

## B) ZISTENÉ PORUŠENIA VO VEDENÍ ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE

Nižšie uvedené sú úradom v rámci výkonu dohľadu za rok 2023 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).

Absentoval biologický faktor zubov, PBI index, druh a názov použitých výplňových materiálov, anamnestický dotazník a informovaný súhlas.
Neboli zapísané realizované intervencie (pravidelné kontroly pacienta) z nočnej služby na OVL. Nad rámec uvedených nedostatkov vo vedení ošetrovateľskej dokumentácie na OVL úrad upozorňuje na nedôsledné zápisy: v zázname Observačná tabuľka pre skóre včasného varovania boli údaje sat. O2 zapísané v kolónke pre zápis koncentrácie a prietoku kyslíka; v dekurze boli zapísané intervencie v súvislosti so zavedením PMK, ale pacient mal PMK zavedený až na štvrtý deň; údaj o oxygenoterapii, ktorý mal byť evidovaný hneď od prijatia, bol zapísaný až na druhý deň. Nevhodné používanie pečiatky primárky geriatrického oddelenia ako ošetrojúcej lekárky u pacientov hospitalizovaných na OVL.
Pri prijatí nesvojprávneho pacienta na hospitalizáciu OVL nebol podpísaný informovaný súhlas zo strany jeho opatrovníčky.
Boli zistené nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie na chirurgickej klinike: absentovalo poučenie a podpísaný informovaný súhlas s plánovaným konkrétnym operačným výkonom (TMT amputácia); v dekurze chýbal presný a čitateľný zápis lekára o nepodaní medikácie ev. o upozornení nepodať predpísanú - ordinovanú medikáciu; v dekurze chýbal zápis o podaní transfúzií. Boli zistené aj nedostatky vo vedení zdravotnej dokumentácie na KAIM: absentovalo poučenie o anestézii a podpísaný informovaný súhlas; nebol dostatočne vyplnený Záznam o anestéze - chýbalo zhodnotenie anestézie a ordinácia po anestézii, nebola uvedená veľkosť prietoku dýchacích plynov v zmesi, dávka Sevoranu, riedenie noradrenalinu a jeho dávka.
Pri vstupnom zápise sesterského posúdenia stavu pacienta neboli zadefinované sesterské diagnózy; nebol vypracovaný Návrh zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately ani Ošetrovateľský plán; v zápisoch o podaní neordinovaného analgetika chýbal presný čas podania a dávka lieku.
Zápisy sestier boli s malou alebo žiadnou výpovednou hodnotou (takmer všetky boli len o polohovaní a podaní terapie); sestry neevidovali vyšetrenia lekárom.
Zápisy sestier boli s malou výpovednou hodnotou (napr. pacient opakovane absolvoval psychiatrické vyšetrenia s úpravou terapie, ale medzi psychiatrickými vyšetreniami neboli popisované žiadne zmeny správania; v zápisoch o oxygenoterapii - chýbal dátum začatia, ukončenia podávania a zdôvodnenie podávania - aké mal pacient ťažkosti, ako dlho trvali, v akej dávke sa kyslík podával, prečo sa ukončilo podávanie; absentovali zápisy o návšteve VLPD; o informovaní VLPD po prepustení pacienta z hospitalizácie; v deň, kedy bol pacient späť privezený z ÚZZ sestra neúplne popísala stav dekubitov); absentovali dekurzné záznamy.
Pred začatím implantologickej liečby nebolo zadokumentované klinické vyšetrenie ani opis stavu chrupu, vitality zubov, stav tvrdých tkanív v mieste implantácie, dôvod implantácie, popis RTG snímky; chýbal anamnestický dotazník o aktuálnom zdravotnom stave pred zahájením liečby implantátmi; neúplné zápisy v dekurzoch; chýbalo zdôvodnenie extrakcie zuba č. 44; pri ordinovaní ATB liečby nebola uvedená dávka a časový interval užívania ATB.
Pod dekurznými záznamami chýbala pečiatka a podpis lekára alebo stredného zdravotníckeho personálu, čas ordinácie liekov (pravý stĺpec v dekurze) nekoreloval s časovými údajmi vizít v strednej časti dekurzu, v pôrodopise na 4. strane neboli zaznamenané mená členov operačného tímu s pečiatkami a tiež absentovali údaje o novorodencovi (Apgar skóre).
Skiagrafické digitálne DX RTG AP vyšetrenia horného abdomenu mali mať erudovaný popis rádiológa, ktorý mohol naznačiť zmeny v oblasti epigastria, malo byť explicitne zaznamenané revidovanie CT vyšetrenia.
Pri KPR nebola uvedená dávka adrenalinu ani cesta podania.
V jednom zo zdravotných záznamov sa nenachádza informovaný súhlas pacienta. Oprava zápisu je nedostatočného rozsahu.
Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu, v niektorých dňoch absentuje zápis z vizity lekárom, niektoré záznamy sú nečitateľné, niektoré dátumy sú prepisované.

V záznamoch sú nepresné a neúplné zápisy vyšetrenia, klinického obrazu, liečby a diagnóz; poučenie a informovaný súhlas s endodontickým ošetrením nie je podpísané pacientkou.
Pri preventívnej prehliadke nie je dokumentovaná hmotnosť, dĺžka a obvod hlavy dieťaťa, aj pri kontrolných vyšetreniach dieťaťa tieto záznamy chýbajú; absentuje informovaný súhlas zákonného zástupcu dieťaťa.
Záznamy v zdravotnej dokumentácii sú nedostatočného rozsahu – lekárom nezaznamenaná indikácia podania liekov, chýbajú informované súhlasy s transfúznou liečbou.
Nezaznamenanie podávania oxygenoterapie.
Záznamy v zdravotnej dokumentácii sú nedostatočného rozsahu.
Záznamy v dekurze sú málo početné, nezachytávajú dostatočne monitorovanie a stav pacientky, liečebný a diagnostický postup a miestami sú ťažko čitateľné.
Záznamy o priebehu hospitalizácie sú strohé, nedostatočne vypovedajú o stave pacienta.
Pri preventívnej prehliadke realizovanej absentuje popis EKG.
Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu. Záznam z vyšetrenia je stručný (v anamnestických údajoch chýba čas trvania príznakov, nie je dokumentovaná telesná teplota, nie je dokumentované odporúčenie kontroly, chýba podpísaný informovaný súhlas pacientky, záznam neobsahuje odtlačok pečiatky a podpis lekárky).
Zápis z vyšetrenia je nedostatočného rozsahu, neobsahuje identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka.
Záznamy v zdravotnej dokumentácii sú nedostatočného rozsahu - viackrát v dokumentácii absentuje záznam lekára o ordinácii liečby, údaje o podaní liečby sa nachádzajú iba v záznamoch sestier.
Zdravotná dokumentácia nemá dostatočnú výpovednú hodnotu o celkovom stave pacienta (opakovane sa v nej nachádzajú kopirované záznamy; pri dokumentovaní dekubitov nie je uvedená ich bližšia konkretizácia, ani spôsob ošetrovania; nedostatočne je dokumentovaná lekárom ordinovaná saturácia O2).
Sesterské záznamy sú nedostatočného rozsahu, v niektorých dňoch absentuje zápis z vizity lekárom.
Neboli dostatočne odobrané anamnestické údaje, nebola realizovaná dostatočná diferenciálna diagnostika dyskomfortu na hrudníku, čím bol pacient vystavený riziku z omeškania.
Zápisy z vyšetrení v traumatologickej ambulancii neobsahujú podpísaný informovaný súhlas.
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.
Informovaný súhlas, ktorý je súčasťou zdravotnej dokumentácie je informovaný súhlas informujúci o operácii sivého zákalu/katarakty. Z obsahu nevyplýva, že by pacientka udelila súhlas so zákrokom PRELEX, nebola v ňom uvedená možnosť vzniku refrakčného prekvapenia, teda prítomnosť zvyškovej dioptrickej chyby. Nie je jednoznačne uvedená identifikácia pracoviska dohliadaného subjektu, ktorému mala pacientka súhlas udeliť.
Operačné protokoly nespĺňajú obsahovú štruktúru podľa požiadaviek uvedených v Odbornom usmernení MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie zo dňa 24. 9. 2009, číslo: 07594/2009 – OZS, Čl. III, ods. 5.
Zdravotná dokumentácia vyhotovená počas operácie nebola vedená správne.
Zdravotná dokumentácia vyhotovená počas hospitalizácie nebola vedená správne, pretože neobsahovala zápis lekára o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti vrátane predpísaných humánnych liekov v rozsahu názvu liečiva, cesty podania.
Záznam z vykonaného invazívneho zdravotného výkonu - operácie obidvoch očí, ktorý tvorí zdravotnú dokumentáciu, je vedený na tlačive v anglickom jazyku a chýbajú zákonom definované údaje - rodné číslo a adresa bydliska osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť, identifikačné údaje príslušnej zdravotnej poisťovne, identifikačné údaje poskytovateľa, rozsah poskytnutej zdravotnej starostlivosti, záznam neobsahuje požadované údaje, a to údaje o priebehu liečby a ďalších významných okolnostiach (t. j. o doporučenej terapii v ďalšom období (na doma), indikáciu ďalších vyšetrení vrátane kontrolných vyšetrení, odporučený režim po operácii). V tlačive „Prehlásenie o poučení a informovaný súhlas“ je uvedená diagnóza Keratokonus ľavého oka a súhlas s jeho liečením napriek tomu, že u pacientky táto diagnóza nebola zistená.
Zdravotná dokumentácia vyhotovená po operácii nebola vedená správne, pretože neobsahuje údaje o priebehu liečby a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom osoby, t. j. o doporučenej terapii v ďalšom období - na doma, indikáciu ďalších vyšetrení vrátane kontrolných vyšetrení, odporučený režim po operácii.
Zdravotná dokumentácia z ambulantného vyšetrenia pacientky nebola vedená správne, pretože neobsahuje údaje o priebehu liečby a ďalších významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom osoby, t. j. o doporučenom postupe pri zistení objektívneho nálezu na ľavom oku a jeho zdôvodnenie.
Zdravotná dokumentácia neobsahuje správne údaje o poučení a informovanom súhlase týkajúce sa nevýhod multifokálnych (trifokálnych) vnútroočných šošoviek.
V zdravotnej dokumentácii neboli uvedené údaje o indikácii na ukončenie pôrodu per VEX v dostatočnom rozsahu.

Zdravotná dokumentácia neobsahuje údaje o vykonanom invazívnom zdravotnom výkone, druhu vnútroočných šošoviek, ktoré boli pacientovi do očí implantované, o priebehu liečby a ďalších významných okolnostiach.
Zdravotná dokumentácia neobsahuje správne údaje o poučení a informovanom súhlase týkajúce sa nevýhod multifokálnych (trifokálnych) vnútroočných šošoviek.
Zdravotná dokumentácia neobsahuje komplexné údaje o anamnéze so zameraním sa na rozvoj aktuálnych zdravotných ťažkostí.
Záznam, ako a čím je ošetrovaná ústna dutina pacientky, sa v dekurze nenachádza. Zo zápisu v ošetrovateľskej dokumentácii nebolo celkom jednoznačné, či prebehla komunikácia medzi sestrami dohliadaného subjektu s lekárom a ani presný čas exitu pacientky.
Nie sú dôsledne vyplnené Záznamy o transfúzii. V záznamoch o transfúzii chýbajú údaje o overení krvnej skupiny ABO príjemcu a krvného prípravku pri lôžku, o vyšetrení moču chemicky pred a po ukončení transfúzie, o začiatku a ukončení transfúzie. Záznam Výsledok vyšetrenia Gastrofibroskopia neobsahuje identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka – chýba podpis a odtlačok pečiatky ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka. Neboli zaznamenávané vitálne funkcie (tlak krvi a pulzová frekvencia).
V lekárskom náleze nie je uvedená forma, dávka a spôsob podania lieku. V dokumentácii jednotlivých oddelení chýbajú písomné záznamy o zhodnotení nálezov kontrolných laboratórnych vyšetrení.
V dokumentácii z pohotovosti chýbajú niektoré základné anamnestické údaje: Nie je uvedený priebeh perinatálneho obdobia - minimálne, či išlo o donosené alebo predčasne narodené dieťa, čo je dôležité pre posúdenie rizík respiračného zlyhania. Nie je záznam, či boli vykonané pravidelné preventívne vyšetrenia a aký bol stav očkovania. V 3,5 mesiaci by už dieťa mohlo mať 1. dávku DTaP – VHB – HIB - Pneumokoky, opäť významné pre posúdenie obranyschopnosti proti život ohrozujúcim bakteriálnym infekciám (najmä invazívnym kmeňom Strept. pneumoniae a H. influenzae). V objektívnom náleze chýbajú údaje o stave výživy dieťaťa, stave hydratácie, počet pulzov, dychová frekvencia a údaj o meraní telesnej teploty. Dieťa, najmä dojča môže byť hypoxemické aj bez cyanózy. V anamnéze by mal byť údaj o riziku s ohľadom na sociálne znevýhodnené prostredie.
V diagnostickom závere pri prijíme pacienta nie je diagnóza dekubitov uvedená. Lekár v objektívnom vyšetrení nepopisuje rozsah a lokalizáciu dekubitov. Ošetrojúci lekár počas celej hospitalizácie pri denných vizitách ani raz rozsah a lokalitu všetkých dekubitov nepopísal, bližšie sa k nim nevyjadruje, neuvádza konkrétnu terapiu, len píše „pravidelné ošetrovanie dekubitov“. V odporúčaní v prepúšťacej správe, resp. v epikríze nie je uvedený dôvod, prečo bol permanentný močový katéter odstránený, napriek tomu, že ho mal pacient, ako je uvedené v príjmovej správe, už 2 roky a mal ho zavedený aj počas celej hospitalizácie. V odporúčanej medikamentóznej liečbe v prepúšťacej správe nie je uvedené a tak nie je jasné, či bola pacientovi medikamentózna liečba preskribovaná v deň prepustenia, taktiež absentuje odporúčanie konkrétnej lokálnej liečby dekubitov. V dekurzoch chýba identifikácia zdravotníckeho pracovníka (podpis, pečiatka)
Zdravotná dokumentácia je písaná rukou, miestami ťažko čitateľná až nečitateľná.
Zápis o dekubite v ľavej gluteálnej oblasti je len v ošetrovateľskom dekurze, chýba popis dekubitu v objektívnom náleze prijímacej správy, lekárske dekurzoch, prepúšťacej/prekladacej správe. U druhého poskytovateľa v prekladacej/prepúšťacej správe chýba informácia o páde pacientky. Zápis o dekubite v ľavej gluteálnej oblasti je len v ošetrovateľskom dekurze, chýba popis dekubitu v objektívnom náleze prijímacej správy, lekárske dekurzoch, prepúšťacej/prekladacej správe. V dekurzoch chýba priebežné epikritické zhodnotenie priebehu hospitalizácie s uvedením diagnostickej úvahy a ďalších plánov v diagnostike a liečbe zo strany ošetrojúceho lekára, primára.
Na Zázname o poučení a informovanom súhlase pacienta chýba vlastnoručný podpis pacientky, resp. uvedenie dôvodu, prečo pacientka nebola schopná podpisu; Meno a priezvisko lekára poskytujúceho poučenie iné, ako meno a priezvisko lekára na pečiatke. V lekárske dekurzoch v je meno a priezvisko lekára poskytujúceho zdravotnú starostlivosť iné, ako meno a priezvisko lekára na pečiatke. Zápis do zdravotnej dokumentácie neobsahuje zápis o realizovaní kontrolných snímok hrudníka, a neobsahuje výsledok týchto vyšetrení. Údaj o dávkovaní lieku Dexamed v Prepúšťacej správe (časť Odporúčaná liečba) nie je opravený novým zápisom, ktorý obsahuje dátum opravy, znenie opravy zápisu, identifikáciu pracovníka, ktorý opravu urobil.
V prekladacej/prepúšťacej správe chýba informácia o páde pacientky. Zápis o dekubite v ľavej gluteálnej oblasti je len v ošetrovateľskom dekurze, chýba popis dekubitu v objektívnom náleze prijímacej správy, lekárske dekurzoch, prepúšťacej/prekladacej správe. V dekurzoch chýba priebežné epikritické zhodnotenie priebehu hospitalizácie s uvedením diagnostickej úvahy a ďalších plánov v diagnostike a liečbe zo strany ošetrojúceho lekára, primára. U druhého poskytovateľa zápis o dekubite v ľavej gluteálnej oblasti je len v ošetrovateľskom dekurze, chýba popis dekubitu v objektívnom náleze prijímacej správy, lekárske dekurzoch, prepúšťacej/prekladacej správe.
V lekárskej správe nie je v anamnéze zdokumentovaný čas a spôsob merania telesnej teploty, v objektívnom náleze nie je uvedená telesná teplota. Identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý vyhotovil lekársku správu nie je dostačujúca – chýba podpis a odtlačok pečiatky zdravotníckeho pracovníka. Vstupný monitor pacienta na CP má nesprávne uvedený dátum, nie je uvedený čas vyhotovenia záznamu. Nie je možná identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý vyhotovil záznamy do Vstupného monitoru pacienta na CP (chýba čitateľné meno a priezvisko).

Nedostatočná a nejednoznačná dokumentácia ošetrovateľskej starostlivosti. Neúplná ošetrovateľská prepúšťacia správa.
V zdravotnej dokumentácii sú viaceré rukou písané sesterské záznamy a lekárske záznamy ťažko čitateľné. Písomný zápis v zdravotnej dokumentácii musí byť pravdivý a čitateľný.
Dekurz neobsahuje údaje o významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom pacienta a s postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti (prevoz na operačný sál, vrátenie pacienta späť na oddelenie a jeho opätovný presun na operačný sál, dôvod oddialenia operačného výkonu). Záznam časových údajov na samostatnom hárku papiera – ako súčasť predloženej zdravotnej dokumentácie pacienta, s informáciou kedy a prečo bol pacient vrátený späť na oddelenie bez realizácie operačného výkonu neobsahuje dátum, čas vyhotovenia záznamu a nie je preukázaná identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý záznam vyhotovil.
Pri protetickej náhrade – kovovokeramický mostík fixovaný na pilierových zuboch 35 a 37 absentuje údaj o použití fixačnom materiáli a jeho aplikácii, fixná náhrada vo veľmi krátkom čase po nasadení bola opakovane uvoľnená a bolo ju treba znova fixovať.
Chýba Informovaný súhlas s transfúznou liečbou, neobsahuje identifikáciu pacienta – meno a priezvisko, rodné číslo, adresa bydliska, chýba Informovaný súhlas s hospitalizáciou. Záznam v dekurze, ktorý podľa obsahu (zavedenie stentov na urológii. stav po hysterektómii) nepatrí do dekurzu pacienta je rukou prečiarknutý, chýba oprava záznamu novým zápisom, ktorý obsahuje dátum opravy, znenie opravy zápisu a identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, ktorý opravu vykonal. Identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý indikoval transfúziu v záznamoch o transfúzii nie je dostačujúca – chýba podpis a odtlačok pečiatky zdravotníckeho pracovníka. Záznam o transfúzii nie je dôsledne vyplnený – chýba vyznačenie typu a množstva krvného prípravku. Identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý vyhotovil lekárske záznamy, ošetrovateľské záznamy v dekurzoch nie je dostačujúca – chýba podpis a odtlačok pečiatky zdravotníckeho pracovníka.
Údaj o podaní humánneho lieku neobsahuje cestu podania, liekovú formu a množstvo liečiva v liekovej forme.
Lekársky nález neobsahuje čas vyšetrenia pacientky, cestu podania, liekovú formu a množstva liečiva v liekovej forme ordinovanej antibiotickej liečby, podaného liečiva Hydrocortison, neobsahuje údaj o informovanom súhlase. Zdravotná dokumentácia je písaná rukou, miestami je ťažko čitateľná. Nie je uvedený údaj o telefonicknej konzultácii, vrátane zdôvodnenia odoslania pacientky na Urgentný príjem. Absentujú zdravotné záznamy z poskytnutej zdravotnej starostlivosti, ktoré boli vykázané v zdravotnej poisťovni. U ďalšieho poskytovateľa - identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý vyhotovil lekársku správu, prijímaciu správu nie je dostačujúca - chýba podpis a odtlačok pečiatky zdravotníckeho pracovníka. Informovaný súhlas, ktorý je súčasťou lekárskej správy nie je podpísaný pacientom. Na žiadanke na RDG vyšetrenie v časti otázka je pôvodný zápis opakovane prečiarknutý rukou. Oprava zápisu nie je opravená novým zápisom, ktorý obsahuje dátum opravy, znenie opravy zápisu, identifikáciu pracovníka, ktorý opravu urobil. Pôvodný záznam neostal čitateľný. Identifikácia zdravotníckeho pracovníka, ktorý zaznamenal lekársku vizitu v rámci Zdravotného záznamu pre pracoviská JIS a AIM nie je dostačujúca - chýba podpis a odtlačok pečiatky zdravotníckeho pracovníka. Rukou písané záznamy lekárske vizít sú ťažko čitateľné až nečitateľné.
Identifikácia zdravotníckych pracovníkov, ktorí vytvorili lekárske záznamy v rámci dekurzov nie je dostačujúca - chýba podpis a odtlačok pečiatky zdravotníckeho pracovníka.
V ambulantných lekárske správkach chýba podpis pacienta pod poučením a informovaným súhlasom a chýba súhlas s prítomnosťou konateľa pri vyšetreniach. Predložené čestné vyhlásenia lekára, zdravotnej sestry, ktorí poskytovali zdravotnú starostlivosť pacientovi, a konateľa spoločnosti nemôžu nahradiť preukázateľný súhlas pacienta vo forme podpísaného informovaného súhlasu. Na zázname o vykonaní operačného výkonu chýbajú osobné údaje pacientky - rodné číslo, bydlisko, identifikácia zdravotníckych pracovníkov operačného a anestéziologického tímu, uvedenie druhu operačného výkonu, časový údaj začiatku a ukončenia operačného výkonu, identifikačné štítky s kódmi zdravotníckej pomôcky (silikónových implantátov, ktoré boli pri operácii vložené) CoGel, chýba uvedenie času vykonania zápisu. V rámci údajov o podanej terapii (Vulmizolin, Ondansetron, analgetiká) chýba forma, čas, dávka, spôsob podania, názov analgetík. V rámci odporúčania užívania lieku Zinnat nie je uvedená forma, čas, dávka, spôsob podania. Rukou písaný dekurz o pooperačnej starostlivosti a terapii poskytnutej pacientovi neobsahuje identifikáciu ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka/ov – chýba meno, priezvisko, podpis ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka, a ak má zdravotnícky pracovník pridelený číselný kód úradom pre dohľad, aj odtlačkom pečiatky, chýba čas, kedy bola pacientka prinesená z operačnej sály, čas kontrolného vyšetrenia pacientky, čas podania analgetika, čas prepustenia pacientky do domácej starostlivosti.
V rámci vyšetrenia v ambulancii neboli v dostatočnom rozsahu zdokumentované anamnestické údaje pacienta. V dokumentácii chýba záznam kto, kedy a s akou diagnózou indikoval EKG Holter monitoring. Nie je uvedený kedy, komu a akou formou boli prístupné závery EKG Holter monitoringu. U druhého poskytovateľa nebol vypracovaný protokol o úraze s poranením hlavy. Vzhľadom na to, že pacientka bola napojená na centrálny monitoring, v záznamoch chýba spätné vyhodnocovanie EKG záznamu za dlhšie časové obdobie z pamäte monitorovacieho systému.
Záznamy z ambulantných vyšetrení neobsahujú pacientom podpísané poučenie a informovaný súhlas.

<p>Zdravotná dokumentácia je písaná rukou, miestami ťažko čitateľná až nečitateľná, neprehľadná, škrтанá a prepisovaná, v niektorých prípadoch bez vyznačenia kto a kedy zmenu urobil. V dokumentácii absentuje pacientkou podpísaný negatívny reverz – nesúhlas s prekladom na chirurgické pracovisko, ktoré indikoval konzultovaný chirurg.</p>
<p>Absentujú nálezy z preventívnych gynekologických prehliadok, ako aj nález z ambulantného vyšetrenia (predložený úradu pacientom ako prílohy k podnetu), absentujú výsledky realizovaných laboratórnych vyšetrení – odberov krvi, výterov, nálezy z cytológie, biopsie, mamografie (súčasť podnetu). V rámci ambulantných vyšetrení absentuje meno, pečiatka a podpis vyšetrujúceho lekára, ako aj informovaný súhlas pacientky s vyšetrením a liečbou. V ďalších dokladoch je síce uvedené meno vyšetrujúceho lekára, chýba však jeho podpis a pečiatka, ako aj podpis informovaného súhlasu pacientky s vyšetrením a liečbou.</p>
<p>V náleze je veľmi stručne zhrnutá anamnéza ťažkostí pacienta, bez zhodnotenia klinického nálezu a výsledkov zobrazovacích vyšetrení, ktoré priniesol pacient so sebou. Chýbajú záznamy o lokálnom náleze a jeho eventuálnej progresii, medikácia a odporúčenia v zmysle zaťažovania, analgézie a eventuálnej tromboprophylaxie. Nie je jasné, prečo bol pacient odoslaný na špecializovanú onko - ortopedickú ambulanciu až takmer po ďalších 4 mesiacoch zhoršujúcich sa ťažkostí.</p>
<p>Nedostatočne vedené záznamy týkajúce sa sledovania stolice pacienta s hnačkou, t.j. záznamy o konzistencii, charaktere a počte stolíc. U pacienta s infekciou Clostridioides difficile bolo potrebné viesť podrobné denné záznamy o počte stolíc a ich konzistencii, farbe a pod.</p>
<p>Pacient nebol dostatočne hydratovaný, bilancia tekutín bola neúplná, chýbal údaj o výdaji tekutín. Nedostatočne dokumentovala objektívny stav pacienta a jeho zmeny. Má priveľa zložiek (napr. dvojitý dekurz), čím sa stáva nie len neprehľadnou, ale aj formálnou. Na tlačive „Kontrola glykémii glukometrom“ (rok neuvedený) absentujú hodnoty glykémie (uvedený je len deň a hodina odberu, bez nameranej hodnoty).</p>
<p>V ambulantných lekárskejších správach chýba podpis pacienta pod poučením a informovaným súhlasom. Chýba pacientom podpísané Poučenie a informovaný súhlas pacienta s liečbou.</p>
<p>V lekárskom náleze chýba forma, spôsob podania a presné dávkovanie liekov. Nie je preukázaná identifikácia ošetrojúceho zdrav. pracovníka. Nie je použitá pečiatka poskytovateľa. Na oboznámení s možnými dočasnými pretrvávajúcimi pooperačnými „halofenómami“ chýba identifikácia pacienta, identifikácia zdrav. pracovníka, ktorý poučenie poskytol a dátum a čas poskytnutia poučenia. Na zázname o oboznámení o výške zálohy a o uskutočnení operačného výkonu u iného poskytovateľa chýba dátum a čas zápisu. V lekárskom náleze nie sú uvedené názvy liekov, forma, dávka a spôsob podania. Chýba podpis pacienta pod poučením a informovaným súhlasom. Nie je správne a jednoznačne preukázaná identifikácia ošetrojúceho zdrav. pracovníka. Zápis o poskytnutej zdravotnej starostlivosti založený do zdravotnej dokumentácie osoby vedenej u poskytovateľa, ktorý bol úradu v rámci dohľadu predložený, nesúhlasí so zápisom, ktorý bol poskytovateľom pacientovi v daný deň vydaný (priložený k podnetu).</p>
<p>Písomný nález z vyšetrenia pacienta neobsahuje pacientom podpísaný informovaný súhlas s vyšetrením.</p>
<p>Chýba informovaný súhlas s CT vyšetrením s použitím intravenózneho kontrastnej látky, s podávaním transfúzneho liečby. Nie sú dôsledne vyplnené Záznamy o transfúzii.</p>
<p>V rámci všetkých ambulantných vyšetrení absentuje informovaný súhlas pacientky. V rámci nálezu pri odmietnutí CT a NMR vyšetrení, ktoré odporučila onkogynekologická komisia, ktoré podľa zdravotnej dokumentácie poskytovateľ pacientovi odmietol, absentuje negatívny reverz s podpisom pacientky, ako aj meno, priezvisko, podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára poskytovateľa.</p>
<p>V lekárskom náleze, v zápise do zdravotnej dokumentácie vo forme „Rozhodnutia Indikačnej komisie“ a „Zozname bezpečnostných kontrol pri výkonoch“, nie je preukázaná identifikácia zdravotníckeho pracovníka. Chýba informovaný súhlas s transforaminálnym epidurálnym podaním kortikoidov. Nie je dôsledne vyplnený informovaný súhlas s analgosedáciou event. celkovou anestéziou. Lekársky nález neobsahuje údaje o chorobe pacienta, významných okolnostiach súvisiacich so zdravotným stavom pacienta a s postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.</p>
<p>Záznamy z ambulantných vyšetrení sú identické, bez aktualizácie subjektívnych ťažkostí pacienta a zdôvodnenia zmeny terapeutického postupu, čo navodzuje dojem formálneho vedenia zdravotnej dokumentácie, ktorá nezodpovedala reálne realizovaným výkonom.</p>
<p>Na všetkých písomných záznamoch z ambulantného ošetrovania chýbajú podpisy pacientky pod informovanými súhlasmi.</p>
<p>V lekárskej prijímacej správe chýbal záznam o dekubitoch, nebol záznam o permanentnom močovom katétri (či pacient už prišiel so zavedeným katétrom, alebo bol zavedený pri prijatí) chýbal v lekárskom zázname podpis lekára.</p>
<p>Nie je objektivizovaná progresia základného ochorenia. Nenachádza sa onkologické konzílium, ktoré by považovalo stav pacienta z pohľadu základného ochorenia za infaustný. Podľa zverejneného „Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia (verzia prijatá výborom SSAIM dňa 20. 05. 2014)“, sa v Článku 6 uvádza: „Rozhodnutie o nezačatí alebo nepokračovaní v neúčelnej a márnejšej liečbe musí byť uvedené v zdravotnej</p>

dokumentácii. Zápis musí obsahovať epikritické zhodnotenie zdravotného stavu a medicínske zdôvodnenie rozhodnutia o ukončení intenzívnej a začatí paliatívnej starostlivosti." Absentuje avizované rozhodnutie troch lekárov o prechode na paliatívnu starostlivosť, je prítomný len jednoduchý zápis lekára o prechode na paliatívnu starostlivosť.
Chýbal záznam o podaní medikamentózne liečby v rámci realizovanej kardiopulmonálnej resuscitácie.
Záznamy v dekurzoch nekorešponujú so záznamom podania liekov. Po vyšetrení lekárom chýbal záver vyšetrenia, na základe čoho potom indikoval medikamentóznú liečbu, dávkovanie. V pôrodopise boli chyby v trvaní pôrodných dôb, stav plodu bol označený ako fyziologický, kričiaci, čulý, čo nekorešponovalo so skóre podľa Apgarovej (3,4,4) B36.
Vo väčšine ručne písaných lekárskej vizít, počas oboch hospitalizácií, chýba zapísaný čas vizity, pri niektorých vizitách chýba zápis objektívneho nálezu, nie je zo strany lekára zapísaný údaj o začiatku intenzívnejšieho krvácania pacienta, ktorý bol dôvodom prekladu na vyššie pracovisko, chýba popis CTG záznamu pred transportom in utero, chýba zápis odmietnutia „transportu in utero“ perinatologickým centrom.
Záznamy z vizít sú bez uvedenia údajov o čase poskytovania zdravotnej starostlivosti. Bol ordinovaný Degan per os aj i. v. bez zaznamenania údajov o dôvodoch indikácie. Podľa zápisu v ošetrovateľskom zázname bolo pacientovi podané KCl a NaCl v infúzii Plasmalyte, pričom v dekurze absentuje ordinácia lekára, ako aj zhodnotenie laboratórnych výsledkov lekárom.
Diskrepancia v záznamoch frekvencie stolice - dekurz verus teplotná tabuľka, diskrepancia v objektívnych nálezoch DK pri vizitách (dekurzy) - opuchy striedavo sú a nie sú prítomné. V dekurzoch absentujú popisy, resp. zhodnotenie realizovaných EKG vyšetrení.
Použitie nesprávneho tlačiva, nevypracovanie operačného protokolu.
Absencia Informovaného súhlasu pacientky a záznamov fyzioterapeuta o podaných procedúrach pacientke.
Absentujú operačné protokoly, informovaný súhlas pacientky k zákroku.
Nesprávne opravy zaznamenaných údajov.
Nevypracovanie operačného protokolu.
Chýba podpísaný informovaný súhlas pacientky.
Zdravotná dokumentácia pacienta neobsahuje výsledky laboratórnych vyšetrení.
Absencia sesterských záznamov, zmätočné zápisy.

*Úrad má povinnosť anonymizovať zverejňované údaje.*