



Krajská nemocnice Liberec, a.s.  
Krajská nemocnice Liberec | nemocnice liberec

# PROJEKT „NAŠE SESTRA“

Návrh nového konceptu ošetřovatelství  
a proces jeho zavedení do praxe v KNL, a.s.

*„Bezpečná  
nemocnice“*

**Název projektu:**

# Projekt „Naše sestra“

**Identifikační údaje předkladatele projektu:**

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Husova 375/10

Liberec I. - Staré Město

460 01 Liberec

IČ: 272 83 933

**Identifikační údaje projekčního týmu:**

PhDr. Eva Nesládková, MBA (manažer kvality)

Bc. Petra Pacltová (interní auditor)

Iva Manová (staniční sestra TOC – ortopedie, předsedkyně Komise pro posouzení oš. dokumentace)

**Identifikační údaje kontaktní osoby:**

PhDr. Eva Nesládková, MBA

E-mail: [eva.nesladkova@nemlib.cz](mailto:eva.nesladkova@nemlib.cz)

Telefon: 724 914 226

## 1 Abstrakt

Projekt k vytvoření nové ošetrovatelské dokumentace vznikl z důvodu navýšení administrativní zátěže zdravotníků v posledních letech spojeného s nedostatkem středního nelékařského personálu. V ošetrovatelské dokumentaci jsme se potýkali s velkým počtem různých formulářů se spoustou předdefinovaných ošetrovatelských diagnóz, které nebyly příliš srozumitelné. Výtežnost těchto dat byla také mizivá. V rámci projektu vznikl zcela nový koncept ošetrovatelské dokumentace, která je podpořen jasnými interními předpisy. Dochází tak k provázanosti celého ošetrovatelského procesu s vedením zdravotnické dokumentace, přičemž jsou nastavena stručná pravidla, podle kterých je tento proces v KNL realizován.

## 2 Původní ošetrovatelská dokumentace

Do roku 2017 se ošetrovatelská dokumentace sestávala z devíti druhů ošetrovatelských formulářů (např. Vstupní anamnéza, Plán péče, Akutní karta, Edukační záznam, Testovací škály, Záznam péče o kůži...). Zásadní informace o ošetrovatelském procesu a především o stavu pacienta tak byly roztrženy a velmi těžko se s nimi pracovalo. Popis problému pacienta byl formulovaný složitými ošetrovatelskými diagnózami, které těžkopádně popisovaly stav pacienta. Pro lékaře byly tyto informace nesrozumitelné a zbytečné. V případě delší hospitalizace nebylo možné přehledně zachytit vývoj stavu pacienta v řádu dní, jelikož záznam monitoringu byl pouze jednodenní.

## 3 Tvorba dokumentace, pilotní projekt

Na počátku bylo rozhodnutí Ředitelky ošetrovatelské péče Mgr. Fryaufové, která v září roku 2016 jmenovala pracovní skupinu pro tvorbu nové ošetrovatelské dokumentace. Skupina měla 15 členek, které zastupovaly průřezově různá oddělení Nemocnice Liberec a Nemocnice Turnov. Jednalo se především o směnné a staniční sestry z praxe, dále i zástupkyně Oddělení manažera kvality. Tato skupina během necelých tří měsíců vytvořila návrh nové dokumentace včetně praktického manuálu, který usnadnil orientaci v nové dokumentaci. Návrh byl prezentován Radě vrchních sester a Ředitelce ošetrovatelské péče, které rozhodly o spuštění pilotního projektu. Pilotní projekt byl spuštěn od ledna 2017 a trval jeden měsíc. Každá členka Skupiny byla zároveň i školitelkou na určených odděleních. Měla za úkol průběžně zaškolovat sestry v praxi a odpovídat na praktické dotazy ohledně zápisů ošetrovatelského procesu. Sbírala postřehy i připomínky z jednotlivých oddělení. Výhodou bylo také shromažďování připomínek v rámci interních auditů Oddělení manažera kvality. V únoru byl pilotní projekt vyhodnocen, byly zapracovány i konkrétní připomínky z praxe a veškeré podklady byly odevzdány do tiskárny. Tím skončila práce celé patnáctičlenné skupiny, ze které vznikla pětičlenná Komise pro posouzení ošetrovatelské dokumentace. Ta v následujícím období koordinovala uvedení ošetrovatelské dokumentace do praxe.




## 4 Specifika nové dokumentace

Nová ošetrovatelská dokumentace nabídla možnost vedení dokumentace formou vícedenních záznamů, které lépe zachycovaly průběh pacientova monitoringu (ideální pro lékaře) a zároveň i kontinuitu záznamů v ošetrovatelsky významných oblastech. Byly stanoveny základní oblasti, ve kterých se odehrává největší penzum ošetrovatelských problémů a následných aktivit sestry. Jsou to:

- psychika a vědomí,
- kontakt,
- bolest,
- soběstačnost,


- výživa,
- dýchání,
- kůže,
- vyprazdňování.

Jednotlivé oblasti byly v dokumentaci doplněny o předdefinované texty nejčastějších problémů pacienta. Tyto problémy jsou svázány s jednotlivými piktogramy, které vyjadřují ošetřovatelská rizika:

- snížená soběstačnost ,
- riziko vzniku dekubitů ,
- riziko pádu .

Tím se odstranil problém složitého a zatěžujícího propočítávání screeningových škál, které často neodrážely reálný stav pacienta (viz Příloha č. 5 a 6). Podobně je nadefinována i ošetřovatelská vstupní anamnéza, která při rozšířeném zápisu slouží i jako překladová sesterská zpráva (pro standardní oddělení i JIPy) a edukační záznam (viz Příloha č. 4). Ke všem předdefinovaným textům je možné dopsat jakýkoli další upřesňující či rozvíjející zápis o pacientovi. Kromě záznamu do ošetřovatelské dokumentace dostaly sestry také možnost zapisovat do aktuálního dekurzu lékaře. Jedná se o záznamy náhlé změny zdravotního stavu pacienta či kritických hodnot laboratoří. Tím se zlepšila přehlednost a časová kontinuita zápisů lékařů i sester, které se tak nacházejí na jednom místě.

## 5 Spuštění projektu

Od března byla spuštěna nová ošetřovatelská dokumentace na všech standardních odděleních KNL kromě dětského a psychiatrického oddělení. Tato oddělení si ve spolupráci s Komisí pro posouzení ošetřovatelské dokumentace vytvořila svou ošetřovatelskou dokumentaci, která zachovávala koncepci nové ošetřovatelské dokumentace pro standardní oddělení a zároveň zachycovala specifickou problematiku těchto oborů. Při zavádění této specifické dokumentace byla také velmi důležitá spolupráce s primáři a lékaři těchto pracovišť. Ve formulářích se prostor pro zápisy přizpůsobil specifice oddělení (např. větší prostor pro záznam stravy a vyprazdňování na dětském oddělení a pro popis psychického stavu pacienta na psychiatrii). Byla také definována specifická rizika s využitím ikon (např.  riziko útěku, automutilace na psychiatrii).

Největší problémy v praxi vyvstaly z opuštění ošetřovatelské terminologie ve formě složitě formulovaných diagnóz a přechod na prosté vyjádření problému pacienta v běžné české mluvě. S tím souviselo i popsání aktuálních ošetřovatelsky problematických oblastí pacienta namísto neustálého popisování, že se pacientovi daří dobře a nemá žádný problém a rozepisování všech možných rizik, jejichž prevence je běžnou součástí ošetřovatelské praxe (např. riziko infekce při zavedeném katetru, když samozřejmě musíme postupovat asepticky, sledovat okolí....). Dokumentace je založena na principu „Popiš, co pacientovi schází, jaký má deficit, jak ho můžeš řešit, a ne co by mu bývalo mohlo být, kdyby...“.

Slabou stránkou se paradoxně stalo, že sestřičky váhaly, co mají zapsat a co ne, protože ztratily oporu v rozsáhlé tištěné konstrukci, kde ve formuláři vyhledávaly předdefinované texty. Nyní byly nuceny přemýšlet a naučit se definovat problém pacienta a jeho řešení. Proto vyvstala potřeba zprůhlednit ošetřovatelský proces a popsat běžný režim při řešení ošetřovatelských problémů. Zároveň bylo nutné upravit, co sestry dělají standardně v jednotlivých fázích pobytu pacienta v KNL (ambulance, hospitalizace, propuštění) a kdy je potřeba učinit záznam do zdravotnické dokumentace. Tak vznikly tzv. Mapy ošetřovatelské péče (viz Příloha č. 7), které popisují standardně prováděné ošetřovatelské činnosti a způsob jejich řešení.





## 6 Mapy péče

Mapy péče tvořila pětičlenná Komise pro posouzení ošetřovatelské dokumentace v průběhu září a prosince 2017. Mapy jsou přiřazeny vždy k jednotlivým ošetřovatelsky významným oblastem uvedeným v ošetřovatelské dokumentaci:

- psychika a vědomí,
- kontakt,
- bolest,
- soběstačnost,
- výživa,
- dýchání,
- kůže,
- vyprazdňování.

Je jich tedy osm a každá je na formátu jednoho listu A4. Slouží k rychlé orientaci nelékařů, výhodné jsou zejména pro nové sestřičky, studenty ale i nižší zdravotnické pracovníky. Byly zapracovány i připomínky lékařů, kteří se vyjadřovali především k problémům pacienta, které musí být neodkladně hlášeny lékaři. Všechny mapy byly schváleny i Lékařským ředitelem KNL.

Každá mapa popisuje činnosti, které jsou vykonávány u pacientů v ambulantním režimu, při příjmu k hospitalizaci, v průběhu hospitalizace a při propuštění či překladu pacienta. Činnosti jsou popsány stručně a jasně a je k nim v případě nutnosti přiřazen symbol (ikona), která symbolizuje:

- zápis do dokumentace ,
- volání lékaře ,
- nutnost kontroly ,
- potřebu edukování, informování pacienta .

Dále jsou zde uvedeny intervaly zápisu či činností, důležité kontakty, související dokumenty, úkoly vyplývající z interakce sestra vs. pacient a na druhé straně další doplňující informace (škály, instrukce, vysvětlující postupy). Do těchto map bylo zahrnuto množství informací ze standardů ošetřovatelské péče, a proto bylo Komisi paní ředitelce ošetřovatelské péče navrženo zredukovat počet jednotlivých standardů, přičemž by bylo vhodné ostatní standardy přepracovat na stručné a jasné Manuály pro různé ošetřovatelské výkony.

## 7 Manuály

Vznikla tak tříčlenná skupina, která během půl roku přepracovala stávající rozsáhlé teoretické standardy do jasných a stručných Manuálů. Přičemž z podnětu Komise pro posouzení ošetřovatelské dokumentace vznikla i vize, že z těchto manuálů by mohla být vytvořena šablona pro videomanuál. Ten by obsahoval vždy videomanuál natočený P.R. oddělením KNL za asistence odborného garanta příslušného ošetřovatelského zákroku. Zákrok by tak byl vizualizován se slovním komentářem a popisem výkonu. Šablona by obsahovala i soupis potřebných pomůcek (možnost tisku) a kompletní Manuál k danému výkonu (též možnost náhledu či tisku).

## 8 Závěr

Nová ošetřovatelská dokumentace byla přijata v KNL s velmi pozitivními ohlasy ze strany sester i lékařů. Spokojeni jsou více i pacienti, kteří nejčastěji postřehli snížení časové náročnosti a odstranění

duplicity s lékařskou dokumentací v rámci sepisování ošetrovatelské vstupní anamnézy. Zjednodušení a zpřehlednění bylo oceněno i ředitelkou a odbornými učitelkami praxe ze Střední zdravotnické školy v Liberci. Celkový přehled výhod nové dokumentace je uveden ve srovnávací tabulce v Příloze č. 1.

V rámci verifikace nové dokumentace jsme požádali i o zhodnocení právníka:

Vážená paní magistro,

ve věci ošetrovatelské dokumentace Vám v návaznosti na naše vzájemné osobní jednání zasílám následující shrnutí.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, stanovuje, že dokumentace o ošetrovatelské péči musí obsahovat mj. průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta. Vámi předložené dokumenty toto splňují, přičemž je ale nutné, aby byla ošetrovatelským personálem využívána také kolonka "Varia", kde budou uváděny (s uvedením časového údaje) odchylky od zdravotního stavu, který je u pacienta sledován. Tím, že vždy budou sledovány předem stanovené hodnoty, a tyto budou sledovány v průběhu dne (o čemž bude záznam v tabulce), bude zajištěna rovněž sledovatelnost průběžného vývoje zdravotního stavu pacienta.

Důležité ve vztahu k Vámi předložené ošetrovatelské dokumentaci je zejména to, aby do ní byly, v pokud možno pravidelných intervalech, vepisovány informace o vývoji zdravotního stavu pacienta (sledovaných ukazatelích) v průběhu času s konkrétním časovým údajem. Současně je nutné vždy s konkrétním časovým údajem zaznamenávat možné odchylky i v jiných hodnotách týkajících se zdravotního stavu pacienta.

S pozdravem

Maxim Hirsch

Šustek & Co., advokátní kancelář

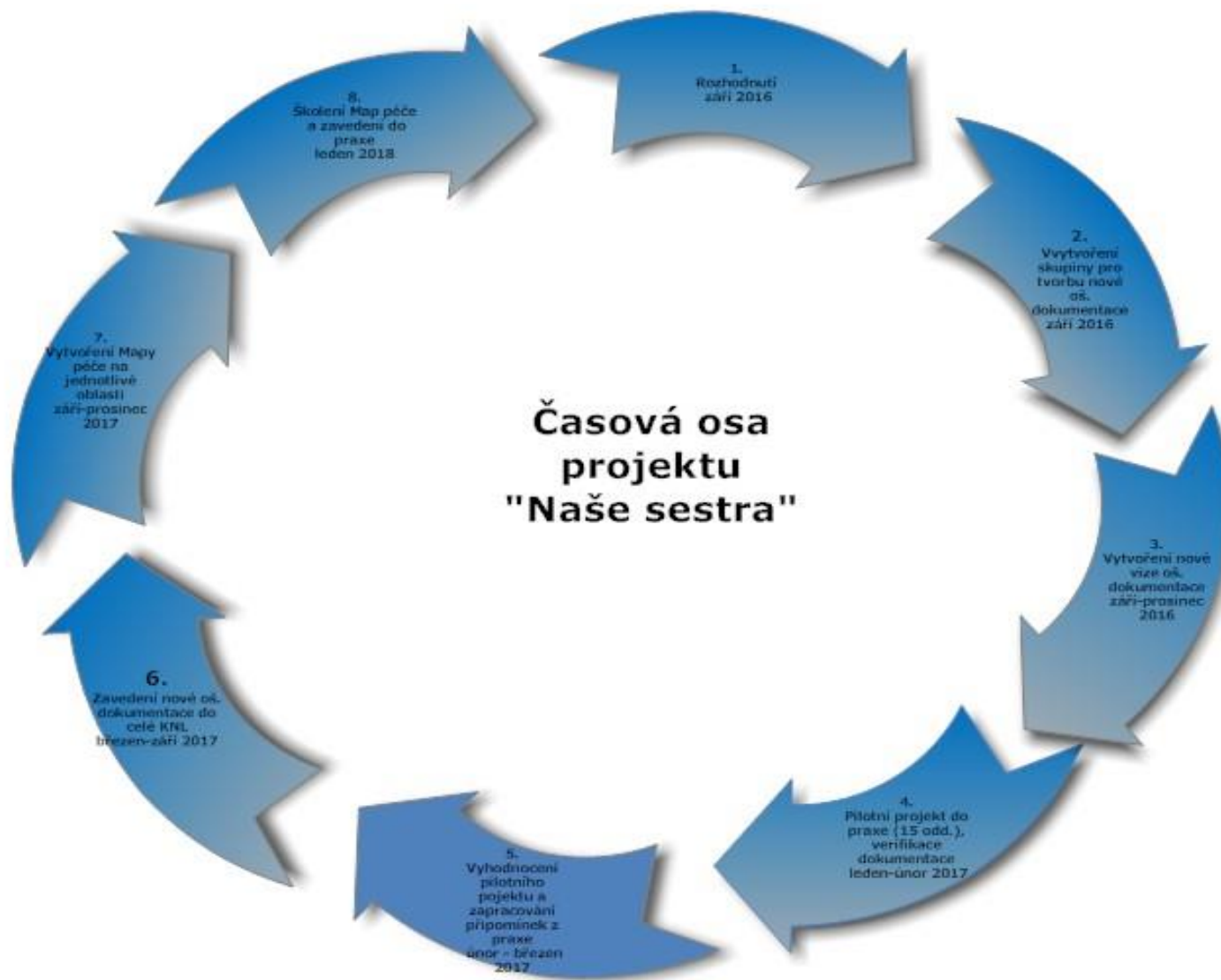
Věříme, že v současné době jsme také plně připraveni na aplikaci ošetrovatelské dokumentace do elektronické podoby, jelikož v příštím roce bude v KNL probíhat implementace nového nemocničního informačního systému. Na některých odděleních se snažíme se využívat i elektronické zobrazení přehledu pacientů, součástí kterých je i záznam jednotlivých rizikových oblastí, rozpis monitoringu a ostatní důležité informace pro rychlou orientaci na oddělení. Tato tabule výrazně pomáhá k orientaci a určení priorit péče všem zdravotnickým pracovníkům na oddělení (viz Příloha č. 3).

Při přípravě podkladů k tvorbě nové dokumentace jsme se pokoušely inspirovat v jiných zdravotnických zařízeních a v odborné literatuře. Vše nám ale připadalo velmi podobné naší staré dokumentaci, bez nápadu a odtržené od praxe. Proto jsme se při tvorbě nechaly inspirovat především požadavky sester a lékařů a zároveň je porovnávaly s legislativními a akreditačními požadavky. Mohlo by se tedy zdát, že tento typ dokumentace bude vyhovovat pouze našemu zdravotnickému zařízení a našim potřebám. Avšak při návštěvě Ředitelky ošetrovatelské péče z NsP z České Lípy v naší nemocnici, se jí dokumentace natolik zalíbila, že ji v současné době implementují na standardních odděleních v lehce upravené formě.

Závěrem vyjádření Ředitelky ošetrovatelské péče KNL, a. s. Mgr. Marie Fryaufové: „V uplynulých dvou letech probíhala trpělivá a komplexní součinnost pracovní skupiny pro tvorbu ošetrovatelské dokumentace na zásadním zjednodušení administrativního záznamu dokumentování ošetrovatelské péče. Podařilo se výrazným způsobem snížit objem administrativních činností a zejména všeobecným sestrám se snížila pracovní zátěž ve směně. Záměr, který byl jednoznačný, zjednodušit dokumentování ošetrovatelské péče, s předstihem naplnil současné, upravené požadavky MZČR na snížení administrativní zátěže nelékařských zdravotnických pracovníků. Dle monitorování zpětné vazby od zdravotnických pracovníků se předpokládaný záměr naplnil.“

**Příloha č. 1: Tabulka porovnání staré a nové ošetrovatelské dokumentace**

Ošetrovatelská dokumentace - průměr za KNL	STARÁ	NOVÁ
Celkové náklady na oš. dokumentaci/za měsíc	23 500,- Kč	↓ na 11 200,- Kč
Celková úspora v nákladech za KNL	----	147 600,- Kč
Počet hospitalizovaných za měsíc	2 265	2 398
Průměr Kč/ na 1 pacienta	10,30 Kč	4,60 Kč
<b>Počet</b> typů formulářů	9	↓2
Na kolik dnů je možný záznam	1	1 až 5
Možnost vícedenního záznamu	ne	ano
Kontinuita přehledu/vývoje ve dnech (časová osa)	ne - dát si několik záznamů vedle sebe	jeden přehledný záznam
<b>Časová náročnost</b> bez monitoringu (1 pacienta/den)	15 - 25 minut	2 - 3 minut
<b>Celková náročnost</b> na 15 pacientů/směna	3,75 hod.	1 - 1,5 hod.
Počet vypsání datumu a identifikace+ podpis pracovníka/na 1 pacienta/den	13	↓2
Počet vypsání datumu a identifikace+ podpis pracovníka/na 15 pacientů/směna	195	15
Nutnost početního zhodnocení screeningů	vždy 4 x (příjem, překlad, týdně, změna stavu)	1x (aktuální hodnocení dne)
Využití pro oddělení/ <b>počet</b>	61	61
Hodnocení lékařů/ <b>nelékařů</b>	přemíra administrativy, špatná orientace, ...	přehledná, na první pohled
<b>Počet</b> zapojených nemocnic/město	1 - Liberec	3 - Liberec, Turnov, Česká Lípa












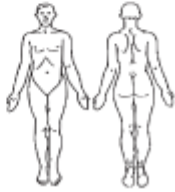
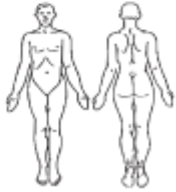











**Příloha č. 3: Informační přehledová tabule na standardním oddělení s vyznačením rizik**

Pokoj	DI	SA	Příjmení	Jméno	RD	RP	↓S	Ročník	Dg.	Dieta	INZ	OP	BDK	RED	Měření	P+VT	PMK	Vyšetření
1/1																		
1/2																		
1/3																		
2/1																		
2/2																		
2/3																		
3/1	SO		Havelková	Vladislava				1944	M171	9			*					
3/2			Zalabáková	Zdeňka				1935	M171	2			*		TK,P,SPO2 3xD	*	*	
3/3																		
4/1	NE	*	Janeček	Přemysl				1953	M161	9			*					24.5. Poděbrady Z DOMOVA
4/2			Holub	Tomáš				1987	M2351									
4/3	NE		Drapák	Ladislav				1946	M1901									
5/1																		
5/2	PO	*	Hujer	Karel				1950	M161	9			*					
5/3			Manych	Pavel				1963	M171	9			*		TK,P 1xD		*	Glyk.1xD
6/1			Kulinová	Ida				1951	S7200	9			*		TK,P 2xD			objednat ONP,dialýza 19.5.19h,Glyk.2xD
6/2			Nemčeková	Růžena				1950	M161	9			*					
6/3																		
7/1	PÁ		Kolarovská	Miroslava				1961	T885									
7/2			Záhorská	Eva				1930	S3250	9	*							Glyk.4xD
7/3			Kašubová	Eva				1942	M171				*				*	Poděbrady 11.6. z domova
8/1			Alaxa	Josef				1951	M161				*		TK,P 1XD			
8/2																		
8/3																		
9/1			Sedláčková	Antonie				1941	M171				*					Poděbrady 24.5.
9/2	PO	*	Königová	Stanislava				1960	M161				*					Poděbrady 23.5. z domova
9/3			Matoušová	Erika				1939	S720				*					ONP zavolat po zhojení rány
10/1																		
10/2																		
10/3																		
NSP			Doležel	Alois				1934	M00055+příd					VAC				stomie

Zkratky: Dg. - diagnóza, DI - dimise, INZ - inzulín, BDK - bandáž dolních končetin, PO - pondělí, ÚT - úterý, ST - středa, ČT - čtvrtek, PÁ - pátek, RD - riziko vzniku dekubitů, RP - riziko pádu, SA - sanita, SO - sobota, NE - neděle, ↓S - snížená soběstačnost, OP - operace, RED - redonův dren, TK - krevní tlak, P - puls, SpO2 - saturace krve kyslíkem, ONP - oddělení následné péče, VAC - systém pro hojení ran

Příloha č. 4: Ošetřovatelská anamnéza vstupní/překladová

Strana 1:

 Krajská nemocnice Liberec, a.s. <i>nemocnice Liberec nemocnice Teplá</i>		Husova 357/30, 460 63 Liberec IČO: 27283933		 <b>Ošetřovatelská anamnéza vstupní / překladová</b> <small>Platnost od: 01. 04. 2011</small>	
1/2					
Pacient	Jméno, příjmení:		Příjem na oddělení - datum a čas:		
	Identifikační číslo:		Důležité informace:		
Oddělení:					
<input type="checkbox"/> Vstupní vyšetření pacienta není možné z důvodu:					
Kontakt	<input type="checkbox"/> Nespolupracuje 		<input type="checkbox"/> Nevidomý/špatně vidí 		
	<input type="checkbox"/> Dezorientace 		<input type="checkbox"/> Hluchý/špatně slyší 		
<input type="checkbox"/> Porucha vědomí  GCS =		<input type="checkbox"/> Porucha komunikace			
Bolest	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		<input type="checkbox"/> Otoky		
	VAS: 		<input type="checkbox"/> Defekt/dekubit 		
Charakter:		<input type="checkbox"/> OP rána			
Lokalizace:		Lokalizace:			
Dýchání	<input type="checkbox"/> Dušnost				
	<input type="checkbox"/> Zajištění dýchacích cest, typ:				
	<input type="checkbox"/> Oxygenoterapie				
Soběstačnost	<input type="checkbox"/> Oblékání dopomoc 		<input type="checkbox"/> Brýle/kontaktní čočky		
	<input type="checkbox"/> Hygiena dopomoc/celková koupel 		<input type="checkbox"/> Naslouchátko		
<input type="checkbox"/> Chůze/dopomoc 		<input type="checkbox"/> Zubní protéza horní, dolní			
<input type="checkbox"/> Posazovat/polohovat 		<input type="checkbox"/> Berle/hůl/ortéza/chodítka/vozik 			
<input type="checkbox"/> Pac. závislý na kompl. oš. péči   		<input type="checkbox"/>			
Výživa	<input type="checkbox"/> Dopomoc 		Hmotnost:		
	<input type="checkbox"/> Dieta/zvyklosti		Výška:		
Vyprazdňování	<input type="checkbox"/> Problémy s močením:		<input type="checkbox"/> Problémy se stolicí:		
	<input type="checkbox"/> Inkontinenční pomůcky 		<input type="checkbox"/> Inkontinence stolice 		
	<input type="checkbox"/> PMK, den:                      velikost:		<input type="checkbox"/> Stomie		
Vstupní informace	<input type="checkbox"/> Seznámení s odd., signalizací, ovlad. postele		<input type="checkbox"/> Identifikační náramek přiložen		
	<input type="checkbox"/> Informace o prevenci pádu a dekubitů, hygiena rukou, bolest		<input type="checkbox"/> Předpoklad kontaktu (sociální pracovník, duchovní)		
Vstupní anamnézu sepsala:		Datum:		čas:	
<small>Nemlib 0400</small>					


**Ošetrovatelská anamnéza  
vstupní / překladová**

Platnost od: 01. 04. 2018

2/2

Zkratky: BMI – body mass index, CVK – centrální venozní katetr, GCS – Glasgow Coma Scale, P – puls,  
PMK – permanentní močový katetr, PVK – periferní venozní katetr, SpO<sub>2</sub> – saturace kreví kyslíkem,  
TK – krevní tlak, TT – síla srdeční tepota, VAS – vizuální analogová škála

Invasivní vstupy	PVK den: lokalizace: Sonda den: lokalizace:
	PVK den: lokalizace: Arteriální katetr den: lokalizace:
	PMK den: velikost: <input type="checkbox"/>
	CVK den: lokalizace: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aktuální informace	TK: SpO <sub>2</sub> :
	P: Bilance tekutin:
	TT: Datum poslední stolice:
Převazy, ošetřování	
Informace o medikaci	
Přelobžení pacienta	Překlad na oddělení: Datum: čas:
	Důležité informace: Předal/a:
	PN předána <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Převzal/a, seznámila pacienta s oddělením a vyměnila
	<input type="checkbox"/> Předány osobní věci pacienta + soupis identifikační náramek:
<b>Edukace</b>	
Datum: Datum: Datum: Datum: Datum:	
Téma: Téma: Téma: Téma: Téma:	
Použitá metoda: Použitá metoda: Použitá metoda: Použitá metoda: Použitá metoda:	
<input type="checkbox"/> Pochopil <input type="checkbox"/> Pochopil <input type="checkbox"/> Pochopil <input type="checkbox"/> Pochopil <input type="checkbox"/> Pochopil	
<input type="checkbox"/> Prokazuje dovedn. <input type="checkbox"/> Prokazuje dovedn. <input type="checkbox"/> Prokazuje dovedn. <input type="checkbox"/> Prokazuje dovedn. <input type="checkbox"/> Prokazuje dovedn.	
<input type="checkbox"/> Nutno zopakovat <input type="checkbox"/> Nutno zopakovat <input type="checkbox"/> Nutno zopakovat <input type="checkbox"/> Nutno zopakovat <input type="checkbox"/> Nutno zopakovat	
Podpis edukujícího: Podpis edukujícího: Podpis edukujícího: Podpis edukujícího: Podpis edukujícího:	

# Příloha č. 5: Ošetřovatelský záznam jednodenní

Strana 1:



Krajská nemocnice Liberec, a.s.  
nemocnice Liberec nemocnice Trnava























Husova 357/10, 460 63 Liberec  
IČO: 27289933



Ošetřovatelský záznam jednodenní  
Platnost od: 01. 03. 2017

1/2

Jméno, příjmení:		Důležité informace:										Dimise				
Identifikační číslo:		!										Čas:				
Oddělení:												PN:				
Datum:		Stolice:		Hmotnost:												
OP den:				Odchyška z minulého měření (+/-kg)												
hodina	TK	P	VAS	SpO <sub>2</sub>	polohování				glykemie	Příjem tekutin (ml)			Výdej tekutin (ml)			
										parenterálně	per os	sonda	moč	zvracení	sonda	drén
0																
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
Vyšetření:									Jednotlivé součty							
									Celkem							

ZP II.b, III.	Problém pacienta a oš. intervence		Plán péče dle SOŠP a ordinací lékaře, hodnocení stavu			
	Denní služba				Odpolední služba	
	den:	čas:	proplach/čas:	proplach/čas:	převaz:	
Invasivní vstupy	PVK	den:	čas:	proplach/čas:	proplach/čas:	převaz:
	PVK	den:	čas:	proplach/čas:	proplach/čas:	převaz:
		den:	čas:	proplach/čas:	proplach/čas:	převaz:
	PMK	den:	čas:	velikost:		
	Sonda	den:	čas:	typ:		
	Stomie	den:				
Kůže	Drén	den:	počet:			
		OP rána				
		defekt				
		dekubit				
Soběstačnost			oblékání dopomoc			
			hygiena dopomoc/celková koupel			
			chůze doprovod			
			posazovat/polohovat			
			berle/hůl/vozik/chodítka			
				imobilní pacient závislý na oš. péči		
Vypařování			na lůžku			
			doprovod na WC			
			inkontinenční pomůcky			
Výživa			strava dopomoc/krmení			
			sledování příjmu stravy	⊕ snídaně	⊕ oběd	⊕ večeře
			pitný režim			
Psychika/ vědomí			nespolupracuje			
			dezorientace			
			porucha vědomí			
Dých			dušnost			
Kontakt			nevidomý/špatně vidí			
			hluchý/špatně slyší			
			porucha komunikace			
Varia						
Rizikové oblasti				Hodnocení noční služby		
				Spánek		
				Noční služba proběhla v souladu s denním plánem péče.	<input type="checkbox"/>	

# Příloha č. 6: Ošetřovatelský záznam vícedenní

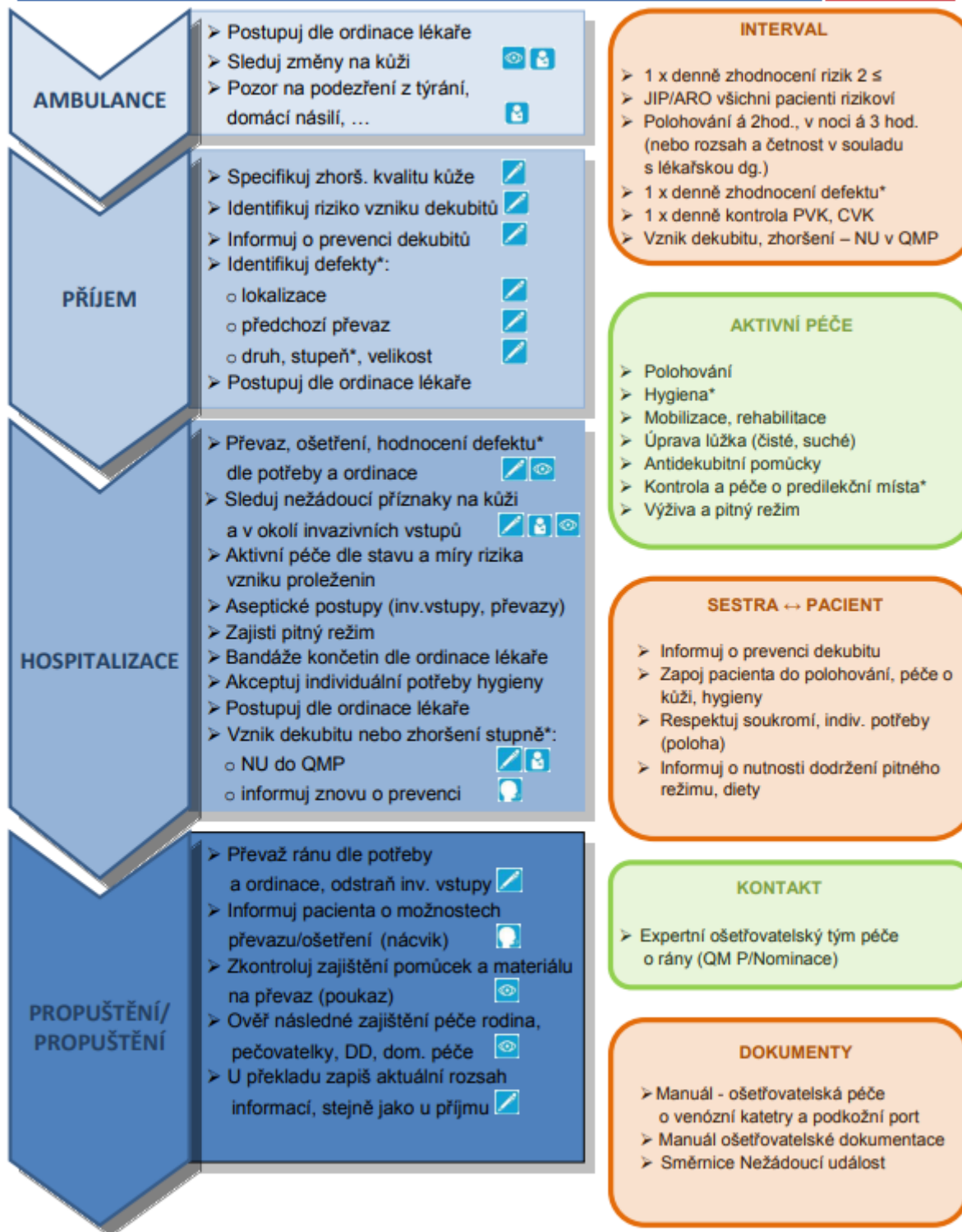
Strana 1:



Jméno, příjmení, identifikační číslo, oddělení:			Přehodnocení nutriční			Důležité informace:			Dimise			
			Datum:			!			Datum:			
			Hmotnost:						Čas:			
			Odchylka z minulého měření (+/-kg)						PN:			
	Datum	OP den	Datum	OP den	Datum	OP den	Datum	OP den	Datum	OP den		
<b>Vyšetření</b>												
<b>Stolice</b>												
<b>PVK den/čas</b>		prop.		prop.		prop.		prop.		prop.		
<b>den/čas</b>		prop.		prop.		prop.		prop.		prop.		
<b>PMK den/čas</b>		vel.		vel.		vel.		vel.		vel.		
<b>Sonda</b>												
<b>Stomie</b>												
<b>Drén</b>												
<b>Monitorace</b>	TK	P	VAS	TK	P	VAS	TK	P	VAS	TK	P	VAS
0												
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
<b>Jednot. součty</b>												
<b>Celkem</b>												
<b>ZP II, b, III.</b>												









### STUPNĚ DEKUBITŮ

- **1. stupeň – zarudnutí.** Otlak bez porušení kůže. Na kůži se objevuje neblednoucí zčervenání, oblast je oteklá, teplá a nebolestivá. Přesto však nemocný může pociťovat pálení, svědění pokožky.
- **2. stupeň – puchýř.** Otlak s porušením kůže. Dochází k poškození pokožky a kůže, vytváří se puchýře. Tato fáze je velmi bolestivá.
- **3. stupeň – nekróza.** Dochází ke zničení tkáně mezi kostí a pokožkou. Poškození zasahuje podkožní vrstvy, v nichž dochází k odumírání tkáně. Může se objevit teplota a nechutenství jako odpověď organismu na probíhající zánět.
- **4. stupeň – vřed.** Dochází k rozsáhlému porušení tkáně, svalová tkáň odumírá, může být narušena i kost. Tato rána může být pokryta černohnědou krustou z buněk odumřelé tkáně.



**1. stupeň**  
bez porušení kůže,  
zarudnutí



**2. stupeň**  
s částečným  
poškozením kůže,  
puchýře



**3. stupeň**  
poškození všech  
vrstev kůže

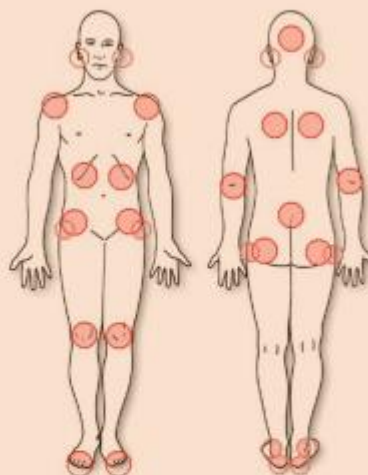


**4. stupeň**  
hluboké poškození  
se ztrátou tkáně,  
nekróza

### HYGIENA KŮŽE

- Kůži pacienta je nutné udržovat v čistotě pravidelným mytím s důkladným osušením, aby byla pokožka chráněna před vlhkostí. Je nutné ji udržovat vláčnou a ošetřovat ji krémy, oleji a mléky.
- Vlhkou pokožku je nevhodné vysušovat třením, vznikají tak mikrotraumata. Doporučujeme pokožku po koupeli vysušovat jemným tlakem (tapováním).
- Při vzniku dekubitu je nutné často měnit ložní i osobní prádlo, provádět koupele či sprchování, na mytí používat jemné mycí gely nebo tekutá mýdla.
- Je vhodné provádět masáže predilekčních míst ochrannými krémy.
- Nemasírovat již vzniklé dekubity!

### PREDILEKČNÍ MÍSTA



### DEFEKT KŮŽE

je trhlina, OP rána, otok, dekubit, opruzenina, růže, vyrážka, popálenina, opary, kožní vředy, bradavice, .....