

VZOR
Zápis o použití obmedzovacieho prostriedku

Názov zdravotníckeho zariadenia	(sídlo, IČO, klinika, oddelenie – pečiatka)	
Meno a priezvisko pacienta		
Rodné číslo pacienta		
SPÔSOB POUŽITIA OBMEDZOVAČIEHO 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 (neviduje sa počet fixovaných bodov)	
	<input type="checkbox"/> B5 – iné	
C – farmakologické²⁾	<input type="checkbox"/> C1 – antipsychotiká	
	<input type="checkbox"/> C2 – anxiolytiká	
	<input type="checkbox"/> C3 – iné	
	Dátum a čas podania: Názov liečiva, lieková forma, množstvo liečiva v liekovej forme, cesta podania	
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 sestrou ⁶⁾ <input type="checkbox"/> súhlasím <input type="checkbox"/> nesúhlasím	
Odôvodnenie posúdenia: Meno, priezvisko, podpis a pečiatka lekára:		
VYKONANIE NARIADENÉHO POUŽITIA OP		
Dátum: Čas:	Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka:	Prítomnosť asistujúcej osoby: <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:	Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka, ktorý informoval pacienta pred použitím OP:	Dátum: Čas: Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka, ktorý informoval pacienta po skončení použitia OP:
KONTROLA PACIENTA PRI POUŽITÍ OP¹⁰⁾		
Kontrola: <input type="checkbox"/> osobne zdravotníckym pracovníkom <input type="checkbox"/> cez signalizačné zariadenie na obojsmernú komunikáciu <input type="checkbox"/> pozorovanie pacienta na diaľku <input type="checkbox"/> pozorovanie kamerovým systémom	Dátum: Čas: Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zdravotníckeho pracovníka vykonávajúceho kontrolu:	
Kontrola zdravotného stavu: ¹¹⁾		
Prehodnotenie a zdôvodnenie nevyhnutnosti ďalšieho použitia OP ¹²⁾		
UKONČENIE POUŽITIA NARIADENÉHO OP¹³⁾		
Dátum: Čas: Meno, priezvisko, podpis a pečiatka sestry:	Dĺžka doby použitia OP: ¹⁴⁾ <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:		

VKONANIE 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: <input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> emailom <input type="checkbox"/> listom č.: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> emailom <input type="checkbox"/> listom č.: <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> telefonicky <input type="checkbox"/> emailom <input type="checkbox"/> listom č.: <input type="checkbox"/> iné	
Meno, priezvisko, podpis a pečiatka zodpovednej osoby za oboznámenie:	

Výsvetlivky:

¹⁾ Pri kombinácii OP sa zapisujú v poradi, 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 seklúznu miestnosť, ale ide o inú miestnosť určenú na bezpečný pobyt pacienta, bez požiadaviek na materiálno-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 vyjadri súhlas alebo nesúhlas s nariadením použitia OP, ktorý odovodní. Ak lekár vyjadri 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.“.