

Lubomír Vondráček, Vlasta Wirthová

Sestra a její dokumentace

Návod pro praxi



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.

JUDr. MUDr. Lubomír Vondráček, Mgr. Vlasta Wirthová

SESTRA A JEJÍ DOKUMENTACE

Návod pro praxi

Recenze: Jindra Palivcová

© Grada Publishing, a.s., 2008

Cover Photo © Allphoto images, 2008

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 3435. publikaci

Odpovědná redaktorka PhDr. Anna Monika Pokorná

Sazba a zlom Linda Marečková

Počet stran 88

Vydání první, Praha 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.

ISBN 978-80-247-2763-9

Obsah

Úvod	9
Právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci	11
Zdravotnická dokumentace	13
Zásady vedení dokumentace	15
Pravdivost záznamů	15
Nečitelnost záznamů	16
Správná čeština v záznamech.....	16
Věcnost záznamů	16
Srozumitelnost záznamů	17
Doplňování dokumentace	17
Autorizace záznamů	18
Správná medicínská terminologie	18
Nepoužívat slangové výrazy	19
Nepoužívat vulgarizmy	19
Dokumentace v češtině	19
Nepoužívat záznamy o subjektivních pocitech sestry	20
Fotodokumentace.....	21
Kontrola dokumentace	23
Odpovědnost za dokumentaci.....	25
Sankce za chyby v dokumentaci	25
Záznam v ošetrovatelské dokumentaci	27
Pacient a ošetrovatelská dokumentace.....	29
Nahlížení do dokumentace	31
Dokumentace při přijetí pacienta.....	33
Dokumentace při úmrtí pacienta.....	35
Dokumentace nežádoucí příhody	37
Záznam o porušování domácího řádu a léčebného postupu.....	39
Záznam poškození.....	41
Hematom po odběru krve.....	41
Dekubitus	41
Bércový vřed.....	42
Supurace operační rány	42

Titul v dokumentaci.....	43
Razítka při poskytování ošetrovatelské péče.....	45
Kulaté razítko se státním znakem	45
Kulaté razítko bez státního znaku	45
Záhlavní razítka	45
Provozní razítka	46
Jmenovky	46
Razítka konstatující aplikaci návykových látek.....	46
Povinná mlčenlivost a dokumentace	49
Provozní dokumentace	51
Kniha vzkazů	51
Kniha „Evidence návykových látek“	52
Poučení pacientů o úschově cenností.....	53
Dokumentace týkající se doprovodu pacienta.....	55
Tištěná doporučení.....	57
Poučení doprovodu u porodu.....	59
Doklad o převzetí svršků pacienta.....	61
Záznam o pozůstalosti	63
Souhlas s ošetrovatelským výkonem	65
Nesouhlas s ošetrovatelským výkonem	67
Tvorba formulářů ošetrovatelské péče	69
Ošetrovatelská anamnéza.....	71
Dotaz na tetováž	72
Propouštěcí a překladová zpráva	73
Záznam o nežádoucí příhodě	75
Záznam o detekci alkoholu	77
KAUZA č. 1 – Záznam exitu	79
KAUZA č. 2 – Porušení lékařského tajemství	81
KAUZA č. 3 – Nedbalost zdravotnického pracovníka	83
Prameny práva	85
Poznámky.....	86

Za připomínky děkujeme:

H. Hanáskové, vrchní sestře

Za recenzi děkujeme:

J. Pavlicové

Všechny případy a citované záznamy do dokumentace zde uvedené se opravdu staly, a to tak, jak je popsáno. Pouze místo, čas i osoby jsou změněny tak, aby zdravotnické zařízení ani osoby nemohly být identifikovány. Také proto je při označení osob vždy užíváno neurčité jméno Nováková, Novák, Horáková, Horák. Pokud se někdo v uvedené kauze pozná, jde o podobnost čistě náhodnou, neboť byly vybrány pouze kauzy, které se vícekrát v podobné formě opakovaly.

Podáním se rozumí trestní oznámení, požadavek na odškodné, stížnost nebo požadavek na potrestání zaměstnance.

Gramatika, stylizace, formální úprava záznamů a podání byly ponechány nezměněny, nebyly opravovány a odpovídají realitě včetně hovorových výrazů.

Úvod

Reformy zdravotnického systému, které se v současné době provádějí, vedou ke změnám postojů pacientů jak k poskytované zdravotní péči, tak k poskytovatelům zdravotní péče, to je k sestřám, lékařům a ostatním zaměstnancům zdravotnických zařízení s akcentací práv a požadavků pacientů. To vše, spolu s odbornými a ekonomickými aspekty poskytované zdravotní péče, klade nejen zvýšené nároky na odbornost poskytovatelů zdravotní péče, ale také na dokumentaci, která péči dokladuje.

Při řešení problémů, stížností, požadavků na odškodnění a obvinění zdravotníků ze spáchání trestného činu vystupuje stále častěji do popředí význam zdravotnické dokumentace.

Od zdravotnické dokumentace se právem očekává, že bude vedena nejen v souladu s platnými předpisy, které její vedení upravují, ale že bude na patřičné výši i po stránce věcné, tj. bude odborná a na patřičné úrovni bude též po stránce formální. Je chybou podceňovat stránku estetickou a jazykovou. První dojem vzniká právě na základě vzhledu dokumentace.

Podle dojmu, který dokumentace učiní, si pak posuzující udělá dojem o celém zdravotnickém zařízení, o sestřách a lékařích a nakonec o celém zdravotnictví. Lze konstatovat, že pravopisné chyby, špatná terminologie, chybné záznamy a nečitelné informace zjištěné při kontrolách a především pak při kolizích, negativně ovlivňují jméno a postavení jak jednotlivých skupin poskytovatelů zdravotní péče, tak konkrétního zdravotnického zařízení a zejména negativně ovlivňují výsledky prováděného šetření, a to v neprospěch těch, kteří péči poskytují.

To vše jsou důvody, proč je třeba věnovat zdravotnické dokumentaci odpovídající potřebnou péči.

Právní předpisy upravující zdravotnickou dokumentaci

Stejně tak jako jakákoliv činnost ve zdravotnictví či jiných resortech, je i zdravotnická dokumentace upravena řadou obecně závazných předpisů různé právní síly. Tyto předpisy stanovují jak povinnost zdravotnickou dokumentaci vést, tak i formu a obsah a jiné náležitosti zdravotnické dokumentace.

Při poskytování zdravotní péče základní právní předpis (Zákon č. 20/1966 Sb. a Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci) především stanovuje, že:

- Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci. Tím ukládá povinnost vést zdravotnickou dokumentaci všem zdravotnickým zařízením bez rozdílů a výjimky.
- Zdravotnická dokumentace může být vedena na záznamových nosičích ve formě textové, grafické nebo audiovizuální.
- Zdravotnická dokumentace obsahuje vždy identifikaci pacienta a identifikaci zdravotnického zařízení.
- Obsahuje anamnestické údaje, informace o onemocnění pacienta, o průběhu onemocnění a výsledku léčení.
- Obsahuje údaje o dalších významných skutečnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta.

Jiný právní předpis stanovuje podmínky archivace a dobu, po kterou musí být zdravotnická dokumentace uchována (zákon o archivnictví), a kdy a jak musí být skartována (skartační řád zdravotnického zařízení). Další předpis stanovuje ochranu zdravotnické dokumentace před zneužitím (Zákon č. 101/200 Sb.) a jiný právní předpis stanovuje postih při neoprávněném nakládání s osobnímu údaji, které jsou ve zdravotnické dokumentaci (Trestní zákon, § 178).

Zdravotnická dokumentace

Dokumentace je způsob zachycení a uchování rozhodných skutečností zaznamenaných na různých nosičích.

Při poskytování zdravotní péče je vedena následující zdravotnická dokumentace:

1. dokumentace vedená lékaři
2. samostatně pak dokumentace ošetrovatelská
3. dokumentace provozní

Zdravotnická dokumentace vedená lékaři – zachycuje a uchovává rozhodné skutečnosti, které se vztahují k poskytování zdravotní péče – *ordinace léků, ordinace konziliárních vyšetření, výsledky vyšetření, souhlas pacienta s hospitalizací.*

Ošetrovatelská dokumentace – zachycuje a uchovává konkrétní skutečnosti, které se týkají poskytování ošetrovatelské péče konkrétním pacientům – *ošetrovatelskou anamnézu, denní záznamy sester.*

Provozní dokumentace – zachycuje a uchovává důležité skutečnosti, které dokládají fungování provozu, ve kterém je péče poskytována – *kniha „Evidence návykových látek“.*

Zdravotnická dokumentace slouží především:

- a) k poskytnutí informací potřebných pro zachování kontinuity poskytované zdravotní péče – *propouštěcí zprávy, výsledky vyšetření*
- b) k poskytnutí informací, že zdravotní péče byla poskytována oprávněnou osobou, a to správně v souladu se stanovenými postupy *lege artis*
- c) jako doklad pro účtování poskytnuté zdravotní péče, ať již je péče hrazena ze zdravotního pojištění nebo za přímou platbu pacientem
- d) jako podkladový materiál pro vědu a výzkum

Ošetřovatelská dokumentace slouží:

- a) k zajištění kontinuity poskytované ošetřovatelské péče, tj. k předávání informací v týmu, který péči poskytuje
- b) jako doklad, že ošetřovatelská péče byla poskytována dle ordinace
- c) jako doklad, že poskytovaná péče byla správná vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta

- d) jako doklad, že zdravotní péče byla poskytována v souladu se stanovenými postupy *lege artis*, tedy i dle standardů
- e) jako podkladový materiál pro vědu a výzkum, zejména v ošetřovatelské péči; vždy musí mít datum, vhodné je uvedení času, kdy byl záznam pořízen

K tomu, aby dokumentace sloužila pro zachování kontinuity poskytované péče, slouží především propouštěcí nebo překládové zprávy, které podrobně informují toho, kdo pacienta přebírá dál do své péče, o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku péče a o potřebách v budoucnu.

Z uvedeného je ovšem zřejmé, že pro tyto účely slouží i hlášení sestry, a proto toto hlášení nemá být podceňováno, jak se často děje. Hlášení je nutné věnovat stejnou pozornost jako propouštěcím zprávám.

Ošetřovatelská péče je prováděna jak podle ordinace ošetřujícího lékaře, tak i dle rozhodnutí sestry poskytující ošetřovatelskou péči. Dokumentace dokládá, že ji sestra provedla správně, v určeném čase a způsobem, jak bylo ordinováno. Při nahlížení do dokumentace se ale pacient také eventuálně dozvídá, že ošetřovatelská péče nebyla v souladu s ordinací nebo standardy.

Příklad:

Často je ordinace i.m. a aplikace je provedena s.c.

Zásady vedení dokumentace

Aby zdravotnická dokumentace plnila svou funkci a odpovídala platným předpisům, musí být vedena průkazně, pravdivě a čitelně. Může být vedena na záznamových nosičích ve formě textové, grafické nebo audiovizuální. Údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci musí být vedeny v listinné formě nebo v elektronické formě.

Ošetrovatelská dokumentace, stejně jako dokumentace lékařů, tedy musí být:

- pravdivá
- vždy opatřená datem, časem
- vždy musí mít podpis a jmenovku
- čitelná
- srozumitelná, psaná v jazyce českém
- jednoduchá
- věcná
- pravidelně doplňovaná
- bez zbytečných zkratk
- vždy dostupná
- stručná

Pravdivost záznamů

Pravdivost záznamů v dokumentaci by měla být samozřejmostí, přesto se ale zejména při kolizích setkáváme často s údaji, které neodpovídají skutečnosti.

Je třeba si uvědomit a zdůraznit, že nepravdivost jednoho záznamu znehodnotí celou zdravotnickou dokumentaci. Tak jsou účelově zkreslovány časové údaje o podaných lécích, o příchodu nebo odchodu pacientů, ale i údaje o podaných lécích.

- pacientovi byl aplikován MO (Morfin) s.c., i když byl ordinován a v dokumentaci uveden i.m.

- záznamy o fyziologických funkcích, TK, P a T jsou zaznamenány, i když měření nebylo provedeno a sestra vycházela z údajů sdělených pacientem
- zaznamenané anamnestické údaje neodpovídají skutečnosti, neboť nebyly získány od pacienta

Nečitelnost záznamů

Nečitelnost je jednou z nejčastějších výtek uváděných soudními znalci při vypracování znaleckých posudků a výtek kontrolních orgánů s odůvodněním, že nečitelnost zejména ordinací vede k pochybením, jejichž následky pro pacienta mohou být velmi závažné.

Správná čeština v záznamech

I když jde především o pacienta, je oprávněný požadavek, aby záznamy ve zdravotnické dokumentaci byly správné po stránce jazykové a dokumentace vyhovovala i po stránce estetické.

- *bolest má i eště pořád*
- *na stolici bila*

Věcnost záznamů

Svědčí o odborných kvalitách toho, kdo záznam provedl a je důležitá jak pro kontinuitu péče, tak – a to zejména – při řešení kolizí.

V dokumentaci bývá věnována větší pozornost subjektivním obtížím, než objektivnímu stavu.

Hrubou chybou, která často provází záznamy sester o poškození kůže (dekubitů, spálenin, bércových vředů) je, že není popsána velikost poškození, ani charakter poškození (zarudnutí, puchýř, nekróza kůže).

- *V horním středním quadrantu pravé hýždě je zrudnutá kůže o ploše 11 x 10 cm, s prasklým puchýřem uprostřed o ploše 3 x 6 cm.*

Srozumitelnost záznamů

Požadavek zejména při obhajobách zdravotnických zaměstnanců a tedy i sester při řešení kolizí je, aby záznamy v dokumentaci byly srozumitelné a neměly několikery možný výklad. Je třeba si uvědomit, že řešený případ je posuzován na základě dokumentace v jiném čase a za jiných okolností. To, co se v daný okamžik jeví jako naprosto jasné, za čas nebo jiným osobám je nesrozumitelné. To se týká zejména otazníků a vykřičníků, které nemají v dokumentaci co dělat, ale i nejasných formulací zjištěných skutečností.

Příklad:

- *Stehy? Stehy ex?? Zavolat sociálku?!*
- *Doplnit!!!!!!*

Doplňování dokumentace

Záznamy musí být plynule doplňovány tak, jak je při poskytování péče postupováno. To platí především při poskytování urgentní péče nebo při náhlém zhoršení zdravotního stavu. Je nepřipustné doplňovat údaje v dokumentaci, až když je řešena stížnost nebo s odstupem několika dnů. Pak je takový záznam oprávněně považován za nevalidní.

Příklad:

- *7,15 volán Dr. Novák, pacient začal být dušný.*

V dokumentaci naopak nesmí být:

- a) užívána nesprávná terminologie – *melena místo hematemeze*
- b) užívány slangové výrazy – *pacientka chce céčko*
- c) užívány vulgarizmy – *poblil se*
- d) záznam psaný v jiném jazyce, než v češtině – *pacient grgal*
- e) subjektivní pocity sestry – *asi špatně spal, asi má bolesti*
- f) neschválené zkratky

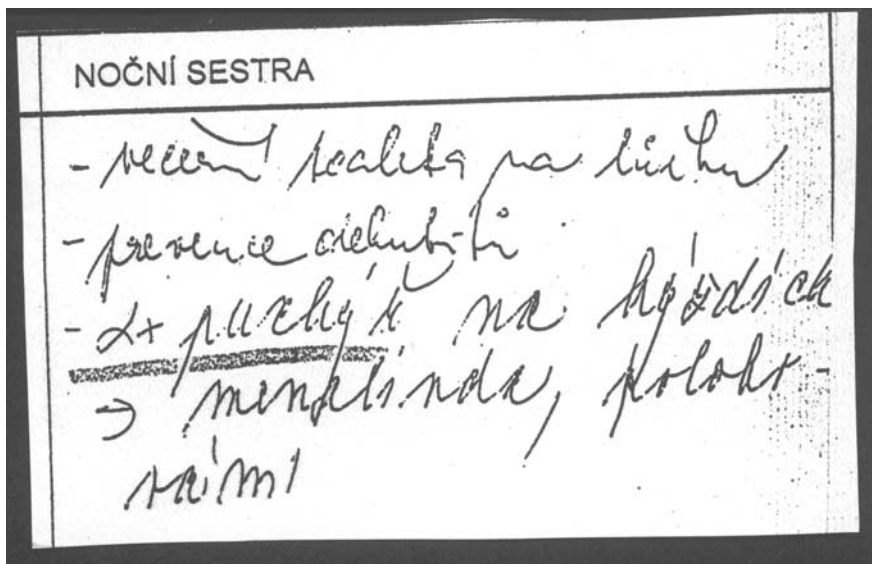
Autorizace záznamů

Každý záznam musí být vždy autorizován, to znamená, že musí mít podpis a jmenovku. Jmenovka může být jakožto otisk razítka s titulem a jménem sestry, ale je možný záznam sestry tak, že jméno je čitelně napsáno hůlkovým písmem. Samotná paraafa podpisu nebo čitelný podpis sestry nebývají akceptovány.

Příklad:

- Bc. Nováková

Příklad neautorizovaného záznamu (obr. 1):



Obr. 1

Správná medicínská terminologie

Nesprávná medicínská terminologie v ošetrovatelské dokumentaci vede k pochybnostem o odborné kvalitě poskytovatelů péče a k obtížím při obhajobě sester nařčených z pochybení při poskytování ošetrovatelské péče, zejména pokud došlo ke škodám na zdraví.

Příklad:

- Pro krvácení u jednoho pacienta se promiskue užívalo označení hematemeze, melena, enteroragie a chrlení krve.
- Bércový vřed nelze označit jako prasklou kůži na bérci.

Nepoužívat slangové výrazy

Tyto výrazy v žádném případě v dokumentaci nemají místo, a to ani v případě, že jsou uváděny v uvozovkách. Slangové záznamy jsou laickou veřejností vnímány jako znevažující a nelze odmítnout ani názor, že jde o postup neetický.

Příklad:

- *Pacient injekci béčka odmítl a chce to v tabletách.*
- *Transka dokapala bez reakce.*

Nepoužívat vulgarizmy

Vulgarizmy v dokumentaci jsou oprávněně odmítány jak laiky, tak i odbornou veřejností a mohou být důvodem k volání sestry k odpovědnosti, a to i v případě, že jde o problémového pacienta.

Příklad:

- *Poblil celou postel i mně.*
- *Pacient Novák požadoval umístění na jiném pokoji, protože s pacientem, který je „ožralý jako práse“, nebude.*

Dokumentace v češtině

Česky musí být vedena zdravotnická dokumentace proto, aby byla zajištěna její bezproblémová funkce. Pacienti, zejména při nespokojenosti s poskytovanou péčí, poukazují na jazykovou bariéru s tím, že nevědí, co je pečeň či obličky. Pokud je ještě zápis v dokumentaci psaný rukou a ne moc čitelně, vznikají problémy.

Příklad:

- *Pacient grgal, čapík odmietol.*
- *Vyměnit vankušík!!*

Nepoužívat záznamy o subjektivních pocitech sestry

Záznamy o pocitech ošetřujících nemají v dokumentaci místo ani oprávnění. Sestra má věcně, odborným termínem pojmenovat a konstatovat zjištěnou skutečnost. Záznamy o subjektivních pocitech jsou laicky vnímány negativně jako projev neodbornosti a nekompetence.

Příklad:

- *Zdál se mi nepříjemný.*
- *Měla jsem pocit, že omdlí.*

Příklady z dokumentace (obr. 2a, 2b):

Subj.:	<i>lepe</i>
Obj.:	<i>ideu.</i>

Obr. 2a

TT:	<i>afebrilní ač subfebrilní</i>
DF:	<i>≅ 20, PACIENTKA UŽ JINĚ ODKAŠLÁVA</i>
SaO2:	<i>96-100%. O2 možná 10l ⇒ 6l</i>

Obr. 2b

Fotodokumentace

Fotodokumentace je druh vedení zdravotnické dokumentace, kterou platný předpis dovoluje a praxe akcentuje zejména proto, že má velkou vypovídací schopnost nejen pro kvalifikované zdravotníky, ale i pro laiky, což je jedna z výhod při obhajobě sester.

Fotodokumentace zaznamenává objektivně zjištěné skutečnosti a informuje průkazně pravdivě, účelově a nezkresleně o zjištěné patologii. Proto fotodokumentace slouží jako nenahraditelný důkaz kvality poskytované péče při kolizích.

S výhodou se fotodokumentace užívá u dekubitů, kdy tento způsob dokumentace přehledně ukazuje vývoj nebo úspěšné hojení dekubitů a objektivně dokládá kvalitu poskytované zdravotní péče. Podobně se jako účelná jeví fotodokumentace bércových vředů, spálenin a sekundárně se hojících ran. Výhodná je rovněž u dekubitů, je-li pacient již s dekubitem přijat.

Jako nutná se také jeví fotodokumentace iatrogenních poškození vzniklých při poskytování ošetrovatelské péče, při vzniku nekrotizace kůže po paravenózním podání léků nebo po poranění kůže, při záměně dezinfekčních prostředků a zejména při popálení kůže chybně přiloženou elektrodou.

Fotodokumentace hematomů je nutná také při podezření na syndrom týraného dítěte, které je hlášeno Policii ČR.

Pacient dává souhlas s fotodokumentací tím, že ji bez námitek strpí, popř. verbálně. Písemný souhlas není třeba, neboť s jiným způsobem vedení dokumentace pacient také písemný souhlas nedává a vedení dokumentace ukládá zákon.

Fotodokumentace má být prováděna za dodržení všech norem etiky s ohledem na zdravotní stav pacienta.

Fotozáznam musí pořizovat zdravotnický zaměstnanec zdravotnického zařízení, bez přítomnosti jiných zaměstnanců, kteří se na poskytování péče nepodílejí.

Pokud pacient při propuštění požaduje fotosnímek patologického nálezu, lze mu vyhovět za úhradu nákladů. Originál fotodokumentace však vždy musí zůstat ve zdravotnické dokumentaci.

Jestliže však pacient nebo někdo jiný požaduje, aby zdravotnické zařízení v rámci fotodokumentace patologického stavu také provedlo foto jeho osoby, není povinnost mu vyhovět.

Příklad:

- *Sestřičko, když už mi fotíte tu ošklivou nohu před amputací, tak mi vyfotíte celého, jak ležím v posteli, ať mám památku a kdybych umřel, tak ať rodina vidí, jaký jsem byl fešák ještě v 80 letech.*

Kontrola dokumentace

Význam zdravotnické dokumentace dokládá oprávnění provádět pravidelně kontrolu zápisů do zdravotnické dokumentace a požadavek na odstranění zjištěných závad, popř. i doporučit sankce, pokud se závady, i po náležitém poučení, opakují.

Kontrolu provádějí vedoucí zaměstnanci, které k tomu opravňuje jejich funkční zařazení, dále pak zaměstnanci, kteří jsou kontrolou dokumentace pověřeni.

Konkrétně staniční sestra má provádět kontrolu na svěřené stanici, vrchní sestra na svěřeném oddělení, hlavní sestra (či náměstkyně pro ošetrovatelskou péči) v celém zdravotnickém zařízení.

Vrchní a hlavní sestra by měly o výsledku kontroly provést písemný záznam.

Za chod oddělení jako celku odpovídá primář oddělení. Proto je jeho oprávnění požádat vrchní sestru o provedení kontroly, ale může kontrolu dokumentace provést i sám.

Kontrola dokumentace musí obsahovat jak stránku formální, tj. čitelnost, úpravu, identifikaci záznamu, provádění oprav, tak i věcnost záznamu.

Při provádění kontrol ošetrovatelské dokumentace je nutné vždy kontrolovat, jak si odpovídají záznamy v dokumentaci ošetrovatelské se záznamy v dokumentaci lékařské.

Příklad:

- *2. 5. 08 Provedena kontrola náhodně vybraných 10 chorobopisů. Záznamy mají všechny předepsané náležitosti. Záznamy s. Horákové jsou špatně čitelné.*

*Mgr. Nováková
vrchní sestra chir. odd.*