrav. zariadenia 4 preložený do iného zdravotníckeho zariadenia 5 predčasné ukončenie hospitalizácie 6 zomrel - pitvany 7 zomrel - nepitvany			

Ošetrovateľská prepúšťacia správa

Pretrvávanie problémov pri prepustení v oblasti sebaopatery:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> výživy | <input type="checkbox"/> vylučovania/vyprázdňovania | <input type="checkbox"/> hygiény |
| <input type="checkbox"/> mobility | <input type="checkbox"/> aplikácie s. c. inj. | <input type="checkbox"/> starostlivosti o ranu/stómiu |
| <input type="checkbox"/> iné zistenia: ..... | ..... | ..... |

Vyhodnotenie výsledkov ošetrovateľskej starostlivosti:

Realizovaná edukácia o:

Pacient/patientka pri ukončení hospitalizácie prevzal/prevzala:

Meno, priezvisko, odtlačok pečiatky* a podpis sestry/pôrodnej asistentky:

* v prípade, že pečiatka bola vydaná

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre pracoviská vnútorného lekárstva	
Meno, priezvisko, titul pacienta/patientky:	
Rodné číslo:	
Vnímanie zdravia	
Subjektívny popis problémov pacienta/patientky:	
Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/patientky	
Vedomie: <input type="checkbox"/> pri vedomí <input type="checkbox"/> somnolencia <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> kóma	
Iné zistenia:	
Orientácia: <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný v čase/v priestore	
Iné zistenia:	
Cirkulácia: TK: mmHg TT: °C P: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> závraty <input type="checkbox"/> kolapsy <input type="checkbox"/> stenokardie Iné zistenia:	
Dýchanie: D: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> dušnosť <input type="checkbox"/> kašel' Iné zistenia:	
Výživa: hmotnosť: kg výška: cm problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> úbytok/prírastok hmotnosti za posledný rok: kg <input type="checkbox"/> nechutenstvo <input type="checkbox"/> pálenie záhy <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> vracanie <input type="checkbox"/> dysfágia <input type="checkbox"/> parenterálna výživa <input type="checkbox"/> i.v. prístup/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> CVK/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> enterálna výživa <input type="checkbox"/> nazogastrická sonda/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> gastrostómia/dátum zavedenia:	
Kompenzačné pomôcky - zubná protéza: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Iné zistenia:	
Vylučovanie:	
Defekácia:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> hnačka <input type="checkbox"/> zápcha <input type="checkbox"/> inkontinencia <input type="checkbox"/> stómia ošetrená naposledy/dátum:	
Iné zistenia:	
Močenie:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> dyzúria <input type="checkbox"/> retencia <input type="checkbox"/> inkontinencia <input type="checkbox"/> urostómia <input type="checkbox"/> PK/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> farba moču:	
Iné zistenia:	
Drény, aké:	

Spánok:problém **nie** **áno** ťažkosti pri zaspávaní farmakoterapia

Iné zistenia:

Mobilita: **1** plná mobilita **2** mobilita mierne obmedzená **3** mobilita veľmi obmedzená
 4 imobilita kompenzačné pomôcky, aké:

Koža:problém **nie** **áno** teplá studená ikterická cyanotická

Zmeny na koži: zápal opuch hematóm rana dekubit ulcerus

 lokalizácia: veľkosť defektu: cm**Hygienický stav pri prijatí:** primeraný zanedbaný

Iné zistenia:

Bolest: nie áno akútna chronická

 lokalizácia: charakter:

Iné zistenia:

Istota, bezpečie: strach úzkosť smútok beznádej**Ohrozenie násilím:** nie áno:**Komunikácia:**problém **nie** **áno** poruchy reči nemožná

Iné zistenia:

Učenie, zmyslové vnímanie:problém **nie** **áno****Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/reč:** nie áno, aké:**Kompenzačné pomôcky:** okuliare šošovky načúvací aparát

Iné zistenia:

Psychické potreby:problém **nie** **áno:****Sociálne potreby:**problém **nie** **áno** žije sám vyžaduje prítomnosť blízkej osoby**Vplyv choroby na:** prácu vzťahy v rodine**Duchovné potreby:**problém **nie** **áno:**

Iné zistenia:

Nedostatočnosť v oblasti: výživy vyprázdňovania hygiény obliekania chronickej liečby
 starostlivosti o DÚ/runu/stómiu

Iné zistenia:

Pacient/patientka je poučený (á) o:

právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov

domácom poriadku

úschove peňazí/cennosti

zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog

Pacient/patientka pri prijatí odovzdal (a):

.....

.....

.....

Dátum: **Podpis pacienta/patientky:****Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:**

.....

.....

.....

Dátum a čas: **Čitateľný podpis sestry:**

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre chirurgické pracoviská	
Meno, priezvisko, titul pacienta/patientky:	
Rodné číslo:	
Vnímanie zdravia	
Subjektívny popis problémov pacienta/patientky:	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/patientky	
Vedomie: <input type="checkbox"/> pri vedomí <input type="checkbox"/> somnolencia <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> kóma	
Iné zistenia:	
Orientácia: <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný v čase/v priestore	
Iné zistenia:	
Cirkulácia: TK: mmHg TT: °C P: /min.	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> zmeny neurocirculačných parametrov <input type="checkbox"/> ĽDK <input type="checkbox"/> PDK	
Iné zistenia:	
Dýchanie: D: /min.	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> kašeľ	
Iné zistenia:	
Výživa: hmotnosť: kg výška: cm	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> úbytok/prírastok hmotnosti za posledný rok: kg <input type="checkbox"/> nechutenstvo	
<input type="checkbox"/> pálenie záhy <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> vracanie <input type="checkbox"/> dysfágia <input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> parenterálna výživa	
<input type="checkbox"/> i.v. prístup/dátum zavedenia:	
<input type="checkbox"/> CVK/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> enterálna výživa	
<input type="checkbox"/> PEG/dátum zavedenia:	
<input type="checkbox"/> nazogastrická sonda/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> iný druh sondy:	
<input type="checkbox"/> gastrostómia/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> iný druh stómie:	
Kompenzačné pomôcky - zubná protéza: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Iné zistenia:	
Vylučovanie:	
Defekácia:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> hnačka <input type="checkbox"/> zápcha <input type="checkbox"/> inkontinencia <input type="checkbox"/> s prímesami	
<input type="checkbox"/> stómia ošetrená naposledy/dátum: <input type="checkbox"/> stómia ošetrená samostat./s pomocou	
Iné zistenia:	
Močenie:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> pálenie <input type="checkbox"/> rezanie <input type="checkbox"/> dyzúria <input type="checkbox"/> retencia <input type="checkbox"/> inkontinencia	
<input type="checkbox"/> PK/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> urostómia/dátum zavedenia:	
<input type="checkbox"/> absorbčné pomôcky <input type="checkbox"/> peritoneálna dialýza/hemodialýza	
Iné zistenia:	
Drény, aké:	

Spánok:problém **nie** **áno** ťažkosti pri zaspávaní farmakoterapia

Iné zistenia:

Mobilita: **1** plná mobilita **2** mobilita mierne obmedzená **3** mobilita veľmi obmedzená
 4 imobilita kompenzačné pomôcky, aké:**Koža:**problém **nie** **áno** teplá studená ikterická cyanotická**Zmeny na koži:** zápal opuch hematóm operačná rana dekubit ulcerus
 lokalizácia:
 veľkosť defektu: cm**Hygienický stav pri prijatí:** primeraný zanedbaný

Iné zistenia:

Bolest: **nie** **áno** akútna chronická lokalizácia: charakter:

Iné zistenia:

Istota, bezpečie: strach úzkosť nervozita smútok beznádej**Ohrozenie násilím:** **nie** **áno:****Komunikácia:**problém **nie** **áno** poruchy reči nemožná

Iné zistenia:

Učenie, zmyslové vnímanie:problém **nie** **áno****Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/reč:** **nie** **áno**, aké:**Kompenzačné pomôcky:** okuliare šošovky načúvací aparát

Iné zistenia:

Psychické potreby:problém **nie** **áno:****Sociálne potreby:**problém **nie** **áno** žije sám vyžaduje prítomnosť blízkej osoby**Vplyv choroby na:** prácu vzťahy v rodine**Duchovné potreby:**problém **nie** **áno:**

Iné zistenia:

Nedostatočnosť v oblasti: výživy vyprázdňovania hygiény obliekania chronickej liečby starostlivosti o ranu/stómiu rehabilitácie

Iné zistenia:

Pacient/patientka je poučený (á) o:

právach a povinnostach hospitalizovaných pacientov

domácom poriadku

úschove peňazí/cennosti

zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog

Pacient/patientka pri prijatí odovzdal (a):

.....

.....

.....

Dátum: **Podpis pacienta/patientky:****Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:**

.....

.....

.....

Dátum a čas: **Čitateľný podpis sestry:**

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
---	---------------------------

ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre pediatrické pracoviská

Meno, priezvisko diet'a:

Rodné číslo:

Ako užíva diet'a lieky: v celku rozdrvené iná forma, aká:

Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu diet'a

Cirkulácia: TK: mmHg TT: °C P: /min.

problém nie áno

Iné zistenia:

Súčasná hmotnosť: kg **Výška/dĺžka:** cm **Obvod hlavy:** cm **Obvod hrudníka:** cm

Dýchanie: D: /min.

problém nie áno dýchavica v pokoji dýchavica pri námahe

Kašel:

problém nie áno charakter:

Sekrécia z nosa:

problém nie áno serózna hustá krvácanie potreba odsávania

Iné zistenia:

Výživa: umelá, aká: diétne obmedzenie:

Diet'a je: dojčené prikrmované dojčené + prikrmované realimentácia

parenterálna výživa i.v. prístup/dátum zavedenia:

CVK/dátum zavedenia: enterálna výživa

nazogastrická sonda/dátum zavedenia:

gastrostómia/dátum zavedenia:

Jedenie: samostatné kŕmené cumel'- fl'aša lyžička/príbor

problém nie áno nechutenstvo nauzea odgrckávanie vracanie po jedle/liekoch/pri kašli problémy s prehľtaním bolest' - pred jedlom/po jedle

Príjem tekutín: z fl'aše z pohára

Iné zistenia:

Vylučovanie: plienky nočník WC

Defekácia:

problém nie áno nepravidelná meteorizmus hnačka zápcha

bolest' pri vyprázdňovaní kolostómia, ošetrená naposledy/dátum:

farba stolice:

Iné zistenia:

Močenie:

problém nie áno pálenie časté močenie denné/nočné pomočovanie bolest'

PK/dátum zavedenia: farba moču:

Iné zistenia:

Drény, aké:

Spánok:	<input type="checkbox"/> dopoludnia	<input type="checkbox"/> popoludní	Zaspáva:	<input type="checkbox"/> samo	<input type="checkbox"/> s hračkou	<input type="checkbox"/> pri svetle		
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> tŕažkosti pri zaspávaní	<input type="checkbox"/> zmenený rytmus	Iné zistenia:			
Mobilita:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> s pomocou	<input type="checkbox"/> na vozíku				
Kompenzačné pomôcky: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aké:								
Koža:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> teplá	<input type="checkbox"/> studená	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> spotená	<input type="checkbox"/> čistá	<input type="checkbox"/> zanedbaná/špinavá
Farba: <input type="checkbox"/> ružová <input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> mramorová <input type="checkbox"/> ikterická <input type="checkbox"/> cyanotická								
Zmeny na koži: <input type="checkbox"/> zápal <input type="checkbox"/> opuch <input type="checkbox"/> hematóm <input type="checkbox"/> vyrážka <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> rana <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> ulcer <input type="checkbox"/> intertrigo <input type="checkbox"/> lokalizácia:								
<input type="checkbox"/> veľkosť defektu: cm								
Sliznica dutiny ústnej:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> suchá	<input type="checkbox"/> soor	<input type="checkbox"/> afty			
Oči:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> sekrécia, aká:					
Iné zistenia:								
Bolest: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				Materinský jazyk:				
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> poruchy reči, aké:					
Iné zistenia:								
Zmyslové vnímanie dieťaťa:								
Zrak:				Sluch:				
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno, aký:	problém		<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno, aký:		
Kompenzačné pomôcky: <input type="checkbox"/> okuliare <input type="checkbox"/> šošovky <input type="checkbox"/> načúvací aparát								
Iné zistenia:								
Schopnosť starat' sa o seba: /0 – nezávislé, 1 – potrebuje pomoc, 2 – úplne závislé/								
Sociálny stav: <input type="checkbox"/> normálne sociálne prostredie <input type="checkbox"/> slabé sociálne prostredie <input type="checkbox"/> zanedbané dieťa								
Iné zistenia:								
Rodič/zákonný zástupca je poučený o:								
právach a povinnostach hospitalizovaných detí úschove peňazí/cennosti				domácom poriadku zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog				
Rodič/zákonný zástupca pri prijatí odovzdal:								
.....								
Dátum: Podpis rodiča/zákonného zástupcu:								
Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:								
.....								
Dátum a čas: Čitateľný podpis sestry:								

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
---	---------------------------

ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre pracoviská psychiatrie

Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:

Rodné číslo:

Vnímanie zdravia

Subjektívny popis problémov pacienta/pacientky:
.....
.....
.....

Informácie získané od príbuzných/podporných osôb pacienta/pacientky

.....
.....

Objektívne pozorovanie pacienta/pacientky sestrou

.....
.....

Užívanie

kofein nikotín alkohol lieky bez odporúčania lekára drogy

Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/pacientky

Vedomie: pri vedomí somnolencia sopor kóma delríum

Iné zistenia:

Orientácia: orientovaný dezorientovaný miestom/časom/osobou/situáciou

Iné zistenia:

Cirkulácia: TK: mmHg TT: °C P: /min.

problém nie áno, aký:

Iné zistenia:

Dýchanie: D: /min.

problém nie áno, aký:

Iné zistenia:

Výživa: hmotnosť: kg výška: cm

problém nie áno úbytok/prírastok hmotnosti: kg

chut' do jedla – primeraná/obmedzená nechutenstvo nauzea zvraťanie

porucha prehlmania pálenie záhy

Iné zistenia:

Kompenzačné pomôcky - zubná protéza: nie áno

Iné zistenia:

Vylučovanie:

Defekácia:

problém **nie** **áno** nepravidelná hnačka zápcha inkontinencia s prímesami
 stómia ošetrená naposledy/dátum:

Iné zistenia:

Močenie:

problém **nie** **áno** nepravidelné dyzúria retencia inkontinencia
 PK/dátum zavedenia: farba moču:

Iné zistenia:

Posledná menštrúácia/dátum:

Absorbčné pomôcky: jednorazové podložky jednorazové plachty vložky plienky

Spánok:

problém **nie** **áno** ťažkosti pri zaspávaní zmenený rytmus farmakoterapia
 dĺžka spánku: hod.

Iné zistenia:

Mobilita: **1** plná mobilita **2** mobilita mierne obmedzená **3** mobilita veľmi obmedzená
 4 imobilita

HK – pohyblivost’: áno nie

DK – pohyblivost’: áno nie

Edémy na HK/DK: áno nie

Chôdza:

Kompenzačné pomôcky: palica barle chodítko vozík

Koža:

problém **nie** **áno** teplá studená suchá spotená

Farba: ružová bledá ikerická cyanotická

Zmeny na koži: svrbenie olupovanie opuch zapareniny zápal hematóm odreniny

krvácanie rana/jazvy dekubit

lokalizácia:

veľkosť defektu: cm

Sliznice: vlhké suché

Hygienický stav pri prijatí: primeraný zanedbaný

Iné zistenia:

Bolest’: nie áno akútnej chronická

lokalizácia:

charakter:

reakcia na bolest’:

Iné zistenia:

Komunikácia:

problém **nie** **áno** poruchy reči nemožná

Iné zistenia:

Učenie, zmyslové vnímanie:

problém **nie** **áno**

Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/reč: nie áno, aké:

Kompenzačné pomôcky: okuliare šošovky načúvací aparát

Iné zistenia:

Psychické a sociálne potreby:

Sociálny stav:

problém **nie** **áno** žije sám

Vplyv choroby na: prácu vzťahy v rodine

Istota, bezpečie: strach úzkosť nervozita smútok beznádej hnev vina

Vnímanie:

problém **nie** **áno** halucinácie ilúzie

Pamäť: problém **nie** **áno, aký:**

Pozornosť:

problém **nie** **áno** nesústredený (á) roztržitý (á)

Nálada:	<input type="checkbox"/> primeraná	<input type="checkbox"/> depresívna	<input type="checkbox"/> apatická	<input type="checkbox"/> manická	<input type="checkbox"/> anxiózna
Správanie:	problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> neprimerané <input type="checkbox"/> agresia verbálna/brachiálna				
Postoj k liečbe:	<input type="checkbox"/> spolupracuje/nespolupracuje				
Iné zistenia:	.....			
Nedostatočnosť v oblasti:	<input type="checkbox"/> výživy <input type="checkbox"/> vyprázdňovania <input type="checkbox"/> hygiény <input type="checkbox"/> obliekania <input type="checkbox"/> mobility				
Iné zistenia:	.....			
Pacient/patientka je poučený (á) o:					
právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov	domácom poriadku				
pozná dôvod hospitalizácie	zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog				
chápe/nechápe dané pokyny	pri príjme má vykonaný sanitárny filter				
Pacient/patientka pri prijatí odovzdal (a):					
<input type="checkbox"/> občiansky preukaz	<input type="checkbox"/> kartu poistencu	<input type="checkbox"/> cestovný pas			
<input type="checkbox"/> zbrojný pas	<input type="checkbox"/> vodičský preukaz	<input type="checkbox"/> potvrdenie o dočasnej PN			
<input type="checkbox"/> diabetickú knižku	<input type="checkbox"/> preukaz ZŤP	<input type="checkbox"/> absorbčné pomôcky			
<input type="checkbox"/> inzulínové pero	<input type="checkbox"/> lieky	<input type="checkbox"/> tašku, kufor			
<input type="checkbox"/> kompenzačné pomôcky	<input type="checkbox"/> šaty pod č.:				
<input type="checkbox"/> cennosti	<input type="checkbox"/> peňažnú hotovosť:				
Iné zistenia:	.....			
Pacient/patientka si u seba na vlastnú zodpovednosť necháva:					
.....					
Dátum: Podpis pacienta/patientky:					
Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:					
.....					
.....					
.....					
Dátum a čas: Čitateľný podpis sestry:					

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre pôrodnícke pracoviská	
Meno, priezvisko, titul pacientky:	
Rodné číslo:	

Gravidita: Para:
Dôvod prijatia: <input type="checkbox"/> kontrakčná činnosť <input type="checkbox"/> odtok plodovej vody <input type="checkbox"/> krvácanie z rodidiel <input type="checkbox"/> indukcia pôrodu <input type="checkbox"/> nepriaznivý vaginálny nález
Komplikácie v tehotenstve:
.....
.....

Vstupný záznam posúdenia zdravotného stavu pacientky vykonaný pôrodnou asistentkou	
Prenatálna starostlivosť: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie PFP na pôrod: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Poloha plodu: <input type="checkbox"/> pozdĺžna, hlavičkou <input type="checkbox"/> KP <input type="checkbox"/> šikmá <input type="checkbox"/> priečna	
Postavenie plodu: <input type="checkbox"/> I – ľavé <input type="checkbox"/> II – pravé	
Pohyby plodu: <input type="checkbox"/> cíti <input type="checkbox"/> necíti/dátum a čas: hod.	
Vstupný CTG záznam: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, čas natočenia: hod.	
Výtok z rodidiel: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, vzhľad:	
Krvácanie z rodidiel: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, kol'ký deň:	
Plodová voda: <input type="checkbox"/> neodteká <input type="checkbox"/> odteká/dátum, čas, vzhľad, množstvo:	
Vedomie: <input type="checkbox"/> orientovaná <input type="checkbox"/> dezorientovaná	
Iné zistenia:	
Cirkulácia: TK: mmHg TT: °C P: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> závraty <input type="checkbox"/> kolapsy	
Iné zistenia:	
Dýchanie: D: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> dyspnoe <input type="checkbox"/> kašeľ	
Iné zistenia:	
Výživa: diéta: č.: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nechutenstvo <input type="checkbox"/> pálenie záhy <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> vracanie <input type="checkbox"/> parenterálna výživa <input type="checkbox"/> i.v. prístup/dátum zavedenia:	
Iné zistenia:	
Vylučovanie:	
Defekácia:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> hnačka <input type="checkbox"/> zápcha	
Iné zistenia:	
Močenie:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> pálenie <input type="checkbox"/> rezanie <input type="checkbox"/> dyzúria <input type="checkbox"/> retencia <input type="checkbox"/> PK/dátum zavedenia:	
Iné zistenia:	

Ďalšie zistenia pri prijatí pacientky na oddelenie rizikovej gravidity a oddelenie šestonedelia

Spánok:

problém **nie** **áno** tŕažkosti pri zaspávaní

Zmeny na koži:

problém **nie** **áno** svrbenie opuch zápal hematóm ikterus

lokalizácia:

veľkosť defektu: cm

Bolest:

nie **áno**

lokalizácia:

charakter:

Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/reč: **nie** **áno**, aké:

Kompenzačné pomôcky: okuliare šošovky načúvací aparát

Iné zistenia – špecifikuj (psychické potreby – problémy, známky násilia, zlá sociálna situácia):

.....
.....
.....
.....
.....

Pacientka je poučená o:

právach a povinnostach hospitalizovaných pacientok

domácom poriadku

úschove peňazí/cennosti

zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog

Pacientka pri prijatí odovzdala:

.....
.....
.....
.....

Dátum: **Podpis pacientky:**

Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:

.....
.....
.....
.....

Dátum a čas: **Čitateľný podpis pôrodnej asistentky:**

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre neonatologické pracoviská	
Meno, priezvisko dieťaťa: Pohlavie:	
Gestačný týždeň: Dátum a čas narodenia:	
Rodné číslo:	
Pôrodná hmotnosť: g Dĺžka: cm Obvod hlavy: cm Obvod hrudníka: cm	
Meno matky: Rodné číslo:	
Trvalý/prechodný pobyt:	
Dátum a čas prijatia:	
Súčasná hmotnosť: g Dĺžka: cm Obvod hlavy: cm Obvod hrudníka: cm	
Riziko/choroby z rodinnej/sociálnej anamnézy: <input type="checkbox"/> áno, aké: <input type="checkbox"/> nie	
Riziko/choroby z terajšieho tehotenstva: <input type="checkbox"/> áno, aké: <input type="checkbox"/> nie	
Riziko/choroby súvisiace s pôrodom: <input type="checkbox"/> áno, aké: <input type="checkbox"/> nie	
Alergie: <input type="checkbox"/> áno, aké: <input type="checkbox"/> nie	
Popôrodná adaptácia: <input type="checkbox"/> dobrá <input type="checkbox"/> narušená <input type="checkbox"/> závažné komplikácie, aké:	
Preklad na JISN/JRSN/JVSN: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Apgarovej skóre: / /	
Monitorovanie novorodenca v pôrodnej sále:	Stolica: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Moč: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Pupočník: <input type="checkbox"/> svorka <input type="checkbox"/> iné: Kanavít: Kredeizácia: Priloženie k prsníku: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie: Informácie matke: <input type="checkbox"/> podané <input type="checkbox"/> nepodané Pôrodné poranenia: → ošetrovanie: Zistené anomálie:
Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu novorodenca	
Dýchanie: PD: /min.	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nepravidelné <input type="checkbox"/> apnoické pauzy <input type="checkbox"/> dyspnoe <input type="checkbox"/> grunting <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> podporné/riadené, aké: <input type="checkbox"/> oxygenoterapia /spôsob:	
Iné zistenia:	
Hlienenie: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, z HDC/DDC	
Charakter a množstvo odsávaných hlienov:	
Zistené anomálie:	
Cirkulácia: PP: /min. <input type="checkbox"/> nepravidelný TK: mmHg PK:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aký:	
Farba kože: <input type="checkbox"/> ružová <input type="checkbox"/> bledá <input type="checkbox"/> mramorovitá <input type="checkbox"/> cyanóza → akrálna/centrálna <input type="checkbox"/> vznik cyanózy pri:	
Iné zistenia:	
Hydratácia:	
Turgor:	
problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> znížený	

Stav sliznič:problém **nie** **áno**, aké:**Edémy:**problém **nie** **áno**, lokalizácia:**Telesná teplota:** TT:⁰C miesto merania: teplota prostredia:⁰C**Akrá:**problém **nie** **áno** teplé chladné sub/cyanotické**Novorodenec je:** termostabilný termolabilný**Lôžko:** postiel'ka elektrická poduška termolôžko inkubátor**Oblečenie:** čiapka košieľka dupačky ponožky perinka fleesová deka kožušina**Výživa:** sací reflex +/- prehĺtací reflex +/-**Novorodenec je:** dojčený → **Prsník:** chytí si saje nesaje nechytí si

Iné zistenia:

 dokrmovaný kŕmený náhradnou výživou: kŕmený sondou/dátum zavedenia: dávka: ml frekvencia: nekŕmený/od:

Iný spôsob výživy, aký:

Tolerancia výživy: toleruje odgrckáva zvracia**Reziduá:** množstvo: ml charakter:**Pije:** dobre s nechuťou vyplňúva**Zistené anomálie:****Vylučovanie:****Močenie:**problém **nie** **áno** prvé močenie: hod. po pôrode

Iné zistenia:

Stolica:problém **nie** **áno** prvy odchod smolky: hod. po pôrode

Iné zistenia:

Bricho:problém **nie** **áno** napäťe meteoristické viditeľné črevné kľučky člnkovité**Zistené anomálie:****Krváčavé prejavy:**problém **nie** **áno**, krváca z:

Iné zistenia:

Riziko infekcie: nie áno**Poruchy TT:** nie áno:**Poruchy správania sa novorodenca:** nie áno:**Infekčné zmeny na koži:** nie áno:**Infekčné zmeny na slizničiach:** nie áno:**Sekrécia z:** očí (P/L) uší (P/L) nosa**Sliznica dutiny ústnej:** čistá

Iné zistenia:

Cievne prístupy: nie áno**Periférna véna:** č. 1 deň č. 2 deň**lokalizácia:** č. 1 č. 2**UVC:** deň **UAC:** deň**hlbka zavedenia:** UVC: cm **UAC:** cm**Iné:** /..... deň**lokalizácia:** **hlbka zavedenia:** cm**CNS: Vedomie:** primerané**Tonus:**problém **nie** **áno** hypertonus hypotonus zášklby/tremor kŕče

Iné zistenia:

Pohyblivost:problém **nie** **áno** ↑ ↓ lokálna zmena:

Zistené anomálie:

Vnímanie bolestí:

Bolest: nie áno nedá sa posúdiť:

Prejavy bolesti: ubolený hlas plač: výraz tváre:

zmeny fyziologických funkcií:

Iné zistenia:

nefarmakologická analgézia, aká:

faktory zmierňujúce bolest: faktory zhoršujúce bolest:

Koža:

problém **nie** **áno** suchá ošupujúca sa sub/ikterická dedičný kolorit

Patologický nález/iné zistenia:
→ ošetrovanie:

Porušená celistvost kože: nie áno, lokalizácia:

→ ošetrovanie:

Zmeny na koži: hematóm rana dekubit

lokalizácia:

veľkosť defektu: cm

Pupočný pahýl: ligácia/čím: krvácanie +/-

Iné zistenia:

Matka: prítomná pri dieťati neprítomná navštevuje dieťa telefonicky sa informuje

nezaujíma sa spolupracuje nespolupracuje

Iné zistenia:

Starostlivosť o novorodenca: realizuje sama/s pomocou zatial nerealizuje

Matka je poučená a ovláda: techniky dojčenia hygienickú starostlivosť o dieťa

Iné zistenia:

Nedostatočnosť starostlivosti o novorodenca v oblasti: výživy hygiény vyprázdňovania

obliekania

Iné zistenia:

Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:

.....
.....
.....

Dátum a čas posúdenia novorodenca: **Čitateľný podpis sestry:**

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia			Vedenie (1 - 5)																	
			Zelené	šírka mm P/L																
			fotoreakcia ±																	
GCS (body)			Zmena polohy																	
			Odsúvanie z DC																	
C:			Dátum:																	
Ošetrovaci deťi:																				
Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:																				
Dátum narodenia/R. č.:																				
Poradové číslo chorobopisu:																				
Číselný kód zdravotnej poskytovateľskej organizácie:																				
Dg (slovom alebo číslom podľa MKCH):																				
Prijať dňa:																				
Výška:			Hmotnosť:																	
Príjem:			za hod																	
			ml																	
			kg																	
Glycidyl																				
Tuky																				
Aminokys																				
Elektrolyty																				
Krv, EM																				
Plazma, Alb.																				
EXPAND plazmy																				
Puffer roztoky																				
Mantitol																				
Peridial																				
Spoloč. i. v.																				
Per os																				
Sondou																				
Spolu:																				
Straty:			za hod																	
			ml																	
Moč																				
Stoica																				
Zal. obsah																				
Drenáž, fistula																				
Krv																				
Odber na výš.																				
Iné																				
Spolu:																				
Laboratórne výslednenia																				
Líčba																				

Prájeme			7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	
Straty			Per os	druh objem																	Gastrická sonda	druh, veľk.	pohodení					
Stolica	Sondou	druh objem	Katéter																		druh, veľk.	pohodení	moč, čierst					
I. v.	druh objem	druh objem	Intrav.																		druh, veľk.	pohodení	Intrav.					
Príbehová bilancia	druh objem	druh objem	objem	Katéter																druh, veľk.	pohodení	Intrav.						
Moč	druh objem	šp. hmotnosť	pH	objem	objem	objem	objem	objem	objem	objem																		
Iné	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem	druh objem		
Krvný tlak	40°	220	40°																		220	40°						
Pulz	39°	200	39°																		200	38°						
Teplôtka	38°	-180	38°																		180	38°						
Teplovočita	37°	-160	37°																		160	37°						
Krvný tlak	36°	-140	36°																		140	36°						
Pulz	35°	-120	35°																		120	35°						
Teplovočita	34°	-100	34°																		100	34°						
Krvný tlak	33°	80	33°																		80	33°						
Pulz	32°	60	32°																		60	32°						
Teplovočita	31°	40	31°																		40	31°						
Extremský / min.																												
Centrálny venčný tlak																												
Tlak v art. pulm./tlak v zádolí																												
Typ ventilátore (S, A, R)																												
Ventilácia	Kanyla																				P, TIK, D, Vedomie a hod.							
Objem/Tlak manžalky																					Pohodenie:							
Ventilátor/Prac. tlak																					Dekubity:							
Inspiráčny tlak																					Oči:							
Expiráčny tlak																					Usta:							
Frekvenčia																					Tracheotómia							
Dýchový objem																					Pričítana akutne/rehab.							
Minutový objem																												
Zmlúčovanie																												
Teploplota insp. plynov																												
Ufre. O2 min.																												
FiO2																												
Krvné pH/y	pH																				Poznámky:							
Akciadna	P CO2																											
Krvne pH/y	Aktuálny HCO3																											
Pv O2	Stanárdny/HCO3																											
Saturácia Hb	Pa O2																											
Monit. Prístroj Počít.																												
* v prípade, že počítacia bude využívaná																												

**Odtlačok pečiatky zariadenia
poskytujúceho ošetrovateľskú starostlivosť:**

OŠETROVATEĽSKÝ ZÁZNAM

Meno, priezvisko, titul pacienta/patientky: telefón:

Rodné číslo: Číselný kód zdravotnej poist'ovne:

--	--	--	--

Trvalý pobyt: poschodie:

Prechodný pobyt: poschodie:

Kontaktná osoba a vzťah k pacientovi (e):

Adresa kontaktnej osoby: telefón:

Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH):

Doporučená farmakoterapia:

Ošetrujúci lekár: pracovisko:

Dátum a čas prijatia do starostlivosti:

Alergia: lieky potraviny dezinfekčné prípravky leukoplast uštipnutie

Iné zistenia:

Abúzy: kofein nikotín alkohol lieky drogy

Rodinná anamnéza – IM, DM, ICHS, TBC, CA:

Sociálna anamnéza povolanie:

Sociálne podmienky: žije sám (a) s rodinou v zariadení sociálnych služieb (ZSS)

Iné zistenia:

Sociálne postavenie: zamestnaný (á) nezamestnaný (á)

dôchodca invalidný (á) dôchodca MD

Sociálny kontakt: deti/príbuzný priatelia susedia svojpomocné skupiny

opatrovateľská služba

Spoločensko-kultúrna situácia: uprednostňuje samotu spoločnosť TV rádio dennú tlač

Vnímanie zdravia

Subjektívny popis problémov pacienta/patientky:

.....
.....
.....
.....

Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/patientky

Starostlivosť odporučil: všeobecný lekár lekár LSPP ZZS

iný ošetrujúci lekár, aký:

prevzatý (á) z iného zariadenia, odkiaľ:

oddelenie:

Posledná hospitalizácia: od do

Vedomie:	<input type="checkbox"/> pri vedomí <input type="checkbox"/> somnolencia <input type="checkbox"/> semikóma <input type="checkbox"/> kóma
Iné zistenia:	.....
Orientácia:	<input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný v čase/v priestore
Iné zistenia:	.....
Cirkulácia:	TK: mmHg TT: °C P: /min.
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> hypotenzia <input type="checkbox"/> hypertenzia <input type="checkbox"/> pulz – nepravidelný/slabo hmatný/nitkovity <input type="checkbox"/> kardiostimulátor
Iné zistenia:	.....
Dýchanie:	D: /min.
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nepravidelné <input type="checkbox"/> rýchle <input type="checkbox"/> pomalé <input type="checkbox"/> st'ažené <input type="checkbox"/> plytké <input type="checkbox"/> prehľbené <input type="checkbox"/> apnoické pauzy <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> dýchavica v kl'ude <input type="checkbox"/> kašeľ produktívny/neproduktívny <input type="checkbox"/> tracheostómia
Iné zistenia:	.....
Odsávanie z dýchacích ciest:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Oxygenoterapia:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
	UPV: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
	Inhalácia: <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Výživa:	diéta: č.
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> obezita <input type="checkbox"/> kachexia <input type="checkbox"/> úbytok/prírastok hmotnosti: kg <input type="checkbox"/> nechutenstvo <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> zvračanie <input type="checkbox"/> porucha prehľtania <input type="checkbox"/> pálenie záhy <input type="checkbox"/> enterálne/nutričné prípravky, aké:
Chut' do jedla:	<input type="checkbox"/> primeraná <input type="checkbox"/> obmedzená
Príjem stravy:	<input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocou <input type="checkbox"/> nazogastrická sonda/dátum zavedenia:
	<input type="checkbox"/> gastrostómia/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> PEG/dátum zavedenia:
Príjem tekutín/24 hod.:	..... ml. <input type="checkbox"/> enterálne <input type="checkbox"/> parenterálne <input type="checkbox"/> sipping
	<input type="checkbox"/> CVK/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> periférny i.v. prístup/dátum zavedenia:
Kompenzačné pomôcky - zubná protéza:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Iné zistenia:	.....
Vylučovanie:	
Defekácia:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> hnačka <input type="checkbox"/> zápcha <input type="checkbox"/> s prímesami <input type="checkbox"/> inkontinencia <input type="checkbox"/> hemoroidy <input type="checkbox"/> stómia ošetrená naposledy/dátum:
Iné zistenia:	.....
Potreba pomoci pri ošetrovaní stómie:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
	Regulácia vyprázdňovania: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
Spôsob regulácie vyprázdňovania:	<input type="checkbox"/> čaj <input type="checkbox"/> čípok <input type="checkbox"/> klyzma
Iné zistenia:	.....
Močenie:	diuréza/24 hod.: ml.
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> dyzúria <input type="checkbox"/> retencia <input type="checkbox"/> inkontinencia <input type="checkbox"/> absorbčné pomôcky <input type="checkbox"/> PK/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> farba moču:
	<input type="checkbox"/> urostómia/dátum zavedenia:
	<input type="checkbox"/> peritoneálna dialýza/hemodialýza/dátum zavedenia:
	<input type="checkbox"/> urinárny kondómový systém
Iné zistenia:	.....
Spánok:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nespavosť <input type="checkbox"/> nočné budenie <input type="checkbox"/> farmakoterapia
Iné zistenia:	.....
Mobilita:	<input type="checkbox"/> 1 plná mobilita <input type="checkbox"/> 2 mobilita mierne obmedzená <input type="checkbox"/> 3 mobilita veľmi obmedzená <input type="checkbox"/> 4 imobilita <input type="checkbox"/> kompenzačné pomôcky, aké:
Pohybový systém:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> deformácia <input type="checkbox"/> trpnutie končatín <input type="checkbox"/> zlomenina <input type="checkbox"/> ochrnutie <input type="checkbox"/> amputácia
Iné zistenia:	.....
Koža:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> teplá <input type="checkbox"/> studená <input type="checkbox"/> suchá <input type="checkbox"/> spotená

Farba:	<input type="checkbox"/> ružová	<input type="checkbox"/> bledá	<input type="checkbox"/> ikterická	<input type="checkbox"/> cyanotická	Celistvost' kože:	<input type="checkbox"/> nenarušená	<input type="checkbox"/> narušená	
Turgor:	<input type="checkbox"/> primeraný				<input type="checkbox"/> znížený			
Zmeny na koži:	<input type="checkbox"/> kožné vyrážky				<input type="checkbox"/> svrbenie			
					<input type="checkbox"/> olupovanie			
					<input type="checkbox"/> zaparenia			
					<input type="checkbox"/> modriny			
					<input type="checkbox"/> zápal			
					<input type="checkbox"/> povrchové poranenie			
					<input type="checkbox"/> otvorená rana			
					<input type="checkbox"/> operačná rana → abdominálna → vaginálna			
					<input type="checkbox"/> krvácanie			
					<input type="checkbox"/> ulcerus cruris			
					<input type="checkbox"/> gangréna			
					<input type="checkbox"/> dekubity			
					<input type="checkbox"/> lokalizácia:			
					<input type="checkbox"/> veľkosť defektu: cm			
Pacient/patientka je:	.....				deň po operácii			
Edémy:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> miestne/celkové	<input type="checkbox"/> bandáž DK/antitrombotické pančuchy				
	<input type="checkbox"/> cievna gymnastika							
Sliznice:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> neprekryvené	<input type="checkbox"/> krvácanie	<input type="checkbox"/> infekcia	<input type="checkbox"/> zmeny na sliznici dutiny ústnej		
Hygienický stav pri prijatí:	<input type="checkbox"/> primeraný				<input type="checkbox"/> zanedbaný			
Hygienickú starostlivosť vykonáva:	<input type="checkbox"/> samostatne				<input type="checkbox"/> s pomocou			
					<input type="checkbox"/> je úplne závislý (á)			
Iné zistenia:	.....						
Pôrodné posúdenie, v prípade ak ide o šestonediel'ku:								
	<input type="checkbox"/> prvorodička/druhorodička/viacrodička				Dátum pôrodu:			
Pôrod:	<input type="checkbox"/> spontánny/operatívny							
Komplikácie po pôrode:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, charakter komplikácií:							
							
Fundus maternice:	.....						
Stav krvácania/lochie: vzhľad:	..... množstvo:							
Hojenie popôrodného poranenia:	<input type="checkbox"/> per primam				<input type="checkbox"/> per sekundam			
Prsníky:	<input type="checkbox"/> voľné				<input type="checkbox"/> začervenanie			
					<input type="checkbox"/> trhlinky bradaviek			
					<input type="checkbox"/> bolestivosť			
					<input type="checkbox"/> retencia mlieka			
Laktácia rozvinutá:	<input type="checkbox"/> áno				<input type="checkbox"/> čiastočne			
					<input type="checkbox"/> nie			
Novorodenec:	<input type="checkbox"/> chlapec				<input type="checkbox"/> dievča			
Pôrodná hmotnosť:	..... g		Dĺžka:	..... cm		Obvod hlavy:	..... cm	
Obvod hrudníka:	..... cm							
Iné zistenia:	.....						
Bolest':	<input type="checkbox"/> nie				<input type="checkbox"/> akútnej			
					<input type="checkbox"/> chronická			
					<input type="checkbox"/> lokalizácia:			
					<input type="checkbox"/> charakter:			
Iné zistenia:	.....						
Komunikácia:	<input type="checkbox"/> verbálna/neverbálna							
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> poruchy reči		<input type="checkbox"/> nemožná			
Iné zistenia:	.....						
Učenie, zmyslové vnímanie:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno						
Zmeny v zmysloch – zrak/sluh/reč:	<input type="checkbox"/> nie				<input type="checkbox"/> áno, aké:			
Kompenzačné pomôcky:	<input type="checkbox"/> okuliare				<input type="checkbox"/> šošovky			
					<input type="checkbox"/> načúvací aparát			
Iné zistenia:	.....						
Vedomosti o chorobe:	<input type="checkbox"/> dostatok/nedostatok							
Edukácia pacienta/patientky:								
<input type="checkbox"/> o ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí	<input type="checkbox"/> o paliatívnej starostlivosti							
<input type="checkbox"/> o ošetrovateľskej starostlivosti v pooperačnom období	<input type="checkbox"/> o ošetrovateľskej starostlivosti po chemoterapií							
<input type="checkbox"/> o ošetrovateľskej starostlivosti v šestonedelí								
Psychické potreby:								
problém	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno:	.....				
Nálada:	<input type="checkbox"/> primeraná				<input type="checkbox"/> apatia			
					<input type="checkbox"/> depresia			
					<input type="checkbox"/> eufória			
					<input type="checkbox"/> agresia			
Istota, bezpečie:	<input type="checkbox"/> kľudný				<input type="checkbox"/> vyrovnaný			
					<input type="checkbox"/> strach			
					<input type="checkbox"/> smútok			
					<input type="checkbox"/> úzkosť			
					<input type="checkbox"/> hnev			
					<input type="checkbox"/> depresia			
					<input type="checkbox"/> beznádej			
					<input type="checkbox"/> bezmocnosť			
					<input type="checkbox"/> zmätenosť			
					<input type="checkbox"/> sebaobviňovanie			
					<input type="checkbox"/> sebačutovanie			

Sociálne potreby:problém **nie** **áno** je/nie odkázaný (á) na sociálnu pomoc**Duchovné potreby:**problém **nie** **áno:**

Iné zistenia:

Nedostatočnosť v oblasti: výživy vyprázdňovania hygiény obliekania chronickej liečby/aplikácie INZ, s.c. inj./podávania liekov per os eliminácie bolesti starostlivosti o ranu/stómiu/dekubit/ starostlivosti o ranu hojacu sa per sekundam starostlivosti o hrádzu/prsníky starostlivosti o dojčenie/novorodenca

Iné zistenia:

Pacient/patientka je poučený (á) o:

právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov

domácom poriadku

úschove peňazí/cennosti

zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog

Pacient/patientka pri prijatí odovzdal (a):
.....
.....**Dátum:** **Podpis pacienta/patientky:****Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:**
.....
.....**Dátum a čas:** **Čitateľný podpis sestry/pôrodnej asistentky:**

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie:

so sídlom v:

Meno, priezvisko, titul pacienta/patientky:

Rodné číslo: Číselný kód zdravotnej poist'ovne:

Bydlisko trvalé:

Bydlisko prechodné:

Epikríza a zdôvodnenie pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti:

.....
.....
.....

Lekárska diagnóza (slovom alebo číslom podľa MKCH):

Sesterská diagnóza (slovom alebo číslom podľa Zoznamu sesterských diagnóz):

Funkčný stav pacienta:

H - pacient/patientka s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

I - imobilný pacient/patientka (75%)

F - pacient/patientka s psychiatrickou diagnózou,
mentálne retardovaný pacient/patientka (75%)

Plán ošetrovateľskej starostlivosti:

.....
.....
.....
.....

Výkony vyjadrené kódom a ich frekvencia realizácie:

.....
.....
.....
.....

Predpokladaná dĺžka ošetrovateľskej starostlivosti:

do 1 mesiaca do 3 mesiacov do 6 mesiacov nad 6 mesiacov

Meno, priezvisko lekára, ktorý ošetrovateľskú starostlivosť navrhoval:

Dátum:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

podpis lekára
a odtlačok pečiatky

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

podpis odborného zástupcu poskytovateľa
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky

**Dohoda o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu
ošetrovateľskej starostlivosti**

Meno, priezvisko, titul poistencu:

Rodné číslo: Číselný kód zdravotnej poist'ovne:

--	--	--	--

Miesto trvalého pobytu:

Miesto prechodného pobytu:

Kontaktná osoba, zákonný zástupca:

Dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti uzatváram v zmysle § 12 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a v znení neskorších predpisov

s

Poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti:

Názov a adresa:

.....

Meno, priezvisko, titul odborného zástupcu:

číslo telefónu: mobil:

číslo faxu: e-mail:

od dátumu:

Vyhlasujem na svoju čest', že nemám súbežne uzavretú žiadnu dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti s iným poskytovateľom ošetrovateľskej starostlivosti.

v

dňa:

.....
podpis odborného zástupcu poskytovateľa
ošetrovateľskej starostlivosti a odtlačok pečiatky

.....
podpis poistencu/zákonného zástupcu

48.**R o z h o d n u t i e
o zmene zriad'ovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina**

Bratislava 18. 9. 2009

Číslo: 19514 – 4/2009 - OP

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky ako zriad'ovateľ štátnych príspevkových organizácií podľa ust. § 21 zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlach verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

m e n í**s účinnosťou od 1. októbra 2009**

zriad'ovaciu listinu Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 9.12.1991 číslo: 3724/1991-A/XIV-1 v znení Zmeny zriad'ovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 4.8.1998 číslo: 1608/98-A-1133/98-OLP, v znení Rozhodnutia o zmene zriad'ovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 24.4.2001 číslo: M/1959/2001, SOČ/420/2001, v znení rozhodnutia o zmene zriad'ovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 12. 5. 2006 číslo: 15627 – 2/2006 – SP a v znení Rozhodnutia o zmene zriad'ovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 20. 8. 2008 číslo: 20001 – 3/2008 - OP

t a k t o :

V časti upravujúcej názov sa text „Nemocnica s poliklinikou Žilina“

vypúšťa a nahradza sa textom, ktorý znie:

„Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina“.

**Richard R a š i, v.r.
minister**

OZNAMOVACIA ČASŤ

Straty pečiatok

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje, že zdravotníckym zariadeniam boli odcudzené (stratené) pečiatky, ktorých zoznam je uvedený v prílohe tohto oznámenia. Pri zneužití týchto pečiatok na vystavenie lekárskych predpisov a iných dokumentov, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie, alebo pri falšovaní verejnej listiny touto pečiatkou, treba túto skutočnosť okamžite oznámiť policajným orgánom, príslušnému lekárovi samosprávneho kraja a ministerstvu zdravotníctva. Po dátume, ktorý je uvedený ako predpokladaný termín odcudzenia alebo straty je pečiatka neplatná.

Príloha k oznámeniu Zoznam neplatných pečiatok

1. Text pečiatky:

Detská fakultná nemocnica Košice Trieda SNP č. 1 Košice	P89483007101 Doc. MUDr. Veronika Vargová, PhD. pediater, imunoalergológ, reumatológ A93774007	1
---	--	---

K strate pečiatky došlo 1. 10. 2009.

2. Text pečiatky:

Detská fakultná nemocnica Košice Trieda SNP č. 1 Košice	P89483007101 MUDr. Katarína Gerecová pediater A 61078007	1
---	---	---

K strate pečiatky došlo 28. 8. 2009.

3. Text pečiatky:

**RUŽINOVSKÁ POLIKLINIKA, a.s.
Ružinovská 10, 820 07 BRATISLAVA
FYZIATRICKO REAHABILITAČNÉ ODDELENIE**

-2-

K odcudzeniu pečiatky došlo 25.9.2009.

4. Text pečiatky:

N51499009101
Nemocnica
A. Leňa
Humenné,
n.o.
MUDr. Kunášová Danka
gynekológ a pôrodník
A34048009

K strate pečiatky došlo 29. 9. 2009.

5. Text pečiatky:

Ambulancia
praktického
lekára
pre dospelých
v Trhovej Hradskej
N58495020201
MUDr. Ivan Kaprálik
praktický lekár pre dospelých
A46906020

K odcudzeniu pečiatky došlo 29. 9. 2009.

OZNÁMENIE

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky oznamuje uverejnenie osobitného vydania Vestníka Ministerstva zdravotníctva SR v mesiaci september 2009:

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OPL0309-17499/2009-OL z 27. augusta 2009, ktorým sa vydáva Zoznam liečiv a liekov plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OPP0309-17503/2009-OL z 27. augusta 2009, ktorým sa vydáva Zoznam zdravotníckych pomôcok plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. OPD0309-17501/2009-OL z 27. augusta 2009, ktorým sa vydáva Zoznam dietetických potravín plne uhrádzaných alebo čiastočne uhrádzaných na základe verejného zdravotného poistenia

Opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045-29/2009-OL z 27. augusta 2009, ktorým sa mení opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 07045/2003-OAP z 30. decembra 2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov

VESTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SR

Vydáva Ministerstvo zdravotníctva SR vo V OBZOR, s.r.o., Bratislava, Špitálska 35. Tlač: V OBZOR, s.r.o. Adresa redakcie: Bratislava, Špitálska ul. 35. Objednávky na predplatné, ako aj jednorazové vybavuje V OBZOR, s.r.o., Špitálska 35, 811 08 Bratislava, tel./fax: 02 529 68 395, tel.: 02 529 61 251. Adresa pre písomný styk: V OBZOR, s.r.o., P.O.Box 64, 820 12 Bratislava 212, E-mail: obzor@obzor.sk, www. obzor.sk