

VESTNÍK



**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA
SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

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 zriaďovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina

Oznamovacia 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:

- a) pripevnením číselného štítku s číslom na zápästie novorodenca, ktorý je rovnaký ako číselný štítok s číslom, ktorým je označená matka,
- b) pripevnením identifikačného náramku na druhé zápästie novorodenca, ktorý je rovnaký ako identifikačný náramok, ktorým je označená matka,
- c) 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 pripevní 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 ošetrovanie novorodenca špeciálnym perom alebo vatovou štetôčkou jedným z nasledujúcich roztokov:

1. Rp.: 1 % roztok methylrosanilini chlorati (gentiánová violeť)
2. Rp.: Spiriti diluti 80,00 g.
Aquae purificatae 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 novorodenca napísaním priezviska a mena novorodenca, čísla identického s číslom na číselnom štítku alebo identifikačnom náramku na hrudník, stehno alebo chrbát novorodenca 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 novorodenca pripíše rímske číslo I., II., III., ktoré označuje poradie narodenia novorodencov bez ohľadu na ich pohlavie.

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

Čl. III

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

(2) Pred označením novorodenca majú prednosť všetky život zachraňujúce zdravotné výkony smerujúce k oživeniu novorodenca alebo stabilizácii jeho vitálnych funkcií. Označenie novorodenca 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 novorodenca nápisom na kožu sa vykoná na základe indikácie lekára až po zhojení dostatočne veľkej plochy na koži novorodenca.

(4) Ošetrovanie a všetky život zachraňujúce zdravotné výkony novorodenca 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 novorodenca, gestačným vekom a poradovým číslom novorodenca pri viacpočetnom pôrode. Číselný štítok s číslom a označený identifikačný náramok je položený vedľa novorodenca. Označenie novorodenca nápisom na kožu sa nevykonáva. Keď je možné novorodencovi číselný štítok s číslom alebo identifikačný náramok pripevniť na jeho zápästie, tak ho zdravotnícky pracovník pripevní na základe indikácie lekára.

Čl. IV

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

(2) Ak sa číselný štítok s číslom alebo identifikačný náramok poškodí, zvlčú, alebo sa dajú stiahnuť z hornej končatiny novorodenca, je potrebné ich ihneď 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 novorodenca 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 Raši, 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 štátnom jazyku, v písomnej alebo elektronickej forme zaznamenáva ošetrojúci 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 prijíme osoby obsahuje:
- dátum a čas,
 - osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo, bydlisko, číselný kód zdravotnej poisťovne,
 - údaje o rodinnej anamnéze, osobnej anamnéze, pracovnej anamnéze, sociálnej anamnéze, alergologickej anamnéze, liekovej anamnéze, úrazoch, operáciách, abúzoach, ak ide o ženu aj údaje o gynekologickej anamnéze,
 - údaje dôležité pre možný vznik nemocničnej nákazy vrátane epidemiologickej a cestovateľskej anamnézy,⁴⁾
 - údaje o terajšej chorobe a o subjektívnych problémoch osoby,
 - objektívny fyzikálny nález,
 - údaje o poučení a informovanom súhlase,⁵⁾
 - meno, priezvisko poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, ktorý hospitalizáciu odporučil alebo bez odporúčania,
 - údaje o liečbe pred hospitalizáciou alebo údaje o liečbe počas prijímu osoby,
 - diagnózu, aj pracovnú (slovom alebo číslom podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, ďalej len „MKCH“),
 - meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, ktorý osobu prijal,
 - čitateľný podpis pôrodnej asistentky, ktorá osobu prijala, ak odvádza fyziologický pôrod.
- (2) Súčasťou zápisu o prijíme osoby je:
- ak ide o lekára, vypísanie prvej strany listu dekurzu s uvedením ordinovaných vyšetrení a terapie (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
 - 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:
- dátum a čas,
 - údaje o subjektívnych problémoch osoby,
 - objektívny fyzikálny nález,
 - zhodnotenie výsledkov v tom čase dostupných laboratórnych, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení,
 - diagnózu pri zmene zdravotného stavu a pri konziliárnych vyšetreniach aj pracovnú alebo diferenciálnu diagnózu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
 - terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
 - navrhované vyšetrenia, plánované konziliárne vyšetrenia a vykonané konzultácie,
 - 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 laboratórných 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 laboratórných 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 laboratórných 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 anesteziologického záznamu,
 - b) dekurz o pooperačnej starostlivosti a terapii s uvedením dátumu a času, indikácie liekov (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania), diéty, pohybového režimu, laboratórných 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 prijíme osoby, anamnézách, chronologickom vývoji zdravotného stavu osoby počas hospitalizácie, výsledkoch laboratórných, 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) odporúčenie 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 potvrdzuje prevzatie lekárskej prepúšťacej správy a porozumenie informácií,
- h) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis ošetrojúceho 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, abúzoach, 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), lekárske predpisy, lekárske poukazy, 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, abúzoach, 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 laboratórných 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), lekárske predpisoch, lekárske 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 laboratórných 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 laboratórných 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) Ošetrojúci 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 vedie ošetrojúca sestra alebo ošetrojúca pôrodná asistentka. Tvoria ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby, zápisy 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 prijíme 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 pôrodnické 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 vedie ošetrojúca sestra alebo ošetrojúca pôrodná asistentka. Tvoria ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby a zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra alebo pôrodná asistentka pri prijímaní 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 prijímaní 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 prijímala čitateľným podpisom.

(4) V rámci ošetrovateľskej starostlivosti sestra, pôrodná asistentka alebo zdravotnícky asistent zapisuje do dekuru 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 prijíme 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 odvádza 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 laboratórných 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 vyrovnávaciu 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 laboratórných 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 vyrovnávaciu 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 Raši, v.r.
minister

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

Dátum a čas zápisu:	K: TT:	OP:	Rozsah poskytnutej ZS a služieb súvisiacich s poskytovaním ZS, identifikácia ošetrojúceho 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.: Para:
Dg. chorôb matky:	Dieťa: (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 ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)		Ordinácie:
Dátum	1	2	3
TK, P, TT			
Diéta			
Maternica			
Očistky			
Prsníky			
Stolica			
Močenie			

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

DEKURZ PRE NEONATOLOGICKÉ PRACOVISKÁ

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

Číselný kód

zdravotnej poisťovne: Priezvisko
dieťaťa:

Meno:

Odd.:

izba:

číslo:

Matka: meno a priezvisko	zamest.:	rok nar./r. č.:	<input type="checkbox"/> slobod.																												
Otec: meno a priezvisko	zamest.:	rok nar./r. č.:	<input type="checkbox"/> vydat.																												
Bydlisko trvalé/prechodné/tel. kontakt na rodičov:			<input type="checkbox"/> rozved.																												
			<input type="checkbox"/> vdova																												
Anamnéza (rodinná a osobná):																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Krv. sk.</th> <th>Rh</th> <th>RRR</th> <th>TPHA</th> <th>HbSAg</th> <th>HIV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Matka</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otec</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dieťa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Krv. sk.	Rh	RRR	TPHA	HbSAg	HIV	Matka							Otec							Dieťa						
	Krv. sk.	Rh	RRR	TPHA	HbSAg	HIV																									
Matka																															
Otec																															
Dieťa																															
Matka	Kultivácie z pošvy (TP):		Kortikoidy:																												
	Kultivácie z rekta (TR):																														
Terajšia tehotnosť: Priebeh fyziologický Patologická odchýlka – ohrozená tehotnosť Predchádzajúce tehotnosti:			Protitátky u matky:																												
Pôrody: deti	živorod. v roku mŕtvorod. v roku zomret. do 7 dní	s pôrod. hmotnosťou s pôrod. hmotnosťou s pôrod. hmotnosťou																													
Potraty v roku:	Interrupcie v roku:																														
Pôrod (dátum a čas): gravída,para	Druh pôrodu: Plod. ozvy:	Dĺžka I./II. doby: Placenta: hmotnosť, tvar, veľkosť, úplnosť																													
Plodová voda (akosť):	Odtok (dátum a čas):	Intrapartálna ATB profylaxia (IAP):																													
Medikácia (narkóza):	Indikácie k oper. pôrodu:	Príznaky chorioanionitídy:																													
Pôrod viedli (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis):																															
Dieťa: chlapec, dievča	Značka, číslo:	Pôrod. hmotnosť / dĺžka / obvod hlavy																													
Stav ihneď po pôrode:																															
Hodnotenie stavu novorodenca podľa Apgarovej	Akcia srdca	Dýchanie	Tonus svalstva																												
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:	Prehliadol (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)																														
Pôrod, poranenie, vývoj anomálie:	Ošetril (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)																														
Pediatrický nález (dátum a čas):	Lekár (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)																														
Stav, chovanie, tonus:																															
Hlava:	Pľúca:	Clifford:																													
Dutina ústna:	Srdce:	Trofika:																													
Koža:	Brucho:	Gestačný vek:																													
Reflexy:	Genitál:																														
Mimoriadne nálezy:																															
Nález pri prepustení dňa:	Hmotnosť:	Kalmetizácia:																													
Koža:	Ústa:	Ošetrovanie očí:																													
Icterus:	Oči:	Stolica:																													
Intertrigo:	Srdce:	Výživa:																													
Pupočník:	Pľúca:	Reflexy:																													
Iné zistené odchýlky:	Brucho:	Ortoláni: negat. – pozit.																													
Stanovenie diagnóz pri prepustení (slovom alebo číslom podľa MKCH):	Prepusťil (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis vedúceho lekára pracoviska)																														
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												
	Spolu											
Dokm: druh, množstvo, hodiny												
	Spolu											
												BCG očkovania (dátum, číslo šarže, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Skríningy: SKH, FKU, KHT, CF (dátum odberu, kód, číslo, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Zrak (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Sluch (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												USG obličiek (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												USG mozgu (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												USG bedr. kĺbov (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Retencia semenníkov (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Pulz na steh. tepne (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)
												Postduktálna saturácia (dátum, meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)

* 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 ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka: (meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis)

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

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia

Lekárska prepúšťacia správa

Číselný kód
zdravotnej poisťovne

		1 Oddelenie	<input type="text"/>
		2 Poradové číslo chorobopisu	<input type="text"/>
Vyplní prijímajúca kancelária	3 Priezvisko Meno Stav	Titul rodená Štátne občianstvo	4 <input type="text"/> rodné číslo
	5 Číslo obč. preukazu (kto ho vydal)		
	6 Trvalé bydlisko (vrátane okresu)		Okres trv. bydliska <input type="text"/>
	7 Zamestnávateľ (u detí rodičov) Zamestnanie Číslo potvrdenia dočasnej prac. neschopnosti	Vydal	Zamestnanie pacienta <input type="text"/>
	8 Meno, adresa, telefón najbližších príbuzných		
Vyplní prijímajúci lekár	9 Prijatie odporučil (meno, priezvisko)	dňa	s diagnózou (podľa MKCH) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 všeobecný lekár <input type="checkbox"/> 2 iný ošetrujúci lekár <input type="checkbox"/> 3 lekár LSPP <input type="checkbox"/> 4 lekár RZP <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> s diagnózou (podľa MKCH) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 neodkladné prijatie <input type="checkbox"/> 2 prijatie na objednávku (plánované) <input type="checkbox"/> 3 iný spôsob prijatia <input type="checkbox"/> V tomto roku hospitalizovaný v ktorejkoľvek nemocnici <input type="checkbox"/> 1 po prvýkrát 2 opakovane
Vyplní ošetrujúci lekár odd., kde bol pacient hospitalizovaný	11 Základné ochorenie, pre ktoré bol pacient hospitalizovaný na tomto oddelení		štatistická značka chorôb <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 pre túto dg po prvýkrát <input type="checkbox"/> 2 pre túto dg opakovane
	12 Hlavná choroba (porucha zdravia), ktorá najviac ohrozuje zdravie alebo život chorého		štatistická značka choroby <input type="text"/> <input type="checkbox"/>
	13 Ďalšie choroby event. dôležité údaje		druh vykonanej liečby 1 medikamentózna <input type="checkbox"/> 2 operačná <input type="checkbox"/> 3 resuscitácia <input type="checkbox"/> 4 rádioterapia <input type="checkbox"/> 5 transfúzia <input type="checkbox"/> 6 infúzia <input type="checkbox"/> 7 rehabilitácia <input type="checkbox"/> 8 iná <input type="checkbox"/> 9 žiadna, len vyšetrenie <input type="checkbox"/>
	14 Základná príčina smrti		štatistická značka príčiny smrti <input type="text"/> <input type="checkbox"/> dátum ukončenia hospitalizácie <input type="text"/> 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 - pitvaný <input type="checkbox"/> 7 zomrel - nepitvaný <input type="checkbox"/>
	16 Meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho lekára		

Ošetrovateľská prepúšťacia správa

Pretrvávajúce problémy pri prepustení v oblasti sebaopatery:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> výživy | <input type="checkbox"/> vylučovania/vyprázdňovania | <input type="checkbox"/> hygieny |
| <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/pacientka pri ukončení hospitalizácie prevzal/prevzala:

Meno, priezvisko, od tlačok 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/pacientky:	
Rodné číslo:	
Vnímanie zdravia	
Subjektívny popis problémov pacienta/pacientky:	
Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/pacientky	
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"/> 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"/> 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"/> gastrotómia/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 ošetrovaná 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:	
<input type="checkbox"/> absorbčné pomôcky <input type="checkbox"/> peritoneálna dialýza/hemodialýza	
Iné zistenia:	
Drény, aké:	

Spánok: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> ťažkosti pri zaspávaní <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:	
Koža: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> teplá <input type="checkbox"/> studená <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"/> rana <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> ulcus <input type="checkbox"/> lokalizácia: <input type="checkbox"/> veľkosť defektu: cm Hygienický stav pri prijatí: <input type="checkbox"/> primeraný <input type="checkbox"/> zanedbaný Iné zistenia:	
Bolesť: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> akútna <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> lokalizácia: <input type="checkbox"/> charakter: Iné zistenia:	
Istota, bezpečie: <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkosť <input type="checkbox"/> smútok <input type="checkbox"/> beznádej Ohrozenie násilím: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno:	
Komunikácia: 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/sluch/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:	
Psychické potreby: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Sociálne potreby: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> žije sám <input type="checkbox"/> vyžaduje prítomnosť blízkej osoby Vplyv choroby na: <input type="checkbox"/> prácu <input type="checkbox"/> vzťahy v rodine Duchovné potreby: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Iné zistenia:	
Nedostatočnosť v oblasti: <input type="checkbox"/> výživy <input type="checkbox"/> vyprázdňovania <input type="checkbox"/> hygieny <input type="checkbox"/> obliekania <input type="checkbox"/> chronickej liečby <input type="checkbox"/> starostlivosti o DÚ/ranu/stómiu Iné zistenia:	
Pacient/pacientka je poučený (á) o: právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov úschove peňazí/cennosti domácom poriadku zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog Pacient/pacientka pri prijatí odovzdal (a):	
Dátum: Podpis pacienta/pacientky:	
Stanovenie sesterských diagnóz pri prijíme:	
Dátum a čas: Čitateľný podpis sestry:	

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
<h2>ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre chirurgické pracoviská</h2>	
Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:	
Rodné číslo:	
Vnímanie zdravia	
Subjektívny popis problémov pacienta/pacientky:	
Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/pacientky	
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 neurocirkulačných parametrov <input type="checkbox"/> EDK <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 prímiesami <input type="checkbox"/> stómia ošetrovaná naposledy/dátum: <input type="checkbox"/> stómia ošetrovaná 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 <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> ťažkosti pri zaspávaní <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:	
Koža: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> teplá <input type="checkbox"/> studená <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"/> operačná rana <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> ulcus <input type="checkbox"/> lokalizácia: <input type="checkbox"/> veľkosť defektu: cm Hygienický stav pri prijatí: <input type="checkbox"/> primeraný <input type="checkbox"/> zanedbaný Iné zistenia:	
Bolesť: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> akútna <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> lokalizácia: <input type="checkbox"/> charakter: Iné zistenia:	
Istota, bezpečie: <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkosť <input type="checkbox"/> nervozita <input type="checkbox"/> smútok <input type="checkbox"/> beznádej Ohrozenie násilím: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno:	
Komunikácia: 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/sluch/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:	
Psychické potreby: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Sociálne potreby: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> žije sám <input type="checkbox"/> vyžaduje prítomnosť blízkej osoby Vplyv choroby na: <input type="checkbox"/> prácu <input type="checkbox"/> vzťahy v rodine Duchovné potreby: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: Iné zistenia:	
Nedostatočnosť v oblasti: <input type="checkbox"/> výživy <input type="checkbox"/> vyprázdňovania <input type="checkbox"/> hygieny <input type="checkbox"/> obliekania <input type="checkbox"/> chronickej liečby <input type="checkbox"/> starostlivosti o ranu/stómium <input type="checkbox"/> rehabilitácie Iné zistenia:	
Pacient/pacientka je poučený (á) o: právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov úschove peňazí/cennosti domácom poriadku zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog Pacient/pacientka pri prijatí odovzdal (a):	
Dátum: Podpis pacienta/pacientky:	
Stanovenie sesterských diagnóz pri prijíme:	
Dátum a čas: Čitateľný podpis sestry:	

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre pediatrické pracoviská	
Meno, priezvisko dieťaťa:	
Rodné číslo:	
Ako užíva dieťa lieky: <input type="checkbox"/> v celku <input type="checkbox"/> rozdrvené <input type="checkbox"/> iná forma, aká:	
Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu dieťaťa	
Cirkulácia: TK: mmHg TT: °C P: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Iné zistenia:	
Súčasná hmotnosť: kg Výška/dĺžka: cm Obvod hlavy: cm Obvod hrudníka: cm	
Dýchanie: D: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> dýchavica v pokoji <input type="checkbox"/> dýchavica pri námahe Kašeľ: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> charakter:	
Sekrécia z nosa: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> serózna <input type="checkbox"/> hustá <input type="checkbox"/> krvácanie <input type="checkbox"/> potreba odsávania Iné zistenia:	
Výživa: <input type="checkbox"/> umelá, aká: diétne obmedzenie: Dieťa je: <input type="checkbox"/> dojčené <input type="checkbox"/> prikrmované <input type="checkbox"/> dojčené + prikrmované <input type="checkbox"/> realimentácia <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"/> nazogastričná sonda/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> gastrotómia/dátum zavedenia:	
Jedenie: <input type="checkbox"/> samostatné <input type="checkbox"/> kŕmené <input type="checkbox"/> cumel'- fľaša <input type="checkbox"/> lyžička/príbor problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nechutenstvo <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> odgrckávanie <input type="checkbox"/> vracanie po jedle/liekoch/pri kašli <input type="checkbox"/> problémy s prehĺtaním <input type="checkbox"/> bolesť - pred jedlom/po jedle Príjem tekutín: <input type="checkbox"/> z fľaše <input type="checkbox"/> z pohára Iné zistenia:	
Vylučovanie: <input type="checkbox"/> plienky <input type="checkbox"/> nočník <input type="checkbox"/> WC Defekácia: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> meteorizmus <input type="checkbox"/> hnačka <input type="checkbox"/> zápcha <input type="checkbox"/> bolesť pri vyprázdňovaní <input type="checkbox"/> kolostómia, ošetrovaná naposledy/dátum: <input type="checkbox"/> farba stolice:	
Iné zistenia:	
Močenie: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> pálenie <input type="checkbox"/> časté močenie <input type="checkbox"/> denné/nočné pomočovanie <input type="checkbox"/> bolesť <input type="checkbox"/> PK/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> farba moču:	
Iné zistenia:	
Drény, aké:	

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	
<input type="checkbox"/> kofeín <input type="checkbox"/> nikotín <input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> lieky bez odporúčania lekára <input type="checkbox"/> drogy	
Vstupný záznam sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta/pacientky	
Vedomie: <input type="checkbox"/> pri vedomí <input type="checkbox"/> somnolencia <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> kóma <input type="checkbox"/> delírium Iné zistenia:	
Orientácia: <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný miestom/časom/osobou/situáciou Iné zistenia:	
Cirkulácia: TK: mmHg TT: °C P: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aký: Iné zistenia:	
Dýchanie: D: /min. problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aký: Iné zistenia:	
Výživa: hmotnosť: kg výška: cm problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> úbytok/prírastok hmotnosti: kg <input type="checkbox"/> chuť do jedla – primeraná/obmedzená <input type="checkbox"/> nechutenstvo <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> zvracanie	

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"/> hygieny <input type="checkbox"/> obliekania <input type="checkbox"/> mobility Iné zistenia:																			
Pacient/pacientka je poučený (á) o: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov</td> <td style="width: 50%;">domácom poriadku</td> </tr> <tr> <td>pozná dôvod hospitalizácie</td> <td>zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog</td> </tr> <tr> <td>chápe/nechápe dané pokyny</td> <td>pri príjme má vykonaný sanitárny filter</td> </tr> </table>		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												
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/pacientka pri prijatí odovzdal (a): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> občiansky preukaz</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> kartu poistenca</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> cestovný pas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> zbrojný pas</td> <td><input type="checkbox"/> vodičský preukaz</td> <td><input type="checkbox"/> potvrdenie o dočasnej PN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> diabetickú knižku</td> <td><input type="checkbox"/> preukaz ZŤP</td> <td><input type="checkbox"/> absorbčné pomôcky</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> inzulínové pero</td> <td><input type="checkbox"/> lieky</td> <td><input type="checkbox"/> tašku, kufor</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> kompenzačné pomôcky</td> <td><input type="checkbox"/> šaty pod č.:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cennosti</td> <td><input type="checkbox"/> peňažnú hotovosť:</td> <td></td> </tr> </table> Iné zistenia:		<input type="checkbox"/> občiansky preukaz	<input type="checkbox"/> kartu poistenca	<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:	
<input type="checkbox"/> občiansky preukaz	<input type="checkbox"/> kartu poistenca	<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:																		
Pacient/pacientka si u seba na vlastnú zodpovednosť necháva:																			
Dátum: Podpis pacienta/pacientky:																			
Stanovenie sesterských diagnóz pri príjme:																			
Dátum a čas: Čitateľný podpis sestry:																			

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre pôrodnice 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, koľký 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:	

Nález na DK:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> opuchy <input type="checkbox"/> varixy
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"/> Trendelenburgova poloha <input type="checkbox"/> LTV – PFP
	<input type="checkbox"/> kompenzačné pomôcky, aké:
Komunikácia:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> poruchy reči <input type="checkbox"/> nemožná
Iné zistenia:	

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

Spánok:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> ťažkosti pri zaspávaní
Zmeny na koži:	
problém	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> svrbenie <input type="checkbox"/> opuch <input type="checkbox"/> zápal <input type="checkbox"/> hematóm <input type="checkbox"/> ikterus
	<input type="checkbox"/> lokalizácia:
	<input type="checkbox"/> veľkosť defektu: cm
Bolesť:	
	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
	<input type="checkbox"/> lokalizácia:
	<input type="checkbox"/> charakter:
Zmeny v zmysloch – zrak/sluch/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 – špecifikuj (psychické potreby – problémy, známky násilia, zlá sociálna situácia):	
.....	
.....	
.....	
.....	

Pacientka je poučená o:	
právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientok	domácom poriadku
úschove peňazí/cennosti	zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog

Pacientka pri prijatí odovzdala:

.....

.....

.....

.....

Dátum: **Podpis pacientky:**

Stanovenie sesterských diagnóz pri prijíme:

.....

.....

.....

.....

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

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:	Klinika/Oddelenie:
<h2>ZDRAVOTNÝ ZÁZNAM pre neonatologické pracoviská</h2>	
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: Čas PD PP SA PK TT Akrá Pupok	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: Kredeizácia: Kanavit: 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 slizníc: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, aké:	
Edémy: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno, lokalizácia:	
Telesná teplota: TT: ⁰ C <input type="checkbox"/> miesto merania: <input type="checkbox"/> teplota prostredia: ⁰ C	
Akrá: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> teplé <input type="checkbox"/> chladné <input type="checkbox"/> sub/cyanotické	
Novorodenec je: <input type="checkbox"/> termostabilný <input type="checkbox"/> termolabilný	
Lôžko: <input type="checkbox"/> postieľka <input type="checkbox"/> elektrická poduška <input type="checkbox"/> termolôžko <input type="checkbox"/> inkubátor	
Oblečenie: <input type="checkbox"/> čiapka <input type="checkbox"/> košielka <input type="checkbox"/> dupačky <input type="checkbox"/> ponožky <input type="checkbox"/> perinka <input type="checkbox"/> fleesová deka <input type="checkbox"/> kožušina	
Výživa: <input type="checkbox"/> sací reflex +/- <input type="checkbox"/> prehltací reflex +/-	
Novorodenec je: <input type="checkbox"/> dojčený → Prsník: <input type="checkbox"/> chytí si <input type="checkbox"/> saje <input type="checkbox"/> nesaje <input type="checkbox"/> nechytí si	
Iné zistenia:	
<input type="checkbox"/> dokrmovaný <input type="checkbox"/> kŕmený náhradnou výživou:	
<input type="checkbox"/> kŕmený sondou/dátum zavedenia: <input type="checkbox"/> dávka: ml	
<input type="checkbox"/> frekvencia: <input type="checkbox"/> nekŕmený/od:	
Iný spôsob výživy, aký:	
Tolerancia výživy: <input type="checkbox"/> toleruje <input type="checkbox"/> odgrkáva <input type="checkbox"/> zvracia	
Reziduá: <input type="checkbox"/> množstvo: ml <input type="checkbox"/> charakter:	
Pije: <input type="checkbox"/> dobre <input type="checkbox"/> s nechut'ou <input type="checkbox"/> vypl'úva	
Zistené anomálie:	
Vylučovanie:	
Močenie: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> prvé močenie: hod. po pôrode	
Iné zistenia:	
Stolica: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> prvý odchod smolky: hod. po pôrode	
Iné zistenia:	
Brucho: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> napäté <input type="checkbox"/> meteoristické <input type="checkbox"/> viditeľné črevné kľučky <input type="checkbox"/> člnkovité	
Zistené anomálie:	
Krvácavé prejavy: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno , krváca z:	
Iné zistenia:	
Riziko infekcie: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Poruchy TT: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno:	
Poruchy správania sa novorodenca: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno:	
Infekčné zmeny na koži: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno:	
Infekčné zmeny na slizniciach: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno:	
Sekrécia z: <input type="checkbox"/> očí (P/L) <input type="checkbox"/> uší (P/L) <input type="checkbox"/> nosa	
Sliznica dutiny ústnej: <input type="checkbox"/> čistá	
Iné zistenia:	
Cievne prístupy: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Periférna vena: č. 1 deň č. 2 deň
	lokalizácia: č. 1 č. 2
	UVC: deň UAC: deň
	hĺbka zavedenia: UVC: cm UAC: cm
	Iné:/..... deň
	lokalizácia: hĺbka zavedenia: cm
CNS: Vedomie: <input type="checkbox"/> primerané	
Tonus: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> hypertonus <input type="checkbox"/> hypotonus <input type="checkbox"/> zášklby/tremor <input type="checkbox"/> kŕče	
Iné zistenia:	
Pohyblivosť: problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> ↓ <input type="checkbox"/> lokálna zmena:	
Zistené anomálie:	

Vnímanie bolesti:**Bolesť:** nie áno nedá sa posúdiť:**Prejavy bolesti:** ubolený hlas plač: výraz tváre: zmeny fyziologických funkcií:

Iné zistenia:

 nefarmakologická analgézia, aká: faktory zmierňujúce bolesť: faktory zhoršujúce bolesť:**Koža:**problém **nie** **áno** suchá ošupujúca sa sub/ikterická dedičný kolorit

Patologický nález/iné zistenia:

→ ošetrovanie:

Porušená celistvosť kože: nie áno, lokalizácia:

→ ošetrovanie:

Zmeny na koži: hematóm rana dekubit lokalizácia: veľkosť defektu: cm**Pupočný pahýľ:** ligácia/čím: krvácanie +/-

Iné zistenia:

Matka: prítomná pri dieťati neprítomná navštevuje dieťa telefonicky sa informuje nezaujíma sa spolupracuje nespupracuje

Iné zistenia:

Starostlivosť o novorodenca: realizuje sama/s pomocou zatiaľ nerealizuje**Matka je poučená a ovláda:** techniky dojčenia hygienickú starostlivosť o dieťa

Iné zistenia:

Nedostatočnosť starostlivosti o novorodenca v oblasti: výživy hygieny vyprázdňovania obliekania

Iné zistenia:

Stanovenie sesterských diagnóz pri prijme:

.....

.....

.....

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

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/nitkovitý <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"/> sťažené <input type="checkbox"/> plytké <input type="checkbox"/> prehĺbené <input type="checkbox"/> apnoické pauzy <input type="checkbox"/> stridor <input type="checkbox"/> dýchavica v kľude <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"/> zvracanie <input type="checkbox"/> porucha prehĺtania <input type="checkbox"/> pálenie záhy <input type="checkbox"/> enterálne/nutričné prípravky, aké: Chuť 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"/> gastrotómia/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 prímiesami <input type="checkbox"/> inkontinencia <input type="checkbox"/> hemoroidy <input type="checkbox"/> stómia ošetrovaná 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"/> tŕpnutie 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
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"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> gangréna <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> lokalizácia: <input type="checkbox"/> veľkosť defektu: cm
Pacient/pacientka je: deň po operácií
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"/> cievná gymnastika
Sliznice:	problém <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> neprekrvené <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 šestonedielku:	<input type="checkbox"/> prvoroďčka/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:
Bolesť:	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> akútna <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/sluch/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/pacientky:	<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 chemoterapii <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"/> sebaľutovanie

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

Iné zistenia:

Nedostatočnosť v oblasti: výživy vyprázdňovania hygieny 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/pacientka je poučený (á) o:

právach a povinnostiach hospitalizovaných pacientov

domácom poriadku

úschove peňazí/cennosti

zákaze fajčenia, užívania alkoholu, drog

Pacient/pacientka pri prijatí odovzdal (a):

.....

.....

.....

Dátum: **Podpis pacienta/pacientky:****Stanovenie sesterských diagnóz pri prijíme:**

.....

.....

.....

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

Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti

Zdravotnícke zariadenie:

so sídlom v:

Meno, priezvisko, titul pacienta/pacientky:

Rodné číslo:

Číselný kód zdravotnej poisťovne:

--	--	--	--

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/pacientka s obmedzenou pohyblivosťou (50%)

I - imobilný pacient/pacientka (75%)

F - pacient/pacientka s psychiatrickou diagnózou,
mentálne retardovaný pacient/pacientka (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 poistenca:

Rodné číslo:

Číselný kód zdravotnej poisťovne:

--	--	--	--

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 česť, 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 poistenca/zákonného zástupcu

48.**R o z h o d n u t i e**
o zmene zriaďovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina

Bratislava 18. 9. 2009

Číslo: 19514 – 4/2009 - OP

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

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

zriaďovaciu listinu Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 9.12.1991 číslo: 3724/1991-A/XIV-1 v znení Zmeny zriaďovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 4.8.1998 číslo: 1608/98-A-1133/98-OLP, v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 24.4.2001 číslo: M/1959/2001, SOČ/420/2001, v znení rozhodnutia o zmene zriaďovacej listiny Nemocnice s poliklinikou Žilina zo dňa 12. 5. 2006 číslo: 15627 – 2/2006 – SP a v znení Rozhodnutia o zmene zriaďovacej 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 nahrádza sa textom, ktorý znie:

„Fakultná nemocnica s poliklinikou Žilina“.

Richard Raši, 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 lekárskeho predpisu a iných dokumentov, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie, alebo pri falšovaní verejnej listiny touto pečaťou, treba túto skutočnosť okamžite oznámiť policajnému orgánu, príslušnému lekárovi samosprávneho kraja a ministerstvu zdravotníctva. Po dátume, ktorý je uvedený ako predpokladaný termín odcudzenia alebo straty je pečať 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	MUDr. Kunášová Danka
A. Leňa	gynekológ a pôrodník
Humenné,	A34048009
n.o.	

K strate pečiatky došlo 29. 9. 2009.

5. Text pečiatky:

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

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 vybavenie 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