98

VYHLÁŠKA
ze dne 22. března 2012

o zdravotnické dokumentaci

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), k provedení § 69 písm. a) až d) zákona o zdravotních službách:

§ 1

(1) Zdravotnická dokumentace, s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb, obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi, a to

a) identifikační údaje poskytovatele, kterými jsou

1. jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele,
2. adresa místa poskytování zdravotních služeb v případě fyzické osoby,
3. obchodní firma nebo název poskytovatele, adresa sídla nebo adresa místa podnikání v případě právnické osoby,
4. identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
5. název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení poskytovatele takto členěno (dále jen „oddělení zdravotnického zařízení“),

b) identifikační a kontaktní údaje pacienta, kterými jsou

1. jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta,
2. datum narození, rodné číslo, je-li přiděleno, číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, není-li tímto číslem rodné číslo pacienta, a kód zdravotní pojišťovny,
3. adresa místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu na území České republiky, a v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresa bydliště mimo území České republiky,
4. korespondenční adresa, pokud není totožná s adresou podle bodu 3, a pokud je pacientem sdělena,
5. telefonní číslo, adresa elektronické pošty, případně další kontaktní údaje, pokud jsou pacientem sděleny,
6. jedinečný resortní identifikátor pacienta přidělený pacientovi Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky,

c) pohlaví pacienta, je-li určeno,

d) jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace; to neplatí v případě poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem,

e) datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta,

f) v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče datum a čas přijetí pacienta do péče a datum a čas ukončení péče o pacienta, včetně informace o způsobu vyrozumění osoby, která by měla zajistit další péči o pacienta, který se s ohledem na svůj zdravotní stav neobejde bez pomoci další osoby, nebo o způsobu a čase podání informace o zamýšleném propuštění tohoto pacienta příslušnému obecnímu úřadu, datum a čas přeložení pacienta k jinému poskytovateli, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, nebo datum a čas úmrtí pacienta,

g) informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb,

h) informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou svéprávností tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“),

i) identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta, opatrovníka pacienta nebo jiné osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta,

j) identifikační a kontaktní údaje registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, pokud jsou poskytovateli známy,

k) u pacienta se zdravotním postižením informace o nezbytných zdravotnických prostředcích, popřípadě zvláštních pomůckách, které pacient používá, u pacienta se sluchovým postižením nebo kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením též informace o formách komunikace, které pacient preferuje,

l) u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné[1]) záznam o druhu vykonávané činnosti.

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

a) pracovní závěry a konečnou diagnózu,

b) návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu poskytování zdravotních služeb, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,

c) záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb,

d) záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález,

e) záznam o

1. předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, nebo zdravotnických prostředků; za takový záznam se považuje i stejnopis nebo kopie lékařského předpisu podle zákona o léčivech nebo poukazu podle zákona o zdravotnických prostředcích,
2. podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně podaného množství; v případě podání transfuzního přípravku jednoznačné evidenční číslo transfuzního přípravku, včetně kódu identifikujícího zařízení

transfuzní služby, datum, čas a podpis zdravotnického pracovníka, který transfuzní přípravek podal,

3. vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely, včetně množství, nebo zdravotnickými prostředky,

f) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě, včetně druhu dopravního prostředku; za takový záznam se považuje i stejnopis nebo kopie příkazu ke zdravotnické přepravě,

g) záznamy o poskytnuté ošetřovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči,

h) záznam o provedení očkování, včetně data provedení očkování, uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže, a to v případě poskytovatele, který provedl očkování,

i) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo další osoby oprávněné udělit za pacienta s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví jiný právní předpis[2]) nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě poskytovatelem vyžádán,

j) záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb,

k) záznam o použití omezovacích prostředků[3]) vůči pacientovi, který obsahuje

1. záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu; z uvedení důvodu též musí vyplývat, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků,
2. čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,
3. záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku,
4. záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení,
5. v případě výskytu komplikací jejich popis a způsob řešení,
6. jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval; v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován,
7. v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy ji potvrdil,
8. informaci o tom, že a kdy byl zákonný zástupce pacienta, popřípadě jiná osoba, které podle zákona o zdravotních službách náleží práva a povinnosti zákonného zástupce, nebo opatrovník pacienta informován o použití omezovacích prostředků,

l) stejnopisy lékařských posudků,

m) v případě poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb též žádanku vystavenou jiným poskytovatelem,

n) záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně záznamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny,

o) záznam o uznání nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti, posuzování zdravotního stavu v době jejího trvání, údaje o stanoveném režimu dočasně práce neschopného pojištěnce a jeho změnách, záznam o započetí potřeby ošetřování a jeho délce; záznam o ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede poskytovatel, který pacienta vedl v evidenci dočasně práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pracovní neschopnosti předán do evidence jiného poskytovatele nebo převzat od

jiného poskytovatele, je součástí zdravotnické dokumentace též záznam o dni jeho předání nebo převzetí,

p) záznamy lékaře orgánu nemocenského pojištění související s kontrolou posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování,

q) záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,

r) záznam o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, o přijatých opatřeních a o splnění oznamovací povinnosti v souladu s příslušnými právními předpisy[4]).

(3) Zdravotnická dokumentace poskytovatele, který rozhodl o vedení pacientského souhrnu, rovněž obsahuje údaje a záznamy, které jsou podstatné pro vedení pacientského souhrnu a nejsou uvedeny v odstavci 1 nebo 2, a to v rozsahu stanoveném v příloze č. 4 k této vyhlášce.

(4) Zdravotnická dokumentace rovněž obsahuje záznamy, součásti a jiné skutečnosti stanovené zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákonem o specifických zdravotních službách nebo jinými právními předpisy[5]).

§ 2

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou

a) výsledky vyšetření ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam,

b) písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení poskytování zdravotních služeb nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, které si předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta,

c) v případě lůžkové péče souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího léčebného postupu, pokud lůžková péče trvá déle než 7 dnů; souhrn informací (epikríza) a plán dalšího léčebného postupu se do zdravotnické dokumentace zaznamenává alespoň jednou za 7 dnů, v případě dlouhodobé lůžkové péče nebo následné lůžkové péče v oboru psychiatrie alespoň jednou za měsíc,

d) v případě pracovnělékařských služeb údaje o obsahu a podmínkách výkonu práce, k níž je zdravotní stav zaměstnance sledován, a to včetně údajů o zařazení jednotlivých faktorů pracovního prostředí do příslušné kategorie[6]), výsledky biologických expozičních testů, dávky ionizujícího záření a další údaje podstatné pro hodnocení vlivu pracovních podmínek na zdraví zaměstnance a dále písemné informace o dosavadním zdravotním stavu nebo o jeho vývoji předané registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství,

e) záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených podle jiných právních předpisů[7]), včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto jiných právních předpisů,

f) záznamy o výskytu závažných nebo neočekávaných nežádoucích událostí v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, s podáním léčivého přípravku, s použitím zdravotnického prostředku, o podání léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení nebo použití zdravotnického prostředku v rámci klinického zkoušení a záznamy o radiologické události kategorie A nebo B, při níž tkáňové reakce způsobené chybným ozářením mohou negativně ovlivnit zdravotní stav

pacienta nebo je z důvodu radiologické události nutné provést změny v jeho léčebném postupu, a to v rozsahu podle jiného právního předpisu[14]),

g) záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena[8]),

h) záznam o hlášení infekčního onemocnění, podezření na infekční onemocnění, úmrtí na infekční onemocnění nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví k splnění povinnosti podle zákona o ochraně veřejného zdraví.

§ 3

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

(2) Součásti zdravotnické dokumentace uvedené v příloze č. 1 k této vyhlášce, které jsou jejími samostatnými částmi, obsahují údaje stanovené v této příloze a dále údaje a informace podle § 1 odst. 1 písm. a), b), d) a e), pokud není v příloze č. 1 k této vyhlášce stanoveno jinak.

(3) Provedení zápisu do zdravotnické dokumentace zajistí a jeho správnost svým podpisem potvrdí zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.

(4) Je-li ze způsobu provedení zápisu do zdravotnické dokumentace zřejmé, že jej provedl jeden zdravotnický pracovník, nemusí podepisovat každý dílčí zápis v průběhu dne nebo směny, ale postačuje, podepíše-li tento zdravotnický pracovník v průběhu dne nebo směny provedení posledního zápisu.

§ 4

Součástí zdravotnické dokumentace zdravotnické záchranné služby jsou

a) zvukový záznam o příjmu volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen „tísňové volání“),

b) záznam operátora v digitální formě,

c) kopie záznamu o výjezdu,

d) identifikační a třídící karta,

e) záznam o hromadném odsunu pacientů.

§ 4a

(1) Pacientský souhrn je pro účel poskytnutí základních údajů o zdravotním stavu pacienta prostřednictvím Národního kontaktního místa pro elektronické zdravotnictví (dále jen „Národní kontaktní místo“) jinému poskytovateli veden elektronicky a strukturovaně v kódových systémech, které umožňují komunikaci mezi Národním kontaktním místem a poskytovatelem, který pacientský

souhrn vede a předává Národnímu kontaktnímu místu. Kódové systémy pro účel vedení pacientského souhrnu jsou veřejně přístupné na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Obsah a struktura pacientského souhrnu je stanovena v příloze č. 4 k této vyhlášce.

(2) Pacientský souhrn lze vést za účelem předávání Národnímu kontaktnímu místu, pokud je u poskytovatele, který pacientský souhrn vede, zajištěna jeho nepřetržitá dostupnost. Pacientský souhrn lze poskytovat prostřednictvím individuálního rozhraní poskytovatele nebo výměnné platformy sdružující více poskytovatelů.

(3) Poskytovatel, který rozhodne o vedení pacientského souhrnu, ohlásí správci Národního kontaktního místa prostřednictvím datové zprávy do datové schránky správce, pro potřeby zřízení přístupu do Národního kontaktního místa, vedení pacientského souhrnu. Ohlášení obsahuje:

a) identifikační údaje poskytovatele v rozsahu obchodní firma nebo název a identifikační číslo osoby, je-li přiděleno,

b) adresu rozhraní informačního systému poskytovatele pro komunikaci s Národním kontaktním místem,

c) šifrovací certifikát poskytovatele určený pro komunikaci s Národním kontaktním místem,

d) způsob poskytování pacientského souhrnu podle odstavce 2 věty druhé.

(4) Poskytovatel k ohlášení podle odstavce 3 zároveň připojí protokol dokládající provedení testu shody rozhraní provozovaného informačního systému v souladu s provozní dokumentací Národního kontaktního místa. Provedení testu shody zajišťuje správce Národního kontaktního místa. Provozní dokumentace Národního kontaktního místa je veřejně přístupná na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví.

§ 4b

(1) Požadavek o pacientský souhrn podaný prostřednictvím Národního kontaktního místa poskytovateli, který Národnímu kontaktnímu místu ohlásil vedení a poskytování pacientského souhrnu, obsahuje:

a) identifikační údaje pacienta podle § 1 odst. 1 písm. b) bodů 1 a 2 a

b) identifikační údaje poskytovatele jiného státu Evropské unie, který o pacientský souhrn žádá, a jeho zdravotnického pracovníka.

(2) Požadavek o pacientský souhrn je předáván prostřednictvím rozhraní informačního systému poskytovatele, které bylo podle § 4a odst. 3 písm. b) ohlášeno Národnímu kontaktnímu místu.

§ 5

(1) Poskytovatel vede a uchovává zdravotnickou dokumentaci v souladu se zásadami stanovenými v příloze č. 2 k této vyhlášce; zajišťuje posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb (dále jen „posouzení potřebnosti“) pro účely jejího vyřazení a zničení nebo dalšího uchování. To platí obdobně pro příslušný správní orgán, který podle zákona o zdravotních službách převzal zdravotnickou dokumentaci.

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

(3) Doba uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním poskytovatelem počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž byl proveden poslední zá-

znam ve zdravotnické dokumentaci pacienta, pokud není v příloze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak.

(4) Pokud zdravotnická dokumentace, popřípadě její součásti, vedená o pacientovi jedním poskytovatelem svým zařazením nebo věcným obsahem podléhá několika lhůtám pro její uchování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, určí se doba uchování, událost rozhodná pro počítání běhu této doby, a vyřazovací znak vždy podle nejdelší doby uchování. Jde-li o součásti zdravotnické dokumentace, které jsou jejími samostatnými částmi, lze určit dobu uchování, událost rozhodnou pro počítání běhu této doby a vyřazovací znak pro každou samostatnou část zdravotnické dokumentace zvlášť.

§ 6

(1) Převádění zdravotnické dokumentace nebo její části, které byly pořízeny v listinné podobě a které poskytovatel sám pořídil nebo obdržel, na dokument v elektronické podobě provádí poskytovatel postupem zaručujícím věrohodnost původu dokumentu, neporušitelnost obsahu, čitelnost dokumentu a bezpečnost procesu převádění.

(2) Dokument v elektronické podobě vytvořený podle odstavce 1 opatří poskytovatel doložkou. Doložku podepíše osoba odpovědná za převedení kvalifikovaným elektronickým podpisem nebo poskytovatel zapečetí kvalifikovanou elektronickou pečetí a dále doložku opatří kvalifikovaným elektronickým časovým razítkem.

(3) Dokument v listinné podobě, který poskytovatel převedl na dokument v elektronické podobě, je poskytovatel oprávněn zničit.

§ 7

(1) Na zdravotnickou dokumentaci, která začala být vedena přede dnem 1. dubna 2012, se vztahují přílohy č. 2 a 3 k této vyhlášce. Pokud u této zdravotnické dokumentace uplynula doba uchování určená podle § 5 přede dnem nabytí účinnosti této vyhlášky a skartační řízení nebylo provedeno nebo zahájeno podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění účinném do 31. března 2012, lze její potřebnost posoudit ode dne 1. července 2013.

(2) Pokud u zdravotnické dokumentace vedené přede dnem 1. dubna 2012 bylo zahájeno skartační řízení, dokončí se podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění účinném do 31. března 2012.

§ 8

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2012, s výjimkou ustanovení § 1 odst. 1 písm. k), které nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2013.

Ministr:

doc. MUDr. Heger, CSc., v. r.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

MINIMÁLNÍ OBSAH SAMOSTATNÝCH ČÁSTÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

1. VÝPIS ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Výpis ze zdravotnické dokumentace obsahuje:

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

2. VYŽÁDÁNÍ DALŠÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (ŽÁDANKA)

Vyžádání dalších zdravotních služeb obsahuje:

a) požadované zdravotní služby a jejich odůvodnění, včetně naléhavosti jejího poskytnutí,
b) údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu, včetně těch výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření, které jsou podstatné pro poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb,
c) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni,
d) pracovní diagnózu,
e) stručné zhodnocení údajů z anamnézy, pokud mají souvislost s požadovanými zdravotními službami.

V případě vyžádání odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření, nebo v použití přístrojového vybavení, je-li to z odborného hlediska dostačující, žádanka obsahuje informace podle písmene a) a e).

Poskytovatel pracovnělékařských služeb uvede v žádosti o odborné vyšetření vedle informací o zjištěném zdravotním stavu vždy údaje o výskytu rizikových faktorů a zdravotní náročnosti práce a podmínkách, za kterých je posuzovaná činnost vykonávána.

3. ZPRÁVA O POSKYTNUTÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Zpráva o poskytnutých zdravotních službách obsahuje:

a) údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření,
b) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ní,
c) doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb, včetně doporučení v posudkové péči.

V případě jednorázového poskytnutí zdravotních služeb zpráva obsahuje údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření a doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb.

V případě vyžádaných odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření nebo v použití přístrojového vybavení, zejména ekg, ultrazvuk, rentgen, zpráva o poskytnutých zdravotních službách obsahuje informace podle písmene a).

4. INFORMACE O UKONČENÍ JEDNODENNÍ NEBO LŮŽKOVÉ PÉČE (PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA)

A. Propouštěcí zpráva obsahuje:

1. stručný údaj o anamnéze a současné nemoci,
2. dobu a průběh jednodenní nebo lůžkové péče vystihující, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby,
3. souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
4. záznam o dosavadní léčbě a výsledky provedených vyšetření, které jsou podstatné pro poskytování dalších zdravotních služeb,
5. přehled zdravotních výkonů provedených v průběhu hospitalizace, které jsou významné pro další poskytování zdravotních služeb, včetně jejich výsledků a informace o nastalých komplikacích,
6. doporučení k poskytnutí potřebných zdravotních služeb, včetně léčebně rehabilitační a ošetřovatelské péče a doporučení dietního režimu, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené poskytovateli, který bude další zdravotní služby poskytovat, a doporučení pro posudkovou zdravotní péči.

B. Předběžná propouštěcí zpráva obsahuje:

1. základní údaje o průběhu hospitalizace,
2. souhrn diagnóz, pro které byla v průběhu hospitalizace pacientovi poskytována zdravotní péče,
3. stručný záznam o dosavadní léčbě, léčebně rehabilitační a ošetřovatelské péči, dietním režimu, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, jimiž je pacient vybaven,
4. doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb.

5. LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Lékařský posudek obsahuje vždy:

a) identifikační údaje

1. posuzované osoby v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince,
2. poskytovatele, který lékařský posudek vydal, a to jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby, adresa místa poskytování zdravotních služeb, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
3. posuzujícího lékaře, a to jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis lékaře,
4. pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku,

b) účel vydání posudku,

c) posudkový závěr,

d) poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání a o možnosti vzdání se práva na přezkoumání,

e) datum vydání posudku,

f) datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěného zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost, nebo pokud tak stanoví jiný právní předpis.

6. DOKUMENTACE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

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

A. Záznam operátora obsahuje:

   a) datum, čas a pořadové číslo tísňového volání,
   b) osobní údaje pacienta, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit, a údaje potřebné k určení místa zásahu,
   c) telefonní číslo nebo jiný údaj o možnosti spojení na volajícího, pokud lze tyto údaje zjistit,
   d) osobní údaje operátora, který přijal tísňové volání,
   e) čas předání tísňové výzvy k výjezdu výjezdové skupině zdravotnické záchranné služby,
   f) indikace výjezdu.

   Záznam operátora je veden v elektronické podobě a uchovává se na médiu s životností delší 5 let.

B. Záznam o výjezdu obsahuje:

   Kromě náležitostí uvedených v části A také

   a) místo, odkud je výjezd realizován,
   b) datum a čas výjezdu výjezdové skupiny, typ výjezdové skupiny,
   c) datum a čas příjezdu výjezdové skupiny na místo události,
   d) stručný popis klinického stavu a anamnestické údaje, jsou-li známy,
   e) pracovní diagnózu,
   f) popis poskytnuté přednemocniční neodkladné péče,
   g) čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení včetně identifikačních údajů přijímajícího poskytovatele a zdravotnického pracovníka nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán poskytovateli,
   h) jméno, popřípadě jména a příjmení zdravotnických pracovníků, kteří přednemocniční neodkladnou péči poskytli.

   Záznam o výjezdu je předán cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, popřípadě pacientovi, v listinné podobě, nedohodnou-li se na předání v elektronické podobě, kopie záznamu je uchovávána v listinné nebo elektronické podobě u poskytovatele zdravotnické záchranné služby.

C. Identifikační a třídící karta obsahuje:

   a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene označujícího kraj a pořadové číslo karty),
   b) stupeň naléhavosti ošetření pacienta,
   c) čas vytřídění pacienta,
   d) pracovní diagnózu,
   e) čas předání pacienta odsunovému prostředku,
   f) čas předání pacienta poskytovateli akutní lůžkové péče,

g) druh transportu zdravotnické přepravy v návaznosti na složení výjezdové skupiny podle zákona o zdravotnické záchranné službě,

h) stav životně důležitých funkcí, zejména hodnocení stavu pacienta v kómatu (GCS), krevní tlak, pulsová a dechová frekvence a graficky znázorněná lokalizace poranění,

i) záznam léčby, zejména podané léčivé přípravky, použité zdravotnické prostředky, případně provedení dekontaminace,

j) stupeň naléhavosti odsunu.

D. Záznam o hromadném odsunu pacientů obsahuje:

a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene a pořadového čísla opsaná z identifikační a třídící karty),

b) prioritu odsunu,

c) čas předání pacienta odsunovému prostředku.

7. PITEVNÍ PROTOKOL

A. Pitevní protokol obsahuje:

a) číslo pitevního protokolu,

b) identifikační údaje zemřelého, v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. b), jsou-li známy,

c) místo, datum a čas úmrtí, jsou-li známy,

d) jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zdravotnických pracovníků účastnících se pitvy,

e) datum a čas zahájení pitvy,

f) anamnestické údaje a informace o významných okolnostech souvisejících s úmrtím, jsou-li známy,

g) klinickou diagnózu ošetřujícího lékaře nebo lékaře provádějícího prohlídku těla zemřelého,

h) zápis o provedené pitvě členěný na

1. zevní prohlídku s popisem těla zemřelého,
2. vnitřní prohlídku s makroskopickým popisem nálezu jednotlivých orgánů tělních dutin,
3. údaje o provedeném odběru biologického materiálu k dalším vyšetřením; písemný výsledek těchto vyšetření je nedílnou součástí protokolu,

i) záznam o povinných hlášeních.

K pitevnímu protokolu se připojí kopie části A listu o prohlídce zemřelého, kopie příkazu k přepravě těla zemřelého z pitvy a originál průvodního listu k pitvě.

B. V případě patologicko-anatomické pitvy je dále součástí pitevního protokolu pitevní diagnóza členěná na:

1. základní onemocnění,
2. komplikace základního onemocnění,
3. bezprostřední příčina smrti,

4. vedlejší patologické nálezy.

C. V případě zdravotní pitvy jsou dále součástí pitevního protokolu

a) pitevní diagnóza členěná na:

1. základní onemocnění nebo úraz,
2. bezprostřední příčina smrti,

b) identifikační údaje jiných osob přítomných pitvě, v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení; u jiných přítomných osob se též uvede pracovní nebo služební zařazení a důvod přítomnosti.

8. PRŮVODNÍ LIST K PITVĚ

A. Průvodní list k pitvě obsahuje:

a) identifikační údaje

1. poskytovatele, jehož lékař provedl prohlídku těla zemřelého, v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. a),
2. lékaře provádějícího prohlídku těla v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení,
3. zemřelého v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, rodné číslo, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, jsou-li známy,

b) datum a čas úmrtí, a to i odhad,

c) datum a čas provedení prohlídky těla,

d) navrhovaný druh pitvy, která má být provedena.

Průvodní list se opatří podpisem lékaře, který prováděl prohlídku těla zemřelého.

B. Průvodní list k patologicko - anatomické pitvě dále obsahuje:

a) klinickou diagnózu, a to

1. základní onemocnění,
2. bezprostřední příčinu smrti,
3. komplikace,

b) anamnestické údaje, zejména informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,

c) stručný popis průběhu onemocnění, které bylo příčinou smrti,

d) popis léčby (například ozařování, léčba antibiotiky a jakými, aplikace radioizotopů),

e) návrhy na zvláštní zjištění při provádění pitvy, je-li to k objasnění příčiny úmrtí nebo ověření léčebných postupů žádoucí.

C. Průvodní list k patologicko-anatomické pitvě dětí dále obsahuje:

a) údaje podle části B,

b) zaměstnání nebo povolání rodičů, popřípadě profesi, jsou-li známy,

c) anamnestické údaje, zejména

1. porodní hmotnost,

2. porod spontánní nebo operativní,
3. křísení po porodu,
4. údaj o vícečetném těhotenství,
5. výživa novorozence (kojení, umělá výživa),
6. informace o počtu, věku a zdravotním stavu sourozenců,
7. informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,
8. údaje o provedeném očkování.

D. Průvodní list ke zdravotní pitvě dále obsahuje:

a) místo nálezu těla a jeho popis, včetně údajů o nálezech v okolí těla (například léčivé přípravky, lékovky, zdravotnické prostředky, tekutiny, elektrické nebo plynové spotřebiče, zvířata),

b) údaje o vnějších faktorech majících vliv na tělo (například teplota prostředí, vítr, vlhkost, přímý svit slunce, požár),

c) popis polohy těla před zásahem zdravotnické záchranné služby,

d) údaje o oblečení (například ponecháno v původním stavu, rozstřiženo - kde, odstraněno a pokud ano, které součásti),

e) popis posmrtných změn, a to

1. skvrny; uvede se, na které části těla a jaké (vytlačitelné, jak),
2. ztuhlost; uvede se, zda nastala na celém těle nebo na které části těla, její síla,
3. rektální teplota, byla-li zjištěna,
4. hnilobné změny; uvede se, zda jsou nepřítomné, počínající nebo pokročilé, přítomnost hmyzu (jakého), velikost larev,

f) nemoci, jsou-li známy,

g) popis potíží před úmrtím, pokud jsou známy, popřípadě údaj o náhlém úmrtí,

h) popis případných známek zevního násilí,

i) údaj o provádění resuscitace (laická, rozšířená),

j) údaj o invazivním zásahu při poskytování přednemocniční neodkladné péče (například kanylace žíly, drenáž hrudníku),

k) zápis o oznámení nálezu těla Policii České republiky podle záznamu operátora,

l) záznam subjektu, který se na místo nálezu těla dostavil jako první, a to

1. výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby,
2. Policie České republiky,
3. Hasičský záchranný sbor, nebo
4. jiné osoby; v takovém případě se zaznamenají jejich identifikační údaje, pokud jsou známy, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, popřípadě též jejich vztah k zemřelé osobě, a kontaktní údaje.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

ZÁSADY PRO UCHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE A POSTUP PŘI JEJÍM VYŘAZOVÁNÍ A ZNIČENÍ PO UPLYNUTÍ DOBY UCHOVÁNÍ

Čl. 1

(1) Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotních služeb nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí doby uchování vyřazena a navržena ke zničení.

(2) Vyřazování zdravotnické dokumentace při posouzení potřebnosti se provádí ve lhůtách určených poskytovatelem, nejdéle však jedenkrát za 5 let komplexně za celého poskytovatele.

(3) Předmětem posouzení potřebnosti je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula doba uchování. Bez posouzení skutečností rozhodných pro uplynutí lhůty stanovené pro dobu uchování zdravotnické dokumentace a posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace nelze zdravotnickou dokumentaci zničit.

Čl. 2

Doba uchování zdravotnické dokumentace je doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovat u poskytovatele pro účely poskytování zdravotních služeb. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zničena.

Čl. 3

(1) Zdravotnická dokumentace se označuje vyřazovacími znaky, které vyjadřují hodnotu zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb a způsob zacházení se zdravotnickou dokumentací po uplynutí doby jejího uchování.

(2) Vyřazovací znak

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

b) „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit; u takto označené zdravotnické dokumentace dochází po uplynutí dob uchování uvedených v příloze č. 3 k této vyhlášce k posouzení potřebnosti; části zdravotnické dokumentace již nepotřebné pro další poskytování zdravotních služeb se navrhnou k vyřazení a zničení.

(3) Doba uchování zdravotnické dokumentace označené vyřazovacím znakem „V“ může být prodloužena, nejméně vždy o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění poskytování zdravotních služeb.

Čl. 4

(1) Zdravotnická dokumentace se podle označení vyřazovacími znaky rozdělí do skupiny „V“ a do skupiny „S“.

(2) U zdravotnické dokumentace skupiny „V“ posoudí zdravotnický pracovník určený poskytovatelem (dále jen „určený zdravotnický pracovník“), která část bude navržena k vyřazení a které části bude prodloužena doba uchování. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní služby vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.

Čl. 5

(1) Určený zdravotnický pracovník vypracuje návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace, který obsahuje identifikační údaje poskytovatele a identifikační údaje určeného zdravotnického pracovníka, který návrh vypracoval.

(2) K návrhu na vyřazení zdravotnické dokumentace se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. V závěru seznamu se uvede zdravotnická dokumentace s vyřazovacím znakem „V“ s návrhem na její rozdělení na část navrženou k vyřazení a na část, jíž se prodlouží doba uchování.

(3) Návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace podepisuje určený zdravotnický pracovník.

(4) Poskytovatel, který je veřejnoprávním původcem podle zákona o archivnictví[11]), zašle návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace společně se seznamem zdravotnické dokumentace k vyřazení archivu příslušnému podle sídla poskytovatele, popřípadě sídla jeho pracoviště, je-li toto pracoviště zpracovatelem návrhu, k posouzení a k provedení výběru archiválií mimo skartační řízení.

(5) Příslušný archiv po posouzení seznamu zdravotnické dokumentace navržené k vyřazení a po provedení výběru archiválií mimo skartační řízení předá protokol o provedeném výběru archiválií mimo skartační řízení (dále jen „protokol o výběru archiválií“) poskytovateli. Protokol o výběru archiválií obsahuje soupis zdravotnické dokumentace nebo jejích částí, které byly vybrány za archiválie a které poskytovatel předá příslušnému archivu k zařazení do evidence archiválií ve lhůtě jím stanovené; pokud příslušný archiv nevybere k zařazení do evidence archiválií žádnou zdravotnickou dokumentaci nebo žádnou její část, v protokolu o výběru archiválií uvede tuto skutečnost.

(6) Poskytovatel upraví seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení podle výsledku provedeného výběru archiválií mimo skartační řízení příslušným archivem.

Čl. 6

(1) Zdravotnická dokumentace určená k vyřazení musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.

(2) Poskytovatel pořídí a uchovává písemný záznam, který obsahuje soupis zničené zdravotnické dokumentace společně s informací o tom, kdy, jak a kým byla zdravotnická dokumentace zničena; soupis obsahuje identifikační údaje pacienta. Písemný záznam se uchovává bez časového omezení.

Čl. 7

Podle této přílohy se postupuje obdobně, jde-li o zdravotnickou dokumentaci vyřazovanou příslušným správním orgánem, který zdravotnickou dokumentaci podle zákona o zdravotních službách převzal a který je Ministerstvem vnitra, Ministerstvem spravedlnosti nebo Ministerstvem obrany. Je-li příslušným správním orgánem krajský úřad, převzatou zdravotnickou dokumentaci označí vyřazovacím zna-

kem „S“ a obdobně se použijí ustanovení této přílohy upravující uchovávání, vyřazování a zničení zdravotnické dokumentace označené vyřazovacím znakem „S“.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

DOBY UCHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE NEBO JEJÍCH ČÁSTÍ

Společná ustanovení:

A. Je-li v této příloze uvedeno u jednoho druhu zdravotnické dokumentace vícero událostí rozhodných pro počítání běhu doby uchovávání zdravotnické dokumentace, použije se pro počátek běhu této doby událost, která nastane nejdříve, pokud je poskytovateli známa.

B. V případě, že se doba uchovávání počítá ode dne úmrtí pacienta a poskytovatel nezná datum úmrtí pacienta, považuje se za den úmrtí pacienta den, ve kterém pacient dosáhl 100 let věku, nebo od posledního záznamu ve zdravotnické dokumentaci uplynulo 5 let podle toho, co nastane později.

1. Zdravotní péče poskytovaná registrujícím poskytovatelem - S

   a) 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství,

   b) 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta nebo 10 let od dosažení 19 let věku pacienta, v případě registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

   c) 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví.

2. Ostatní ambulantní péče - V

   5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi

3. Dispenzární péče - V

   a) 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta,

   b) 10 let od úmrtí dialyzovaného pacienta,

   c) 10 let od úmrtí pacienta, který je podle jiného právního předpisu[12]) nosičem infekčního onemocnění.

4. Zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s ochranným léčením - S

   10 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě pacienta s nařízeným ochranným léčením 30 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb.

5. Lůžková péče - S

   a) 40 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta,

   b) 20 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě následné a dlouhodobé lůžkové péče.

6. Jednodenní péče - S

   10 let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo 10 let od úmrtí pacienta

7. Lázeňská léčebně rehabilitační péče -S

   5 let od ukončení lázeňské léčebně rehabilitační péče

8. Pracovnělékařské služby

   a) - S

      10 let od úmrtí pacienta s uznanou nemocí z povolání, pokud dále není stanoveno jinak,

   b) - V

      15 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud dále není stanoveno jinak,

   c) - V

      10 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající práci zařazenou podle zákona o ochraně veřejného zdraví do kategorie první nebo druhé a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnělékařských služeb, nebo 10 let od úmrtí této osoby,

   d) - V

      15 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, není-li dále stanoveno jinak, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnělékařských služeb, nebo 10 let od úmrtí této osoby,

   e) - V

      40 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu jiného právního předpisu[13]), pokud to jiný právní předpis požaduje, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnělékařských služeb, nebo 10 let po úmrtí této osoby,

   f) - S

      u zaměstnance kategorie A[14]) do doby, kdy zaměstnanec dosáhl nebo by dosáhl věku 75 let, vždy však nejméně 30 let od ukončení pracovní činnosti v kategorii A,

   g) - V

      30 let od vzniku pracovního úrazu spojeného s hospitalizací přesahující 5 kalendářních dnů nebo 10 let po úmrtí osoby, která utrpěla takový úraz;

10 let od vzniku ostatních pracovních úrazů.

Písmena a), b) a g) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství, poskytovatelem pracovnělékařských služeb a poskytovatelem příslušným k posuzování a uznávání nemocí z povolání; písmena c) až f) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou poskytovatelem pracovnělékařských služeb.

9. Zdravotnická záchranná služba - S
   a) záznam operátora nejméně 10 let od posledního záznamu,
   b) záznam o výjezdu 10 let od výjezdu zdravotnické záchranné služby,
   c) zvukový záznam o příjmu tísňového volání nebo výzvy k výjezdu záchranné služby 24 měsíců od obdržení výzvy.

10. Patologická anatomie a soudní lékařství
   a) - S

      kopie části A listu o prohlídce zemřelého, nebo pokud není pitva provedena, 10 let od úmrtí,
   b) - V

      pitevní protokol včetně kopie části A listu o prohlídce zemřelého, informace o provedení a výsledku bioptického vyšetření, popřípadě dalšího souvisejícího vyšetření, 40 let ode dne jejich vystavení,
   c) - S

      žádanky o bioptické nebo cytologické vyšetření 5 let od provedení vyšetření.

11. Zobrazovací metody
   a) - V

      grafický nebo audiovizuální záznam nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 10 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotních služeb, nebo s ověřováním podmínek vzniku nemoci z povolání (ohrožení nemocí z povolání) podle jiného právního předpisu[8]), pro jejichž potřeby byl záznam vyhotoven, pokud se nejedná o pacienta v dispenzární nebo jiné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou,
   b) - S

      informace o průběhu a výsledku vyšetření pacienta zobrazovací metodou 5 let po předání informace poskytovateli, který vyšetření zobrazovací metodou vyžádal,
   c) - S

      grafický nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 1 rok od obdržení záznamu v případě poskytovatele, který záznam nepořídil, ale pouze obdržel za účelem zajištění návaznosti zdravotních služeb,
   d) - V

grafický nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 30 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotních služeb u pacienta v dispenzární nebo obdobné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

e) - S

veličiny a parametry umožňující stanovení dávky z lékařského ozáření 10 let od provedení lékařského ozáření.

Na grafické nebo audiovizuální záznamy nebo jiné obrazové záznamy pořízené nebo vyžádané ambulantním poskytovatelem zdravotních služeb v oboru zubní lékařství se tento bod nevztahuje.

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

    a) nejméně 15 let od ukončení ověřování nových poznatků,
    b) nejméně 30 let od ukončení ozařování, jestliže byly při ověřování nových poznatků použity metody, které jsou spojeny s ozářením, včetně metod dosud nezavedených v klinické praxi a těch ozáření, kde není přímý zdravotní přínos pro fyzické osoby podstupující ozáření,
    c) nejméně 15 let od ukončení klinické zkoušky zdravotnického prostředku,
    d) nejméně 15 let od ukončení klinického hodnocení humánního léčivého přípravku.

13. Lékařské předpisy označené modrým pruhem a jejich průpisy - S

    Nejméně doba uchování lékařského předpisu stanovená jiným právním předpisem upravujícím zacházení s návykovými látkami[15]).

14. Výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření - V

    5 let od provedení vyšetření.

15. Žádanka - S

    a) 2 roky od provedení vyšetření; týká se poskytovatele, který poskytl vyžádanou zdravotní službu,
    b) 5 let od provedení vyšetření v případě karty pro novorozenecký screening,
    c) 10 let od provedení vyšetření zobrazovací metodou využívající ionizující záření, s výjimkou provedení tohoto vyšetření poskytovatelem ambulantní péče v oboru zubní lékařství; týká se poskytovatele, který poskytl vyžádanou zdravotní službu.

16. Záznam o podání transfuzního přípravku - V

    30 let od podání transfúzního přípravku nebo 10 let od úmrtí pacienta.

17. Záznam o podání léčivého přípravku pro moderní terapii, o dárcovství tkání a buněk pro použití u člověka a o použití tkání nebo buněk u člověka - V

    30 let od podání léčivého přípravku pro moderní terapii, od odběru tkání a buněk pro použití u člověka a od použití tkání nebo buněk u člověka nebo 10 let od úmrtí pacienta.

18. Zdravotnická dokumentace převzatá krajským úřadem - S

a) 10 let od převzetí zdravotnické dokumentace převzaté od registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,
b) 5 let od převzetí zdravotnické dokumentace v ostatních případech.

19. Zdravotnická dokumentace o osobách ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence vedená Vězeňskou službou České republiky - S

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

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

Obsah a struktura pacientského souhrnu

A. Identifikační a kontaktní údaje pacienta
   a) jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta,
   b) rodné číslo, je-li přiděleno,
   c) číslo a typ elektronicky čitelného dokladu, jímž se prokazuje totožnost,
   d) datum narození,
   e) pohlaví, je-li určeno,
   f) státní občanství,
   g) adresa místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu na území České republiky,
   h) korespondenční adresa pacienta, není-li totožná s adresou podle písmene g),
   i) telefonní číslo, adresa elektronické pošty,
   j) jazyk nebo jazyky, v nichž pacient komunikuje,
   k) jedinečný resortní identifikátor pacienta přidělený pacientovi Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky.

B. Identifikační a kontaktní údaje registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost
   a) obchodní firma nebo název registrujícího poskytovatele, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
   b) telefonní číslo, adresa elektronické pošty.

C. Identifikační a kontaktní údaje zákonných zástupců nebo opatrovníků anebo kontaktních osob podle § 33 zákona o zdravotních službách
   a) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby,
   b) vztah k pacientovi,
   c) telefonní číslo, adresa elektronické pošty.

D. Informace o zdravotním pojištění

   Kód zdravotní pojišťovny a číslo pojištěnce, není-li tímto číslem rodné číslo.

E. Urgentní informace

a) alergie:

1. slovní popis,
2. strukturovaný kódovaný popis, a to
   2.1. datum zjištění,
   2.2. typ agens,
   2.3. druh agens,
   2.4. projev alergické reakce,
   2.5. stupeň závažnosti,

b) ostatní rizikové faktory:

1. slovní popis,
2. strukturovaný a kódovaný popis, a to
   2.1. datum zjištění,
   2.2. typ rizikového faktoru,
   2.3. stupeň závažnosti.

F. Souhrnná anamnéza

a) slovní popis obsahující informace o

1. provedených očkováních,
2. minulých zdravotních problémech a diagnózách,
3. významných chirurgických výkonech se vztahem k minulým zdravotním problémům a diagnózám,

b) strukturovaný kódovaný popis obsahující informace o

1. očkování, a to
   1.1. název očkovací látky,
   1.2. kód látky,
   1.3. datum očkování,
2. minulých zdravotních problémech a diagnózách, a to
   2.1. datum nebo jiné časové určení vzniku,
   2.2. datum nebo jiné časové určení ukončení,
   2.3. kód zdravotního problému nebo diagnózy,
3. provedených významných chirurgických výkonech, a to
   3.1. kód výkonu,
   3.2. datum provedení,
   3.3. počet provedení.

G. Současné zdravotní problémy a diagnózy a související údaje

a) současné zdravotní problémy a diagnózy:

1. datum nebo jiné časové určení vzniku,
2. datum nebo jiné časové určení ukončení,
3. popis zdravotního problému nebo diagnózy volným textem,
4. kód zdravotního problému nebo diagnózy,

b) významné chirurgické výkony se vztahem k současným zdravotním problémům a diagnózám:

1. popis chirurgického výkonu volným textem,
2. kód výkonu,
3. datum provedení,
4. počet provedení,

c) zdravotnické prostředky, na kterých závisí nebo může záviset pacientův zdravotní stav:

1. slovní popis,
2. datum implantace nebo počátku používání,
3. kód zdravotnického prostředku,

d) léčebná doporučení, která nezahrnují medikamentózní léčbu, datum zápisu, doporučení volným textem,

e) slovní popis soběstačnosti nebo invalidity pacienta, datum vzniku a kód.

H. Užívané léky

a) název a kód léku,

b) síla, forma, způsob podání, a to kódem,

c) množství/dávka, dávkování,

d) počátek a doba podávání nebo datum ukončení podávání.

I. Faktory životního stylu

a) slovní popis faktoru,

b) kód faktoru,

c) datum nebo jiné časové působení určení začátku působení faktoru,

d) množství nebo měrná jednotka.

J. Těhotenství

Kód způsobu stanovení těhotenství a předpokládaný termín porodu.

K. Fyzikální nález

a) krevní tlak systolický a diastolický, tepová frekvence a datum jejich měření,

b) výška a hmotnost, a to hodnota, jednotka a datum měření.

L. Diagnostické testy

Krevní skupina a Rh faktor textem a kódem, datum stanovení.

M. Doprovodné údaje

a) datum vytvoření pacientského souhrnu,

b) datum poslední aktualizace pacientského souhrnu,

c) identifikační údaje poskytovatele, který pacientský souhrn vytvořil, a to obchodní firma nebo název, adresa sídla nebo adresa místa podnikání, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, případně další identifikátory poskytovatele,

d) jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který pacientský souhrn vypracoval; pokud jde o pacientský souhrn doplňovaný průběžně více lékaři nebo vzniklý agregací dat, tato položka se neuvádí.

Poznámka k příloze č. 4:

Poskytovatel v pacientském souhrnu uvede v případech, kdy nemá k dispozici některý z údajů, které se v něm zaznamenávají, že tento údaj mu není znám.

---

[1]) § 19 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění zákona č. 274/2003 Sb. a zákona č. 392/2005 Sb.

[2]) Například zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

[3]) § 39 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

[4]) § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění zákona č. 375/2011 Sb.

[5]) Například zákon č. 285/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

[6]) Zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

[7]) Například zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

[8]) Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

[10]) § 31 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

[11]) § 3 odst. 1 zákona č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 190/2009 Sb.

[12]) § 53 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 274/2003 Sb.

[13]) § 40 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

[14]) Vyhláška č. 422/2016 Sb., o radiační ochraně a zabezpečení radionuklidového zdroje.

[15]) § 33 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění zákona č. 117/2000 Sb. a zákona č. 362/2004 Sb.