

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	☐ A1 – prevaha personálu	
	☐ A2 – hmaty	
	☐ A3 – iné	
B – mechanické	☐ B1 – ochranný pás	
	☐ B2 – popruh <i>(neviduje sa počet fixovaných bodov)</i>	
	☐ B5 – iné	
C – farmakologické²⁾	☐ C1 – antipsychotiká	
	☐ C2 – anxiolytiká	
	☐ C3 – iné	
	<i>Dátum a čas podania: Názov liečiva, lieková forma, množstvo liečiva v liekovej forme, cesta podania</i>	
D – izolácia	☐ D2 – iné ³⁾	
	☐ D3 – seklúzna miestnosť	
E – miernejší spôsob zvládnutia situácie (nie je OP)⁴⁾	☐ E1 – iná verbálna deeskalčná technika	
	☐ E2 – odvrátenie pozornosti	
	☐ E3 – aktívne počúvanie	
	☐ E4 – verbálna komunikácia	
	☐ 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⁾ ☐ súhlasím ☐ 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: ☐ áno (SBS,) ☐ nie		
DÔVOD POUŽITIA OP⁷⁾		
☐ 1-autoagresia ☐ 2-heteroagresia ☐ 3-zvýšená tensia ☐ 4-iné ⁸⁾ ☐ 5-dezorientácia ☐ 6-prevenčia pádu ☐ 7-poruchy správania ☐ kombinácia ⁹⁾		
INFORMOVANIE PACIENTA O ÚČELE, POVAHE, NÁSLEDKOV 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: ☐ osobne zdravotníckym pracovníkom ☐ cez signalizačné zariadenie na obojsmernú komunikáciu ☐ pozorovanie pacienta na diaľku ☐ pozorovanie kamerovým systémom Kontrola zdravotného stavu:¹¹⁾ Prehodnotenie a zdôvodnenie nevyhnutnosti ďalšieho použitia OP¹²⁾		
UKONČENIE POUŽITIA NARIADENÉHO OP¹³⁾		
Dátum: Čas: Meno, priezvisko, podpis a pečiatka sestry: Dĺžka doby použitia OP:¹⁴⁾ ☐ do 30 min. ☐ 30 min. až 59 min. ☐ 1 hod. až 2 hod. 59 min. ☐ 3 hod. až 5 hod. 59 min. ☐ 6 hod. až 11 hod. 59 min. ☐ 12 hod. až 23 hod. 59 min. ☐ 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 SITUÁCIE ¹⁵⁾	
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 seklúznu 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 vyjadří 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 má 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.“.