

## B) ZISTENÉ PORUŠENIA VO VEDENÍ ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

Nižšie uvedené sú úradom v rámci výkonu dohľadu za rok 2022 zistené porušenia vo vedení zdravotnej dokumentácie. Ustanovenia zákona č. 576/2004 Z. z. stanovujú obsahové náležitosti, členenie, rozsah zapisovaných údajov a pod. poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (vrátane vytvárania elektronických zdravotných záznamov v elektronickej zdravotnej knižke osoby).

Zdravotná dokumentácia je vedená nedostatočne, záznamy sú nedostatočného rozsahu, niektoré záznamy sú nečitateľné, niektoré záznamy neobsahujú identifikáciu zdravotníckeho pracovníka.
Z ošetrovateľských záznamov nie je pri liekoch ordinovaných podľa potreby jasné, či liek bol podaný. Ordinovaná infúzna liečba a psychiatrická medikácia v dekurzných záznamoch presne nekorešponduje s liečbou uvádzanou v liekovom liste. V lekárskych záznamoch chýbajú subjektívne údaje pacientky, zápis o stave vedomia, orientácii pacientky.
Nedostatočná identifikácia zdravotníckeho pracovníka v zdravotnom zázname, v niektorých záznamoch absentuje informovaný súhlas pacienta, chýba popis CTG záznamu.
Neúplnosť zdravotnej dokumentácie, absentuje záznam o resuscitácii.
Chýbajú subjektívne údaje pacientky, poučenie a informovaný súhlas.
Vzhľadom na závažné nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie je poskytnutá zdravotná starostlivosť ťažko hodnotiteľná. Absentuje objektívny záznam z vyšetrenia pre udávané bolesti nôh, bližšia anamnéza týkajúca sa kašľa. Pacientke boli bez vyšetrenia predpísané antibiotiká.
V zdravotnej dokumentácii pod záznamom z daného vyšetrenia absentuje informovaný súhlas pacienta, resp. pacientom podpísané odmietnutie odporúčaného vyšetrenia na inom pracovisku.
Diskrepancie medzi popismi dekubitov, v dokumentácii v objektívnom náleze je zápis o ťažko priehmatnom bruchu pre obezitu, sestrami dokumentovaná kachexia, aj v prijímacej lekárskej správe je zápis o astenickom habite, v lekárskych prepúšťacích správach v odporúčaniach nie je zápis o spôsobe ošetrovania rán, v lekárskych dekurzoch sú v objektívnych vyšetreniach napísané nálezy, akoby mal daný pacient obe predkolenia.
Polymorbídna pacientka v septickom stave, s hemodynamickou nestabilitou, nebola počas hospitalizácie na internom oddelení dostatočne monitorovaná. Napriek údajom o opakovanom zvracaní fekaloidného obsahu, nemala pacientka zavedenú nazogastrickú sondu.
Chýba poučenie a informovaný súhlas.
Záznamy v zdravotnej dokumentácii sú nedostatočne výpovedné, v niektorých dňoch absentujú záznamy sestier z nočnej služby. Zápisy sestier o realizácii komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta sú celkovo strohé s malou výpovednou hodnotou. V zdravotnej dokumentácii nie sú zhodnotené všetky EKG záznamy. V zdravotnej dokumentácii sa nenachádza písomný informovaný súhlas pacienta.
Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu - chýba prijímacia správa, nie sú zaznamenané saturácie.
O vyšetrení v zdravotnej dokumentácii je zápis písaný rukou (bez podpisu, pečiatky), stručný, heslovitý.
Dokumentácia o všeobecnej zdravotnej starostlivosti v sledovanom období, poskytovaná dohliadaným subjektom, obsahuje jediný zápis (presný dátum nie je možné určiť, nakoľko je prepisovaný) pri prijatí pacientky do zariadenia. O vyšetrení je v dokumentácii len stručný zápis písaný rukou bez identifikácie zdravotníckeho pracovníka, bez podpisu a pečiatky.
Záznamy v zdravotnej dokumentácii sú strohé, minimálne vypovedajú o stave pacienta, opakovane sú diskrepancie medzi údajmi v dekurzných záznamoch a v prepúšťacej správe.

Nepopísaná RTG snímka, nedokumentovaný výsledok PCR testu, chýbanie prijímacej správy, vstupného vyšetrenia sestrou, dekurzy vedené sestrami sú nedostatočne výpovedné. Ošetrovateľská starostlivosť je na základe dokumentácie počas hospitalizácie nehodnotiteľná.
Vyšetrenia z traumatologickej ambulancie neobsahujú informovaný súhlas.
Písomný záznam z vyšetrenia v chirurgickej ambulancii bol insuficientný, nedokumentoval rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti.
V rámci očného predoperačného vyšetrenia absentuje záznam o type plánovanej operácie. Prepúšťacia správa obsahuje chybné záznamy, v ktorých je uvedené, že išlo o nekomplikovanú operáciu sivého zákalu obojstranne s implantáciou umelej vnútro-očnej šošovky v lokálnej anestéze; pri predoperačnom očnom vyšetrení bola šošovka transparentná obojstranne.
Na dokumente „Zoznam liekov“ chýba dátum a podpis pracovníka, ktorý rozpis liekov vyhotovil. V Zázname o zhodnotení zdravotného stavu osoby chýba v závere uvedenie sesterských diagnóz.
Viaceré zápisy v zdravotnej dokumentácii sú nečitateľné.
V písomnom zázname z predoperačného vyšetrenia pacienta bolo v závere uvedené „Pacientovi bol vydaný recept na kvapky, ktoré si bude kvapkať 3xdenne 3 dni pred operáciou. Takisto obdržal aj recept na kvapky, ktoré si bude aplikovať po operácii.“ V Prepúšťacej správe je v závere uvedené: „Pokračovať v kvapkaní od nasledujúceho dňa po operácii 3x1.“ V písomnom zázname z kontrolného vyšetrenia po operácii bolo v závere uvedené: „Terapia: ďalej.“ Uvedené zápisy nie sú správne. Zdravotná dokumentácia musí obsahovať presný názov liečiva, dávkovanie a spôsob použitia.
V zdravotnej dokumentácii nie je uvedený dôvod indukcie pôrodu, chýbajú popisy/hodnotenia CTG záznamov.
Záznam z ambulantného neurologického vyšetrenia neobsahuje zákonným zástupcom podpísané poučenie a informovaný súhlas s navrhovanou liečbou.
Absentujú sesterské záznamy, zápisy o realizácii ošetrovateľských činností do príchodu resuscitačného tímu, ako aj zhodnotenie stavu v čase prekladu pacienta.
Zdravotná dokumentácia neobsahovala údaj o zdravotnej starostlivosti, ktorá bola pacientovi poskytnutá ošetrovateľom priamo na mieste úrazu ani o transporte pacienta z miesta úrazu na ošetrovňu.
Absentujú záznamy týkajúce sa vzniku a popisu dekubitov u pacienta a taktiež boli zistené nedostatky vo vstupných záznamoch ošetrovateľskej anamnézy.
V ošetrovateľskej dokumentácii chýbal zápis o vzniku hematómov, zaparenín - ako vznikli, boli však ošetrované, ale nie je zápis, či sa hematómy a zapareniny po ošetrovaní zmenšovali, či sa liečili. Pacient bol podľa priloženej fotodokumentácie opuchnutý, ale zápis v ošetrovateľskej dokumentácii chýba. Prijímacia vstupná a prepúšťacia sesterská dokumentácia nebola dôsledne vyplnená, došlo k pochybeniu zo strany sestier.
V zdravotnej dokumentácii chýba preukázateľný informovaný súhlas.
Na písomnom zázname z vyšetrenia pacienta nie je správne identifikovaný vyšetrujúci zdravotnícky pracovník (podpis a pečiatka nesúhlasia s menom vyšetrujúceho lekára).
Nekompletná charakteristika dekubitu a jeho vývoj na oddelení LDCH, nepoužitie správneho tlačiva. Chýba adekvátny popis dekubitu na chirurgickej JIS, chýba prepúšťacia správa sestry a chýba záznam o polohovaní pacientky v polohe SED.
Dokumentácia sestier sa obmedzuje na ošetrovateľské intervencie, ale bez reakcie klienta, bez správ o príjme stravy a tekutín, keďže mali diagnózu Znížený príjem potravy. Chýbajú údaje o pokožke - pri príjme klientky je uvedené „poškodenie kože“, nemáme k dispozícii údaje o stave končatín - opuchy, chôdza.

<p>V zdravotnej dokumentácii nie je uvedený pacientov diabetes, chronický problém s chrbticou a EDK - dokonca je opakovane udávaný stav: bez bolesti, napriek tomu, že pacient bol stále ubolený a bral aj analgetiká. Nie je uvedené pri konštatovaní dezorientácie - do akej miery a ako sa to prejavuje (...nevie, kde je..., ...nevie, koľko je hodín..., ...nevie, ako sa volá a pod). Prijatý bol ako orientovaný. Nedostatočné prekrvenie tkanív by sa malo nejakým spôsobom navonok prejavíť. To znamená, že dotknutá ošetrovateľská dokumentácia by mala byť presvedčivejšia, osobnejšia a uvádzajúca všetky jestvujúce problémy. Je značne formálna.</p>
<p>Zdravotný záznam pre pracoviská vnútorného lekárstva bol sestrou vyplnený iba čiastočne, viaceré údaje sa zo záznamu sesterského posúdenia zdravotného stavu pacienta nedajú získať, pretože sú buď nevyplnené, alebo nečitateľné. Text v časti „Stanovenie sesterských diagnóz pri prijíme“ je nečitateľný a bez zadefinovania sesterských diagnóz.</p>
<p>Absencia informácie pre pacienta o možných komplikáciách pri implantácii trifokálnej šošovky – dlhšia adaptácia na ostré videnie, sťažené videnie večer, rozmazávanie svetla – v informovanom súhlase s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou.</p>
<p>Na lekárskej správe bol odtlačok pečiatky iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>
<p>Záznam o zhodnotení zdravotného stavu osoby neobsahoval vyplnené dôležité súčasti záznamu ako nezaznamenanie množstva objektívne podaného fyziologického roztoku, nezaznamenaná prítomnosť/neprítomnosť niektorých klinických príznakov (bolesť, neurologický nález), nezaznamenaná realizácia/nerealizácia niektorých výkonov (dýchacie cesty, časy meraní vitálnych funkcií, čas podania fyziologického roztoku, čas transportu), mená posádky boli nečitateľné.</p>
<p>Absencia zápisu o nežiaducej udalosti (zošuchnutí pacienta alebo páde ap.), absencia popisu skrátenej končatiny a dôvodu indikovania RTG vyšetrenia pacienta.</p>
<p>Zápis z vyšetrenia zuba nebol úplný, v zdravotnej dokumentácii sa nenachádzali informované súhlasy pacientky s extrakciou zubov, absentovali zápisy o ďalšom diagnostickom alebo liečebnom postupe po zavedení implantátov, nebolo uvedené, aký je stav extrakčnej rany.</p>
<p>Použitie nesprávneho tlačiva ako informovaného súhlasu; nevypracovanie operačného protokolu.</p>
<p>V zázname o zhodnotení zdravotného stavu absentovali údaje o základných vyšetreniach - vyšetrenie dýchacích ciest, vyšetrenie cirkulácie, srdca, kože, neurologický nález, očné reflexy; neboli zaznamenané časy podania liekov, ventilácia, slovné vyjadrenie predpokladaných diagnóz; nečitateľné mená členov zásahovej skupiny.</p>
<p>Absentovali záznamy s detailným popisom priebehu výkonov (typ anestézie, špecifikácia žíl, na ktorých bol výkon realizovaný a ich rozsah ošetrenia...); nebol vypracovaný záznam o konzultácii stavu s pacientkou, na informovaných súhlasoch a na záznamoch z vyšetrení absentovali pečiatky lekára.</p>
<p>V zdravotnej dokumentácii pacientky absentovala informácia pre pacienta o možných komplikáciách pri implantácii trifokálnej šošovky – dlhšia adaptácia na ostré videnie, sťažené videnie večer, rozmazávanie svetla.</p>
<p>Na lekárskej správe z vyšetrenia pacientky bol odtlačok pečiatky iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>
<p>V operačnom protokole očí absentovali vzniknuté peroperačné komplikácie; v operačnom protokole očí nebola uvedená identifikácia operátora, iba identifikácia lekára, ktorý operačné protokoly vyhotovil.</p>
<p>Kontrolný protokol bezpečnej operácie neobsahoval identifikáciu a podpis operátora a sestry.</p>
<p>Absentovali záznamy o priebehu operácií, záznam o odporúčanom výkone a záznam o vyšetrení pacientky.</p>
<p>Lekárske správy z pooperačných vyšetrení sú zapísané pod hlavičkou iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Na lekárske správy sú odtlačky pečiatky iného poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.</p>

<p>Sesterské záznamy typu „Program z vizity vybavený“ nie sú plnohodnotnými zápismi o poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti. V ošetrovateľskej prepúšťacej správe sestra neuviedla, v ktorých oblastiach pretrvávali problémy sebaopatery u pacienta (výživa, vylučovanie, hygiena, mobilita, aplikácia injekcií, starostlivosť o ranu). Ďalej nebola uvedená žiadna informácia o stave kože a predilekčných miestach pacienta.</p>
<p>Záznamy v zdravotnej dokumentácii boli nezrozumiteľné, neúplné, chýbala súvislosť medzi subjektívnymi údajmi, objektívnym nálezom a diagnostickým zhodnotením, ktoré v mnohých zápisoch absentovali.</p>
<p>Nedostatočné opisy klinického stavu, nedostatočný obsah informovaného súhlasu, záznamy z vyšetrení nepodpísané, nepotvrdené pečiatkou, bez mena ošetrojúceho lekára, neprípustné skratky mien.</p>
<p>Zo zdravotnej dokumentácie nie je jasné, aké presné diagnózy boli stanovené, o aké zubné kazy išlo, pre akú diagnózu bola urobená trepanácia, nie je jasný plán ošetrovania, či bol a kedy bol pacient objednaný na jednotlivé ošetrovania.</p>
<p>Zápisy v dokumentácii boli nečitateľné, nie v chronologickom poradí, neboli uvedené meno a priezvisko pracovníkov - len nečitateľné podpisy, chýbali pravidelné zápisy o zmene zdravotného stavu, potrebách a problémoch osoby, slovné vyjadrenie sesterskej diagnózy, stručný popis poskytnutého výkonu a vyhodnotenie, čitateľný podpis sestry.</p>
<p>Zápis do zdravotnej dokumentácie má obsahovať identifikáciu zdravotníckeho pracovníka, odtlačok pečiatky, v záznamoch dopisovaných perom má byť uvedené, kto záznam vykonal, prečo je takto záznam vedený, dátum a čas zápisu.</p>
<p>Chýbajúci zápis o zhodnutí vyšetrenia rohovkovým topografom; chýbajúci záznam o indikácii, dôvode v prípade ďalšej operácie, absencia dvoch operačných protokolov z operácií vykonaných na pracovisku.</p>
<p>Niektoré záznamy boli nečitateľné, bez uvedenia identifikácie zdravotníckeho pracovníka a dátumu dopísania údajov, absentoval čitateľný podpis a odtlačok pečiatky dopisujúcej osoby. Písomné informácie boli na niektorých miestach prečiarknuté, sporadicky sa vyskytovali záznamy bez časového údaje zápisu. V denných dekurzoch absentovali zápisy sestier o sledovaní pacientky a poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.</p>
<p>Zdravotné záznamy pre pracoviská vnútorného lekárstva a prekladové ošetrovateľské správy boli vypísané nepresne a neúplne - mali byť zaznamenané všetky výkony, ktoré sa u pacientky vykonali a všetky údaje týkajúce sa zmeny jej zdravotného stavu vrátane zápisu sesterských diagnóz pri zmene zdravotného stavu, absentoval popis, hodnotenie dekubitu, zápisy o cievnych vstupoch, o ich kontrole a ošetrovaní, o prevencii rizika v súvislosti s infekciou, o riešení bolesti, tolerovaní stravy, starostlivosti o NG sondu a PMK; absentovalo písomné vyhodnotenie poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti; absentovali záznamy o odporúčanom zavedení karanténnych opatrení, zavedení protiepidemického režimu v starostlivosti o pacienta s výskytom multirezistentných mikroorganizmov.</p>
<p>Nesprávne identifikácie ošetrojúceho lekára: chýbal presný dátum a hodina ošetrovania, neboli uvedené objektívne klinické symptómy ani subjektívne problémy pacientky, neboli stanovené diagnózy ochorenia pre indikované terapeutické výkony, na RTG snímke nebol označený druh zuba a dátum realizácie vyšetrenia, nebol správne vedený informovaný súhlas pacientky.</p>
<p>Zápis do dekurzu bez kompletizácie objektívneho nálezu, absencia členenia nálezu na anamnézu, subjektívny, objektívny nález, absencia záveru s odporúčením kontroly.</p>
<p>V opisnej časti hodnotenia MR mozgu bol nepresne definovaný počet nových lézií a typ jednej lézie, oprava zápisu v popise MR mozgu z daného dňa (Progresia - nie prečiarknuté perom, rukou zapísané áno) sa mala vykonať novým zápisom, ktorý by obsahoval dátum opravy, znenie opravy zápisu a identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, ktorý opravu vykonal.</p>

<p>Pri prijme nebol údaj o čase odtoku plodovej vody, nebola uvedená diagnóza pri prijatí a popis vstupného CTG nálezu o 02,29 hod., následne o 15,57 hod. a o dva dni o 15,48 hod. - v rannej vizite daného dňa bol údaj o čirej plodovej vode, čo vzhľadom na anamnézu odtoku skalenej plodovej vody je možné považovať za sporný údaj; pred pôrodom v každej rannej vizite bol ordinovaný ultrazvuk; prietoky - neboli v dokumentácii nálezy týchto vyšetrení; po pôrode nebol žiadny údaj o popôrodnej hypotónii, o klinickom stave, krvnej strate, diagnosticko-terapeutickom postupe (uvedený len zoznam medikácie); nebol vystavený a podpísaný súhlas s podaním transfúzie krvi pacientke.</p>
<p>Absencia zápisu lekára do zdravotnej dokumentácie o výsledku vyšetrenia, zhodnotenie nálezu, algoritmus ďalšieho postupu.</p>
<p>Chýbajúci podpis pacienta na informovanom súhlase - nedodržaná chronologická postupnosť jednotlivých vyšetrení v priebehu observácie a chýbajúce záznamy o podanej terapii na urgentnom prijme; anonymita ošetrovujúcich lekárov v zápisoch na urgentnom prijme, absencia mien, podpisov, odtlačkov pečiatok.</p>
<p>Absentoval informovaný súhlas pacientky s laserovým terapeutickým výkonom (IncontiLase, ProlapLase) a jej poučenie o možných komplikáciách a rizikách tohto výkonu vrátane novej neúspešnej liečby.</p>
<p>Absentoval popis RTG snímky, presná diagnostika indikácie k extrakcii zuba, množstvo podaného anestetika, diagnostický záznam poextrakčnej komplikácie.</p>
<p>Neboli popísané postupy a pôrodnické manévry, ktoré sa vykonali na extrakciu plodu pri dystokii ramienok.</p>
<p>V operačnom protokole nie je uvedený operatér, nie je dostatočne zdokumentovaný priebeh operácie, rozsah prípadného použitia femtosekundového lasera, nie sú zaznamenané individuality priebehu operácie, nie je zaznamenaná špecifikácia šošoviek, ktoré boli pacientke implantované. V prepúšťacej správe nie sú uvedené údaje o vykonaných operačných výkonoch s bližšou špecifikáciou, nie je uvedená špecifikácia šošoviek, ktoré boli pacientke implantované.</p>
<p>Nedostatočné sledovanie tekutinovej bilancie (prijem, výdaj) a rýchlosti podávania infúznej liečby. Chýba podpis a pečiatka lekára, ktorý vykonal vizitu a chýba podpis rodiča v prepúšťacej správe. Nie je jasne zdôvodnená indikácia infúznej liečby.</p>
<p>V zdravotnej dokumentácii chýba písomné odmietnutie udelenia informovaného súhlasu, ktorý by preukázateľne a nespochybniteľne preukázal spôsob poučenia, obsah poučenia s ohľadom na riziká a možné následky odmietnutia navrhovaného postupu.</p>
<p>Rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti pacientke nebol písomne v zdravotnej dokumentácii v dvoch dňoch dohliadaným subjektom zaznamenaný.</p>
<p>Zdravotná dokumentácia počas hospitalizácie pacienta neobsahovala popis vývoja, ošetrovateľské zhodnotenie charakteru a rozmer dekubitov v sakrálnej oblasti, nebol správne určený stupeň poškodenia kože a tkaniva v sakrálnej oblasti. Zdravotná dokumentácia neobsahuje obrazovú dokumentáciu zistených dekubitov.</p>
<p>Zdravotná dokumentácia z hospitalizácie pacientky na covidovom oddelení dlhodobo chorých neobsahovala jednoznačné údaje o čase odstránenia nasogastrickej sondy, záznam o počte stolíc a ich charakteristike, v prepúšťacej správe nie je pacientke odporučená žiadna diéta, z prepúšťacej správy nevyplýva, že pacientka dostala lieky na 3 dni.</p>
<p>Nie je správne popísané vedenie pôrodu v II. dobe pôrodnej. Pri dystokii ramienok musí byť priebeh pôrodu popísaný adekvátnym spôsobom so správnou medicínskou terminológiou jednotlivých pôrodných manévrov. Priebeh pôrodu musí byť zdokumentovaný exaktne, pretože niektoré manévry môžu mať za následok aj vznik niektorých poranení plodu a rodičky, ktoré však vznikli ako následok záchrany života plodu.</p>
<p>Zdravotná dokumentácia počas hospitalizácie pacientky neobsahovala záznam o hlásení vzniku mimoriadnej udalosti po operačnom zákroku, denné záznamy o liečbe a ošetrovaní, podrobnejší údaj o rozsahu a veľkosti a zhodnotenie hojenia vzniknutej popáleniny.</p>

Zdravotná dokumentácia počas hospitalizácie pacientky neobsahovala ošetrovateľské zhodnotenie stavu pacientky a jej potrieb, ich napĺňanie v rámci ošetrovateľského procesu, len plánované intervencie bez zaznamenania ich vykonania v čase a kým boli vykonané.
Zdravotná dokumentácia v časti vedenia pôrodu v II. dobe pôrodnej nebola vedená správne.
Záznamy z distančnej formy poskytovania zdravotnej starostlivosti sú strohé, neobsahujú všetky dôležité údaje o zdravotnom stave pacienta i keď boli poskytnuté dcérou telefonicky.
Zdravotná dokumentácia počas hospitalizácie pacientky neobsahovala ošetrovateľské zhodnotenie stavu pacientky a jej potrieb, ich napĺňanie v rámci ošetrovateľského procesu, len plánované intervencie bez zaznamenania ich vykonania v čase a kým boli vykonané.
V zázname v zdravotnej dokumentácii z vykonaného USG vyšetrenia v II. trimestri (morfologický ultrazvuk) chýba údaj o morfológii plodu.
V zápisoch v zdravotnej dokumentácii chýba identifikácia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, chýba v zápise údaj o diagnóze, na základe ktorej boli predpísané lieky.
Zápis v zdravotnej dokumentácii bol nepravdivý - obsahoval údaje o výkonoch, ktoré reálne neboli vykonané.
Zápisy v zdravotnej dokumentácii sú zle čitateľné.
Nedostatočné a nepresné dokumentovanie ošetrovateľských postupov počas návštev u pacienta - nie je lokalizovaná strana postihnutej končatiny, nedostatočné informácie o lokálnom náleze, vzhľad defektu, okolie defektu, secernácia, chýba zápis o jednotlivých úkonoch pri ošetrovaní - čistenie rany, dezinfekcia, aplikácia liečiv, zavedenie drénov, krytie, nie je zápis o informovaní pacienta o jednotlivých úkonoch, ktoré sa budú realizovať. V dokumentácii chýbajú zápisy a ordinácie z vyšetrenia pacienta v cievnej ambulancii.
V zápise absentujú údaje o aktuálnom náleze z vyšetrenia pacientky. Zápis v zdravotnej dokumentácii neobsahuje dostatočný popis aktuálneho zdravotného stavu pacientky aj v súvislosti s predpisom lieku na žilovú nedostatočnosť. V zápise absentuje údaj o podaní vakcíny.
V zdravotnej dokumentácii absentuje záznam, odkedy má pacientka dekubity a ich popis (lokalizácia, veľkosť).
V zdravotnej dokumentácii absentujú záznamy o ošetrovateľskej starostlivosti. Absentuje záznam, či podávanie liekov Degan, Nolpaza bolo konzultované lekárom. Po podaní glycerínového čipku a neskôr Duphalacu absentuje v zdravotnej dokumentácii výsledok danej intervencie, t. j. kedy bola stolica, resp. či bola stolica. Zápisy v ošetrovateľskej dokumentácii sú nedostatočné, resp. nekorelujú s údajmi pri prijíme pacientky na hospitalizáciu.
V zápise chýba údaj o diagnóze, na ktorú bola ordinovaná liečba Vankomycínom.
Zápisy v dekurze sú ťažko čitateľné.
V lekárskej správe – náleze z ústavnej pohotovostnej služby internej ambulancie nie je zaznamenaný čas prevzatia pacientky od posádky rýchlej záchrannej pomoci, resp. nie je uvedený čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, ak bol odlišný od dátumu a času zápisu. Na EKG záznamoch je zmatečne uvedený čas realizácie vyšetrenia.
Zdravotná dokumentácia je nečitateľná a nezrozumiteľná (výkon dohľadu možný len na základe prepisu rukou písaných textov na PC). V zdravotnej dokumentácii absentuje záznam o odoslaní pacientky na špecializované pracovisko za účelom realizácie kombinovaného prvotrimestrálneho skríningu metodikou „OSCAR“.
V zdravotnej dokumentácii počas hospitalizácie pacientky na gynekologicko-pôrodnickom oddelení absentuje popis a vyhodnotenie CTG.
V zdravotnej dokumentácii počas hospitalizácie pacientky na gynekologicko-pôrodnickom oddelení absentuje popis, vyhodnotenie a verifikácia lekárom – CTG. V pôrodopise nie je pečiatka a podpis primára gynekologicko-pôrodnického oddelenia v súvislosti s pôrodom, pri ktorom bol prítomný.

V zdravotnej dokumentácii absentuje zápis o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti - ordinácia infúznej terapie vrátane uvedenia názvu konkrétneho infúzneho prípravku a podaného množstva, ordinácia RTG vyšetrenia brucha a laboratórnych vyšetrení. Absentuje záznam o poučení a informovanom súhlase pacienta s poskytnutou zdravotnou starostlivosťou.
V zdravotnej dokumentácii nie je zaznamenaný aktuálny objektívny nález pri prijatí vrátane lokálneho nálezu na pravom predkolení (skopírovaný záznam z predošlého vyšetrenia), nie je uvedený aktuálny nález RTG hrudníka /verzus predošlý/, ani aktuálna hodnota CRP.
Vo vystavenom výmennom lístku na angiologické vyšetrenie absentuje popis zdravotného stavu pacientky a minim. uvedená predbežne stanovená diagnóza. V objektívnom náleze nie je zaznamenané, na ktorej dolnej končatine je patologický nález; nie je zaznamenané, že pacientka absolvovala druhú dávku očkovania proti COVID-19. Pri všetkých vyšetreniach v dohliadanom období absentuje záznam o poučení a informovanom súhlase pacientky s diagnostickými a terapeutickými postupmi.
Pri jednotlivých vyšetreniach v dohliadanom období absentujú záznamy o poučení a informovanom súhlase pacientky s diagnostickými a terapeutickými postupmi.
Pri popise RTG stehna, kolena, predkolenia je v zdravotnej dokumentácii zaznamenané: v oblasti distálnej fibuly prerušenie kortiky subperiostálne, pričom zo stanovenej diagnózy - Epiphyseolysis dist. tibiae l. dx. SH II., ako aj zo záznamov v zdravotnej dokumentácii vyplýva, že išlo o poranenie tibie a nie fibuly.
Pri vyšetrení nie sú zaznamenané údaje o dátume, čase a okolnostiach úrazu.
Rukou písané záznamy v dekurzoch na gynekologicko-pôrodnickom odd. sú nečitateľné. Nie je uvedený názov preparátu, ktorým bola realizovaná indukcia pôrodu (zaznamenané len PG 50 mg). V dekurze gynekologicko-pôrodnického oddelenia o 15.10 hod. je nesprávne zaznamenané „vzhľadom na susp. CTG záznam...“ - keďže silentný typ krivky je záznam patologický.
V zdravotnej dokumentácii (dekurzy, prepúšťacia správa, výsledky vyšetrení) absentuje záznam a popis so záverom RTG hrudníka.
V zdravotnej dokumentácii z oddelenia dlhodobo chorých je objektívne vyšetrenie pri prijatí kompletne skopírované (okrem aktualizácie tlaku krvi a pulz. frekvencie) z prijímacej správy z oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny, čo nekoreluje so zdravotným stavom pacienta, uvedeným pri prepustení z oddelenia anestéziológie a intenzívnej medicíny. Prijímacia správa je označená ako prepúšťacia a prepúšťacia správa ako prijímacia. V zdravotnej dokumentácii absentuje popis EKG pri prijatí na oddelení dlhodobo chorých.
Pri vyšetrení pacienta v ambulancii vnútorného lekárstva, v CP - ambulancii vnútorného lekárstva a pri prijatí na odd. vnútorného lekárstva s JIS-M nie sú v objektívnom náleze zaznamenané údaje: hepatomegália, hmatná obrovská tumorózna rezistencia v malej panve a trofické zmeny a varixy na DK (viď SPG - prijímacia správa na OAIM ). Počas hospitalizácie pacienta na odd. vnútorného lekárstva s JIS-M v zdravotnej dokumentácii – v dekurze absentujú priebežné záznamy lekára týkajúce sa priebežného hodnotenia klinického stavu v súvislosti s podávanou terapiou, resp. zmien či zhoršenia zdravotného stavu, ktoré bolo dôvodom privolania AIM konzília s následným prekladom na OAIM. Počas hospitalizácie pacienta na odd. vnútorného lekárstva s JIS-M v zdravotnom zázname pre pracoviská JIS a AIM absentuje ordinácia katecholamínov, pričom v prepúšťacej (prekladovej) správe v epikríze aj v poslednej medikácii je uvedená.
V zdravotnej dokumentácii z vyšetrenia pacienta v ambulancii všeobecného lekára absentuje záznam o poučení a informovanom súhlase.

*Urad má povinnosť anonymizovať zverejňované údaje.*