

VZOR
Zápis o použití obmedzovacieho prostriedku

Názov zdravotníckeho zariadenia	<i>(sídlo, IČO, klinika, oddelenie – pečiatka)</i>	
Meno a priezvisko pacienta		
Rodné číslo pacienta		
SPÔSOB POUŽITIA OBMEDZOVACIEHO PROSTRIEDKU (ĎALEJ LEN „OP“)		
Druh OP	Typ OP	Poradie OP¹⁾
A – fyzické	<input type="checkbox"/> A1 – prevaha personálu	
	<input type="checkbox"/> A2 – hmaty	
	<input type="checkbox"/> A3 – iné	
B – mechanické	<input type="checkbox"/> B1 – ochranný pás	
	<input type="checkbox"/> B2 – popruh <i>(neviduje sa počet fixovaných bodov)</i>	
	<input type="checkbox"/> B5 – iné	
C – farmakologické²⁾	<input type="checkbox"/> C1 – antipsychotiká	
	<input type="checkbox"/> C2 – anxiolytiká	
	<input type="checkbox"/> C3 – iné	
	<i>Dátum a čas podania: Názov liečiva, lieková forma, množstvo liečiva v liekovej forme, cesta podania</i>	
D – izolácia	<input type="checkbox"/> D2 – iné ³⁾	
	<input type="checkbox"/> D3 – seklúzna miestnosť	
E – miernejší spôsob zvládnutia situácie (nie je OP⁴⁾)	<input type="checkbox"/> E1 – iná verbálna deeskalačná technika	
	<input type="checkbox"/> E2 – odvrátenie pozornosti	
	<input type="checkbox"/> E3 – aktívne počúvanie	
	<input type="checkbox"/> E4 – verbálna komunikácia	
	<input type="checkbox"/> E5 – iné	
NARIADENIE POUŽITIA OP		
Dátum:	Čas:	
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka, ktorý nariadil použitie OP:⁵⁾		
Dátum:	Čas:	
Posúdenie OP nariadeného sestrou⁶⁾		
<input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím		
Odôvodnenie posúdenia:		
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka lekára:		
VYKONANIE NARIADENÉHO POUŽITIA OP		
Dátum:	Čas:	Prítomnosť asistujúcej osoby:
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka:		<input type="checkbox"/> áno (SBS,)
		<input type="checkbox"/> nie
DÔVOD POUŽITIA OP⁷⁾		
<input type="checkbox"/> 1-autoagresia <input type="checkbox"/> 2-heteroagresia <input type="checkbox"/> 3-zvýšená tenzia <input type="checkbox"/> 4-iné ⁸⁾ <input type="checkbox"/> 5-dezorientácia <input type="checkbox"/> 6-prevencia pádu <input type="checkbox"/> 7-poruchy správania <input type="checkbox"/> kombinácia ⁹⁾		
INFORMOVANIE PACIENTA O ÚČELE, POVAHE, NÁSLEDKOCH A RIZIKÁCH POUŽITIA OP		
Dátum:	Čas:	Dátum:
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka, ktorý informoval pacienta pred použitím OP:		Čas:
		Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka, ktorý informoval pacienta po skončení použitia OP:
KONTROLA PACIENTA PRI POUŽITÍ OP¹⁰⁾		
Kontrola:	Dátum:	Čas:
<input type="checkbox"/> osobne zdravotníckym pracovníkom	Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka vykonávajúceho kontrolu:	
<input type="checkbox"/> cez signalizačné zariadenie na obojsmernú komunikáciu		
<input type="checkbox"/> pozorovanie pacienta na diaľku		
<input type="checkbox"/> pozorovanie kamerovým systémom		
Kontrola zdravotného stavu:¹¹⁾		
Prehodnotenie a zdôvodnenie nevyhnutnosti ďalšieho použitia OP¹²⁾		
UKONČENIE POUŽITIA NARIADENÉHO OP¹³⁾		
Dátum:	Čas:	Dĺžka doby použitia OP:¹⁴⁾
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka sestry:		<input type="checkbox"/> do 30 min.
		<input type="checkbox"/> 30 min. až 59 min.
		<input type="checkbox"/> 1 hod. až 2 hod. 59 min.
		<input type="checkbox"/> 3 hod. až 5 hod. 59 min.
		<input type="checkbox"/> 6 hod. až 11 hod. 59 min.
		<input type="checkbox"/> 12 hod. až 23 hod. 59 min.
		<input type="checkbox"/> 24 hod. a viac
Dátum:	Čas:	
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka lekára:		

VYKONANIE UKONČENIA POUŽITIA OP

Dátum: **Čas:**
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka:

OPATRENIA PRIJATÉ NA ZAMEDZENIE OPAKOVANIA SITUÁCIE¹⁵⁾**OZNÁMENIE POUŽITIA OP****1. Osobe uvedenej v § 6 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004 Z. z. (zákonnému zástupcovi)**

Dátum: **Čas:**
Meno a priezvisko osoby:

Spôsob oznámenia: telefonicky emailom listom č.: iné

Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zodpovednej osoby za oboznámenie:

2. Osobe, ktorú si pacient určil (do 24 hodín od použitia)¹⁶⁾

Dátum: **Čas:**
Meno a priezvisko osoby:

Spôsob oznámenia: telefonicky emailom listom č.: iné

Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zodpovednej osoby za oboznámenie:

3. Príslušnému súdu a prokuratúre (v prípadoch presiahnutia použitia OP 24 hodín)

Dátum: **Čas:**
Názov a sídlo prokuratúry/súdu:

Spôsob oznámenia: telefonicky emailom listom č.: iné

Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zodpovednej osoby za oboznámenie:

Výsvetlivky:

1) Pri kombinácii OP sa zapisujú v poradí, v akom boli použité. Za ukončenie použitia OP sa nepovažuje krátkodobé uvoľnenie pacienta najmä na účely vykonania fyziologických potrieb alebo lekárskeho vyšetrenia.

2) Každá podaná dávka sa počíta ako 1 OP.

3) Zapisuje sa, ak nejde o seklíznu miestnosť, ale ide o inú miestnosť určenú na bezpečný pobyt pacienta, bez požiadaviek na materiálo-technické zabezpečenie, v ktorej sa pacient cíti bezpečne, nemôže si ublížiť a môže aj sám požiadať o umiestnenie do tejto miestnosti, ak cíti potrebu vzdialiť sa od ostatných pacientov.

4) Zapisuje sa vždy pred použitím OP.

5) Použitie OP môže nariadiť lekár alebo sestra.

6) Zapisuje sa, ak použitie OP nariadila sestra, a lekár ho bezprostredne posúdi a vyjadrí súhlas alebo nesúhlas s nariadením použitia OP, ktorý odôvodní. Ak lekár vyjadrí nesúhlas s nariadením použitia OP, upustí sa od použitia OP.

7) Zapisuje sa najmä opis správania pacienta, vzájomného kontaktu pacienta s okolím, použitia miernejších spôsobov zvládnutia situácie, určenia choroby pacienta, ak mala vplyv na správanie pacienta.

8) Zapisuje sa iba, ak nie je dôvod uvedený v bodoch 1 až 3 a 5 až 7.

9) Zapisuje sa v prípade kombinácie dôvodov použitia OP, ak sú u pacienta prítomné dva a viaceré uvedené dôvody súčasne, pričom nie je možné určiť ani jeden ako dominantný.

10) Zapisuje sa vykonaná kontrola zdravotníckym pracovníkom každých 30 min. počas trvania obmedzenia a lekárom každé 4 hodiny počas trvania obmedzenia.

11) Zapisuje sa najmä posúdenie psychických funkcií vrátane rizika agresívneho správania, posúdenie stavu fyziologických funkcií vrátane vitálnych funkcií, hydratácie, výživy, vyprázdňovania, hygieny, tepelného komfortu a svetelného komfortu, prevencia komplikácií plynúcich z použitia OP.

12) Zapisuje sa pri pokračovaní použitia OP a zdôvodní sa pokračovanie. Ak sa zmení druh alebo typ používaného OP, zmena druhu alebo typu OP sa zapíše. V prípade pokračovania použitia rovnakého druhu OP sa zdôvodní pokračovanie v použití OP.

13) Za ukončenie použitia OP sa nepovažuje krátkodobé uvoľnenie pacienta najmä na účely vykonania fyziologických potrieb alebo lekárskeho vyšetrenia.

14) Zapisuje sa dĺžka doby použitia OP od nariadenia až po ukončenie jeho použitia.

15) Zapisujú sa údaje o prijatých opatreniach v rozsahu údajov týkajúcich sa najmä úpravy terapie, zmeny liečebného režimu, prepustenia pacienta a iné.

16) Použitie sa neoznamuje, ak ide o použitie OP pri poskytovaní ústavnej starostlivosti v rámci osobitného liečebného režimu v detenčnom ústave alebo v detenčnom ústave pre mladistvých.