

## **B) ZISTENÉ PORUŠENIA VO VEDENÍ ZDRAVOTNEJ DOKUMENTÁCIE**

Nižšie uvedené sú úradom v rámci výkonu dohľadu za rok 2025 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).

- ✓ Nesystematické zaznamenávanie ošetrovateľskej dokumentácie.
- ✓ Nezaevidovanie použitia obmedzovacích prostriedkov u pacienta.
- ✓ Chýba informovaný súhlas.
- ✓ Nedôsledný a nečitateľný záznam o anestézii.
- ✓ Nedostatočné a zmätočné vedenie zdravotnej dokumentácie v pedopsychiatrickej ambulancii.
- ✓ Nesprávne vedenie zdravotnej dokumentácie v ambulancii čeľustného ortopéda, nedostatočné záznamy, nepopísanie OPG.
- ✓ Nevypracovanie záznamu v zdravotnej dokumentácii po poskytnutí zdravotnej starostlivosti.
- ✓ Nedostatočný záznam o preventívnej prehliadke, absencia informovaného súhlasu a odporúčaného postupu.
- ✓ Strohé, nedostatočné záznamy, ktoré nevystihovali zdravotný stav pacienta, resp. jeho zmenu (objektívny nález, stav vitálnych funkcií), najmä v súvislosti so závažným zhoršením.
- ✓ V zdravotnej dokumentácii na urologickom oddelení chýbal zápis o použití obmedzovacích prostriedkov u pacienta.
- ✓ Na základe zistených skutočností úrad konštatoval, že zdravotná dokumentácia zo strany OAMIS dohliadaného subjektu nebola vedená správne, keďže o poskytovanej

zdravotnej starostlivosti v čase od 19:15 hod. do 20:30 hod. nebol urobený záznam.

- ✓ Pri vizitách v I. dobe pôrodnej chýbal údaj o subjektívnom stave pacientky, absentovala indikácia k podaniu Oxytocínu i operačný protokol k VEX, chýbal zápis o neúspešnom pokuse o pôrod per VEX pre odtrhnutie peloty, chýbala zmienka o prítomnosti zelenej plodovej vody, popôrodné dni boli nesprávne označené.
- ✓ V lekárskych nálezoch chýbali diagnostické závery.
- ✓ Kopírovanie záznamov (takmer rovnaký obsah aj čas realizovaných výkonov), niektoré záznamy nezahŕňali zrealizované intervencie; neúplné zápisy pri používaní obmedzovacích prostriedkov, ošetrovaní dekubitu a i. v. vstupe.
- ✓ V zdravotnej dokumentácii nie je uvedený dátum poučenia a identifikácia (špecializácia) lekára, ktorý informácie pacientke podával. Záznam o anestézii hodnotíme ako nedôsledný a nečitateľný. Úvod do anestézie je zaznamenaný nečitateľne.
- ✓ V zázname preventívnej prehliadky vo veku 5 rokov nebolo uvedené absolvovanie, resp. odmietnutie povinného očkovania.
- ✓ V rámci operačného protokolu nebolo exaktnejšie uvedené množstvo výpotku ani jeho lokalizácia.
- ✓ V dekurzoch nie je uvedená všetka podávaná liečba.
- ✓ Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu.
- ✓ Dekurzne záznamy sú vedené v nedostatočnom rozsahu, nedostatočne vypovedajú o stave pacienta; v dekurzoch sú záznamy a ordinácie lekára opakovane prepisované a prečiarkované.
- ✓ Absentuje záznam o fixácii krčnej chrbtice.
- ✓ Počas hospitalizácie pacientky na bežnom lôžku Interného oddelenia sú dátumy v dekurznych záznamoch opakovane prečiarkované a prepisované, absentuje vizita lekárom.

- ✓ V dokumentácii nie sú popisované všetky realizované EKG záznamy, nenachádza sa popis RTG vyšetrenia, niektoré zápisy sú ťažko čitateľné.
- ✓ Chýba zápis z vizity, dátumy v dekurzných záznamoch počas hospitalizácií na Internom oddelení sú prečiarkované a prepisované, zápisy z vizít opakovane kopírované, pričom nereflektujú v plnom rozsahu stav pacienta.
- ✓ Záznamy z vyšetrení sú nedostatočného rozsahu, opakovane nie sú uvádzané subjektívne ťažkosti pacientky, častokrát absentuje aj objektívny nález alebo je nedostatočný.
- ✓ Zdravotná dokumentácia je vedená v nedostatočnom rozsahu.
- ✓ Dekurzne záznamy sú strohé a nečitateľné.
- ✓ Počas všetkých hospitalizácií pacientky sú dátumy v dekurzných záznamoch opakovane prečiarkované a prepisované. Chýba podpis pod poučením pacienta a prevzatí prepúšťacej správy. Záznamy sú nedostatočného rozsahu.
- ✓ Absentuje informovaný súhlas pacienta.
- ✓ Oprava popisu CT vyšetrenia nebola vykonaná v súlade so zákonom.
- ✓ V zázname z vyšetrenia nie je jednoznačne objektivizovaná prítomnosť alebo neprítomnosť opuchov dolných končatín, nie je uvedený charakter a trvanie dyspnoe, absentuje plán ďalšieho diferenciálno-diagnostického postupu.
- ✓ Zmeny na koži boli počas hospitalizácie na Traumatologickom oddelení nedostatočne dokumentované. V prekladovej/prepúšťacej sesterskej správe chýba bližší popis kožných defektov.
- ✓ Liečba antibiotikom sa neuvádza v prepúšťacej správe z ODCH, v diagnostickom závere nie sú uvedené kožné defekty.
- ✓ Absentujú sesterské diagnózy a plány ošetrovateľskej starostlivosti.
- ✓ Absentuje popis deformácie predlaktia, ktorá klinicky musela byť prítomná.
- ✓ Nedostatočné záznamy v súvislosti so starostlivosťou o dekubity, absentujú záznamy

o polohovaní pacienta, o používaní antidekubitného matraca a antidekubitných pomôcok.

- ✓ V zázname z vykonaného zákroku nebol uvedený dôvod prečo nebolo indikované histologické vyšetrenie.
- ✓ Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne, pretože neobsahuje popis zhodnotenia opakovane vykonaných EKG záznamov, tieto neobsahujú dátum, kedy boli vykonané, nie je zaznamenaný výsledok z RTG vyšetrenia hrudníka, z nočnej služby, nie je vykonaný záznam sestier o nájdení pacienta po inzultácii spolubývajúcim pacientom – Záznam o mimoriadnej udalosti a následných intervenciách.
- ✓ Zdravotná dokumentácia neobsahovala diferenciálno-diagnostické úvahy na Addisonovu chorobu.
- ✓ Zdravotná dokumentácia nebola vedená správne, pretože neboli zaznamenané subjektívne ťažkosti pacienta a chýba informovaný súhlas pacienta.
- ✓ V náleze z ambulancie detskej ústavnej pohotovostnej služby chýbali anamnestické údaje od rodičov ako dlho a približne v akom množstve dieťa krvácalo, ako aj popis lôžok po tonsilektómii.
- ✓ V lekárskech záznamoch chýbal popis, miesto a ordinovaná liečba dekubitu v gluteosakrálnej oblasti. Rozsah ošetrovateľskej dokumentácie o priebehu ošetrovania dekubitu v tomto období nebol vedený v súlade so Štandardným postupom vydaným Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky - Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom.
- ✓ Oprava zdravotnej dokumentácie nebola vykonaná správne.
- ✓ Zdravotná dokumentácia vedená dohliadaným subjektom, označená ako Záznam priebehu rehabilitácie a Tabuľka výkonov, neobsahovala správne identifikačné údaje poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Návrh na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, Záznam o priebehu rehabilitačnej starostlivosti a Tabuľka výkonov boli bez datovania a neboli čitateľné.
- ✓ V náleze úplne absentoval objektívny nález pacientky.

- ✓ Zápis v zdravotnej dokumentácii neobsahoval čas vytvorenia zápisu, čas realizácie operačného výkonu a identifikáciu osoby, ktorej sa zdravotná starostlivosť poskytla.
- ✓ V zázname z prvého interného konziliárneho vyšetrenia nie je zaznamenaný čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti.
- ✓ Operačný protokol, lekársky záznam neobsahovali údaj o čase zápisu ani údaj o čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Fotodokumentácia neobsahuje identifikačné údaje pacienta.
- ✓ Operačný protokol neobsahoval údaj o čase zápisu ani údaj o čase poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Fotodokumentácia neobsahuje identifikačné údaje pacienta.
- ✓ Pri vyšetreniach absentuje údaj o informovanom súhlase pacienta.
- ✓ Nie je uvedený čas zápisu, resp. čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti, chýba podpis a otláčok pečiatky zdravotníckeho pracovníka, chýba informovaný súhlas pacienta s podávaním transfúznej liečby.
- ✓ Absentujú podrobnejšie údaje o dennej starostlivosti o dekubit.
- ✓ V ambulantnom náleze absentuje názov liečiva, cesta podania, lieková forma a množstvo predpísaného alebo podaného liečiva.
- ✓ Záznam o transfúzii nie je dôsledne vyplnený.
- ✓ Chýba dátum narodenia, adresa pacienta, čas vytvorenia zápisu alebo dátum a čas poskytnutia zdravotnej starostlivosti.
- ✓ Chýba formulár na sledovanie dekubitov.
- ✓ Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára uvedené v správach sa nezhoduje s menom a priezviskom lekára uvedeného na otláčku pečiatky.
- ✓ Pri vyšetreniach absentuje údaj o informovanom súhlase pacienta.
- ✓ Absentujú operačné záznamy z vykonaných zdravotných výkonov.
- ✓ Chýbajú zápisy o podaní tekutín, stravovaní, diéte a hygiene.

- ✓ Absentujú záznamy o pravidelnom polohovaní pacientky.
- ✓ Zápisy o výkonoch sú časovo nereálne.
- ✓ Absentuje zápis o rozsahu zdravotnej starostlivosti v ÚPS.
- ✓ Na písomnom RTG náleze chýba dátum a čas zápisu.
- ✓ Zápisy v zdravotnej dokumentácii sú miestami nečitateľné.
- ✓ Absentuje záznam výsledku I. ultrazvukového skríningu.
- ✓ V prepúšťacej správe absentuje diagnóza dekubitu.
- ✓ V prepúšťacej správe absentuje nález chronickej respiračnej insuficiencie.
- ✓ Nesprávne zaznamenaná abrupcia glenoidu.
- ✓ Absentuje EKG záznam zo zásahu RZP.
- ✓ Nie je zdokumentované vstupné stomatologické vyšetrenie.
- ✓ Chýba zmienka o zhoršení príjmu stravy a tekutín.
- ✓ Absentujú podpisy zdravotných sestier.
- ✓ Lekárske nálezy neboli verifikované podpisom a pečiatkou.
- ✓ Absentuje operačný protokol zo zavedenia implantátov.
- ✓ Identifikácia zdravotníckeho pracovníka v dekurze je nedostatočná.
- ✓ Chýbajú identifikačné údaje pacienta.
- ✓ Počas hospitalizácie sú záznamy ťažko čitateľné.
- ✓ Informovaný súhlas pred gastroskopiou je neúplný.
- ✓ Dialyzačný záznam neobsahuje čas zápisu.
- ✓ Lekársky nález neobsahuje čas vyšetrenia pacienta.

✓ V objektívnom náleze je nesprávne uvedený genitál dieťaťa.