

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.

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.

(5) Dekurz je denný záznam o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Je súčasťou zdravotnej dokumentácie. Na každom dekurze sú uvedené osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo a poradové číslo strany dekurzu. Vzor dekurzu pre lekárske špecializačné odbory je uvedený v prílohe č. 1. Vzor dekurzu pre pôrodnú sálu je uvedený v prílohe č. 2. Vzor dekurzu pre šestonedelie je uvedený v prílohe č. 3. Vzor dekurzu pre neonatologické pracoviská je uvedený v prílohe č. 4. Vzor dekurzu ošetrovateľskej starostlivosti pre dom ošetrovateľskej starostlivosti, agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti a pre zariadenia poskytujúce sociálne služby je uvedený v prílohe č. 5.

Čl. III

Vedenie zdravotnej dokumentácie v ústavných zdravotníckych zariadeniach

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

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

(2) Súčasťou zápisu o príjme osoby je:

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

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

- a) dátum a čas,
- b) údaje o subjektívnych problémoch osoby,
- c) objektívny fyzikálny nález,
- d) zhodnotenie výsledkov v tom čase dostupných laboratórných, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení,

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.

- e) diagnózu pri zmene zdravotného stavu a pri konziliárnych vyšetreniach aj pracovnú alebo diferenciálnu diagnózu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
 - f) terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
 - g) navrhované vyšetrenia, plánované konziliárne vyšetrenia a vykonané konzultácie,
 - h) návrh následnej kontroly alebo iné odporúčania podľa potreby,
 - i) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, pri konzultácií meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis vedúceho zdravotníckeho pracovníka alebo vedúcim pracovníkom určeného lekára so špecializáciou v príslušnom špecializačnom odbore⁶⁾ (ďalej len „lekár špecialista“).
- (4) Zápis lekára z vykonaného invazívneho zdravotného výkonu, ktorý nemá charakter operačného výkonu v dekurze obsahuje:
- a) dátum a čas,
 - b) objektívny fyzikálny nález, podľa charakteru výkonu a stavu osoby,
 - c) zhodnotenie laboratórnych výsledkov (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné) podľa potreby a charakteru výkonu,
 - d) druh invazívneho zdravotného výkonu, druh anestézie a popis invazívneho zdravotného výkonu,
 - e) údaje o podanej terapii (názov lieku, forma, čas, dávka, spôsob podania), ako aj iné spresnenia terapie,
 - f) podľa potreby údaje o indikovaných laboratórnych vyšetreniach a iných vyšetreniach s uvedením dátumu a času,
 - g) indikácie zdravotnej starostlivosti po vykonaní invazívneho zdravotného výkonu (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
 - h) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, ktorý invazívny zdravotný výkon vykonal.
- (5) Zápis lekára z vykonaného operačného zdravotného výkonu v operačnom zázname obsahuje:
- a) dátum a čas,
 - b) osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo,
 - c) diagnózu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
 - d) overenie správnosti indikácie zdravotného výkonu (na základe RTG snímku, USG snímku, potvrdenie správnej strany tela),
 - e) identifikáciu zdravotníckych pracovníkov operačného a anestéziologického tímu,
 - f) druh operačného zdravotného výkonu, druh anestézie a popis operačného výkonu,
 - g) údaje o podanej terapii (názov lieku, forma, čas, dávka, spôsob podania), ako aj iné spresnenia terapie,
 - h) údaje o vykonaných laboratórnych vyšetreniach a iných vyšetreniach s uvedením dátumu a času,
 - i) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis lekára, ktorý operačný zdravotný výkon vykonal.

⁶⁾ 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.

- (6) Súčasťou operačného záznamu sú:
- kópia anesteziologického záznamu,
 - dekurz o pooperačnej starostlivosti a terapii s uvedením dátumu a času, indikácie liekov (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania), diéty, pohybového režimu, laboratórnych vyšetrení a iných vyšetrení.
- (7) Zápis lekára o prepustení osoby v lekárskej prepúšťacej správe,⁷⁾ ktorej vzor je uvedený v prílohe č. 6 obsahuje:
- osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo, bydlisko, číselný kód zdravotnej poisťovne,
 - údaje o dĺžke hospitalizácie, vrátane dátumu prijatia a prepustenia,
 - údaje o terajšej chorobe, zdravotnom stave pri prijímaní osoby, anamnézách, chronologickom vývoji zdravotného stavu osoby počas hospitalizácie, výsledkoch laboratórnych, zobrazovacích a konziliárnych vyšetreniach,
 - údaje o terapii počas hospitalizácie (lieky, diéta, pohybový režim, zdravotné výkony, operácie, rehabilitácia a iné),
 - epikrízu,
 - diagnózu hlavnú a vedľajšie diagnózy (slovom alebo číslom podľa MKCH),
 - 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,
 - 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:
- dátum, čas a miesto,
 - 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,
 - údaje o subjektívnych problémoch osoby,
 - objektívny fyzikálny nález,
 - údaje o poučení a informovanom súhlase,⁵⁾
 - zhodnotenie laboratórnych výsledkov, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení v tom čase dostupných,
 - diagnózu, aj pracovnú alebo diferenciálnu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
 - terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
 - navrhované vyšetrenia a plánované vyšetrenia,

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

⁸⁾ § 12 zákona č. 576/2004 Z. z.

- j) údaje o podaných liekoch (názov lieku, forma, dávka, spôsob podania), lekárske predpisoch, lekárske poukazoch, dietetických potravinách a zdravotníckych pomôckach,
- k) návrh následnej kontroly alebo iné odporúčania,
- l) zápis o preventívnej prehliadke, ktorý zodpovedá obsahu preventívnych prehliadok,⁹⁾ a na základe zistení z preventívnej prehliadky podľa potreby návrh zdravotných postupov,
- m) meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis všeobecného lekára.

(2) Zápis lekára špecialistu⁶⁾ z vyšetrenia obsahuje:

- a) dátum, čas a miesto,
- b) osobné údaje osoby,³⁾ teda meno, priezvisko, rodné číslo, bydlisko, číselný kód zdravotnej poisťovne,
- c) pri prvom vyšetrení osoby údaje o rodinnej anamnéze, osobnej anamnéze, pracovnej anamnéze, sociálnej anamnéze, alergologickej anamnéze, liekovej anamnéze, úrazoch, operáciách, abúzo, ak ide o ženu aj údaje o gynekologickej anamnéze,
- d) údaje o subjektívnych problémoch osoby,
- e) objektívny fyzikálny nález,
- f) údaje o poučení a informovanom súhlase⁵⁾ s upozornením na povinnosť odovzdať lekársku správu všeobecnému lekárovi,
- g) zhodnotenie laboratórnych výsledkov, zobrazovacích a konziliárnych vyšetrení v tom čase dostupných,
- h) diagnózu, aj pracovnú alebo diferenciálnu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- i) terapiu vrátane zdôvodnenia jej zmeny (názov lieku, forma, dávkovanie, spôsob podania, diéta, pohybový režim),
- j) navrhované vyšetrenia a plánované vyšetrenia,
- k) údaje o podaných liekoch (názov lieku, forma, dávka, spôsob podania), 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 súhlase⁵⁾ s upozornením na povinnosť odovzdať lekársku správu všeobecnému lekárovi,
- f) diagnózu (slovom alebo číslom podľa MKCH),
- g) zhodnotenie aktuálnych laboratórnych výsledkov (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné, ak boli k dispozícii v čase invazívneho zdravotného výkonu),
- h) zhodnotenie aktuálnych výsledkov zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení, ak boli k dispozícii v čase invazívneho zdravotného výkonu,

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.

- i) druh invazívneho zdravotného výkonu, druh anestézie a popis invazívneho zdravotného výkonu,
- j) údaje o podanej terapii (názov lieku, forma, čas, dávka, spôsob podania), ako aj iné spresnenia terapie,
- k) indikácie laboratórnych vyšetrení a iných vyšetrení s uvedením dátumu a času,
- l) indikácie vyšetrení, ošetrovaní 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. Tvorí 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 zdravotného záznamu pre chirurgické pracoviská je uvedený v prílohe č. 8. Vzor zdravotného záznamu pre pediatrické pracoviská je uvedený v prílohe č. 9. Vzor zdravotného záznamu pre pracoviská psychiatrie je uvedený v prílohe č. 10. Vzor zdravotného záznamu pre pôrodnícke pracoviská je uvedený v prílohe č. 11. Vzor zdravotného záznamu pre neonatologické pracoviská je uvedený v prílohe č. 12. Vzor zdravotného záznamu pre pracoviská jednotky intenzívnej starostlivosti a pracoviská anesteziológie a intenzívnej medicíny je uvedený v prílohe č. 13.

(2) Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti, v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby vedie ošetrojúca sestra alebo ošetrojúca pôrodná asistentka. Tvorí ju zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby a zápisy o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. Sestra alebo pôrodná asistentka pri prijíme 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 prijíme 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,

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

blízkých 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 dekurzu v chronologickej postupnosti všetky výkony, ktoré sa u osoby vykonali vrátane podanej terapie a údaje o zmene zdravotného stavu osoby.

(5) Zápis o vykonanom výkone obsahuje:

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

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

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

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

Čl. VI **Zdravotná dokumentácia**

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

- a) chorobopis, alebo pôrodopis vrátane zápisu lekára alebo pôrodnej asistentky o príjme osoby,
- b) záznam o hospitalizácii,
- c) lekárska prepúšťacia správa vrátane ošetrovateľskej prepúšťacej správy,¹⁰⁾
- d) dekurzy, v ktorých sú zapísané údaje v chronologickom poradí o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti,
- e) zápis vstupného posúdenia zdravotného stavu osoby vykonaného sestrou alebo pôrodnou asistentkou¹²⁾ (ak pôrodná asistentka 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 laboratórnych vyšetrení v chronologickom poradí (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné),
- h) výsledky zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení a iných v chronologickom poradí,
- i) záznamy konziliárnych vyšetrení, ak boli vykonané v chronologickom poradí,

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

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.

- 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 laboratórnych vyšetrení v chronologickom poradí (biochemické, hematologické, histologické, mikrobiologické a iné),
 - f) výsledky zobrazovacích techník, funkčných vyšetrení a iných v chronologickom poradí,
 - g) záznamy konziliárnych vyšetrení, ak boli vykonané v chronologickom poradí,
 - h) údaje o vystavení potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti alebo údaje o vystavení žiadosti o 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.

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