98

VYHLÁŠKA

ze dne 22. března 2012

o zdravotnické dokumentaci

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), k provedení § 69 písm. a) až d) zákona o zdravotních službách:

§ 1

(1) Zdravotnická dokumentace, s ohledem na rozsah poskytovaných zdravotních služeb, obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi, a to

a) identifikační údaje poskytovatele, kterými jsou
   1. jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele,
   2. adresa místa poskytování zdravotních služeb v případě fyzické osoby,
   3. obchodní firma nebo název poskytovatele, adresa sídla nebo adresa místa podnikání v případě právnické osoby,
   4. identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,
   5. název oddělení nebo obdobné části, je-li zdravotnické zařízení poskytovatele takto členěno (dále jen „oddělení zdravotnického zařízení“),
b) identifikační údaje pacienta, kterými jsou
   1. jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta,
   2. datum narození, rodné číslo, je-li přiděleno, číslo pojištěnce veřejného zdravotního pojištění, není-li tímto číslem rodné číslo pacienta, a kód zdravotní pojišťovny,
   3. adresa místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu na území České republiky, a v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresa bydliště mimo území České republiky,
c) pohlaví pacienta,
d) jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace; to neplatí v případě poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem,
e) datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta,
f) razítko poskytovatele, jde-li o součást zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi nebo podle jiných právních předpisů jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít,
g) v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče datum a čas
   1. přijetí pacienta do jednodenní nebo lůžkové péče,
   2. ukončení péče o pacienta,
   3. přeložení pacienta k jinému poskytovateli, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení,
   4. úmrtí pacienta,
h) informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb,
i) informace o tom, zda jde o pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům“),
j) u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné[1]) záznam o druhu vykonávané činnosti,

[1]) § 19 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění zákona č. 274/2003 Sb. a zákona č. 392/2005 Sb.

k) klasifikaci pacienta, jehož stav vykazuje určitý stupeň částečného nebo úplného omezení či znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí, které bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru, podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví vydané a oznámené Českým statistickým úřadem podle zákona upravujícího státní statistickou službu.

(2) Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje

a) pracovní závěry a konečnou diagnózu,

b) návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje,

c) záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb,

d) záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nález,

e) záznam o

1. předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, nebo zdravotnických prostředků,
2. podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně podaného množství; v případě podání transfuzního přípravku jednoznačné evidenční číslo transfuzního přípravku, včetně kódu identifikujícího zařízení transfuzní služby, datum, čas a podpis zdravotnického pracovníka, který transfuzní přípravek podal,
3. vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely, včetně množství, nebo zdravotnickými prostředky,

f) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě, včetně druhu dopravního prostředku,

g) záznamy o provedené ošetřovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči,

h) záznam o provedení očkování, včetně uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže,

i) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví jiný právní předpis[2]) nebo jestliže s ohledem na charakter zdravotního výkonu byl souhlas v písemné formě poskytovatelem vyžádán,

j) záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb,

k) záznam o použití omezovacích prostředků[3]) vůči pacientovi, který obsahuje

1. záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu,
2. čas zahájení a ukončení použití omezovacího prostředku,
3. záznamy o průběžném hodnocení trvání důvodů použití omezovacího prostředku,
4. záznamy o průběžném hodnocení zdravotního stavu pacienta v průběhu omezení,
5. v případě výskytu komplikací jejich popis,
6. jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnického pracovníka, který použití omezovacího prostředku indikoval; v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, také jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který byl o použití omezovacího prostředku dodatečně informován,
7. v případě, že použití omezovacího prostředku neindikoval lékař, záznam lékaře o vyhodnocení odůvodněnosti omezení, včetně času, kdy ji potvrdil,
8. informaci o tom, že byl zákonný zástupce pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo nezletilého pacienta informován o použití omezovacích prostředků,

l) stejnopisy lékařských posudků,

m) v případě poskytnutí vyžádaných zdravotních služeb též žádanku vystavenou jiným poskytovatelem,

n) záznam o nahlédnutí do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi s uvedením kdy, kým a v jakém rozsahu k nahlédnutí došlo, včetně zá-

[2]) Například zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

[3]) § 39 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

znamu o pořízení kopie nebo výpisu ze zdravotnické dokumentace, pokud byly pořízeny,

o) záznam o uznání nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti, posuzování zdravotního stavu v době jejího trvání, údaje o stanoveném režimu dočasně práce neschopného pojištěnce a jeho změnách, záznam o započetí potřeby ošetřování a jeho délce; záznam o ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede poskytovatel, který pacienta vedl v evidenci dočasně práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pracovní neschopnosti předán do evidence jiného poskytovatele nebo převzat od jiného poskytovatele, je součástí zdravotnické dokumentace též záznam o dni jeho předání nebo převzetí,

p) záznamy lékaře orgánu nemocenského pojištění související s kontrolou posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování,

q) záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb,

r) záznam o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, o přijatých opatřeních a o splnění oznamovací povinnosti v souladu s příslušnými právními předpisy[4]).

(3) Zdravotnická dokumentace rovněž obsahuje záznamy, součásti a jiné skutečnosti stanovené zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákonem o specifických zdravotních službách nebo jinými právními předpisy[5]).

§ 2

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou

a) výsledky vyšetření ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam,

b) písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, které si předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta,

c) v případě lůžkové péče souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího léčebného postupu, pokud lůžková péče trvá déle než 7 dnů,

d) v případě pracovnělékařských služeb údaje o obsahu a podmínkách výkonu práce, k níž je zdravotní stav zaměstnance sledován, a to včetně údajů o zařazení jednotlivých faktorů pracovního prostředí do příslušné kategorie[6]), výsledky biologických expozičních testů, dávky ionizujícího záření a další údaje podstatné pro hodnocení vlivu pracovních podmínek na zdraví zaměstnance a dále písemné informace o dosavadním zdravotním stavu nebo o jeho vývoji předané registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství,

e) záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených podle jiných právních předpisů[7]), včetně záznamů o zdravotním stavu pacienta, a kopie zpráv, informací a údajů předaných podle těchto jiných právních předpisů,

f) záznamy o výskytu závažných nebo neočekávaných nežádoucích příhod v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, s podáním léčivého přípravku, s použitím zdravotnického prostředku, o podání léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení nebo použití zdravotnického prostředku v rámci klinického zkoušení,

g) záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena[8]),

---

[4]) § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění zákona č. 375/2011 Sb.

[5]) Například zákon č. 285/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

[6]) Zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

[7]) Například zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 359/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

[8]) Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

h) záznam o hlášení infekční nemoci, podezření na infekční nemoc, úmrtí na infekční nemoc nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

§ 3

(1) Na každém listu zdravotnické dokumentace se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále identifikační údaje poskytovatele, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení.

(2) Součásti zdravotnické dokumentace uvedené v příloze č. 1 k této vyhlášce, které jsou jejími samostatnými částmi, obsahují údaje stanovené v této příloze a dále údaje a informace podle § 1 odst. 1 písm. a), b), d) až f), pokud není v příloze č. 1 k této vyhlášce stanoveno jinak.

(3) Za provedení zápisu do zdravotnické dokumentace je odpovědný zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.

§ 4

Součástí zdravotnické dokumentace zdravotnické záchranné služby jsou

a) zvukový záznam o příjmu volání na národní číslo tísňového volání 155 a výzev předaných operačním střediskem jiné základní složky integrovaného záchranného systému (dále jen „tísňové volání“),
b) záznam operátora v digitální formě,
c) kopie záznamu o výjezdu,
d) identifikační a třídící karta,
e) záznam o hromadném odsunu pacientů.

§ 5

(1) Poskytovatel vede a uchovává zdravotnickou dokumentaci v souladu se zásadami stanovenými v příloze č. 2 k této vyhlášce; zajišťuje posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb (dále jen „posouzení potřebnosti“) pro účely jejího vyřazení a zničení nebo dalšího uchování. To platí obdobně pro příslušný správní orgán, který podle zákona o zdravotních službách převzal zdravotnickou dokumentaci.

(2) Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se vyřazovacím znakem „S“, pokud není jiným právním předpisem nebo v příloze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak. V případě převzetí zdravotnické dokumentace příslušným správním orgánem se běh lhůt pro dobu uchování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce nepřerušuje.

(3) Doba uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním poskytovatelem počíná běžet dnem 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž byl proveden poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta, pokud není v příloze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak.

(4) Pokud zdravotnická dokumentace nebo její části vedené o pacientovi svým zařazením nebo věcným obsahem podléhají několika lhůtám pro její uchování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, doba uchovávání a vyřazovací znak se určí vždy podle nejdelší doby uchování.

§ 6

(1) V případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě je každý záznam do zdravotnické dokumentace opatřen elektronickým podpisem[9]).

(2) Technické prostředky pro vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě zaručí

a) zabezpečení výpočetní techniky softwarovými a hardwarovými prostředky před přístupem neoprávněných osob ke zdravotnické dokumentaci a
b) vedení evidence všech přístupů ke zdravotnické dokumentaci včetně jejich oprav, změn a mazání.

§ 7

(1) Na zdravotnickou dokumentaci, která začala být vedena přede dnem 1. dubna 2012, se vztahují přílohy č. 2 a 3 k této vyhlášce. Pokud u této zdravotnické dokumentace uplynula doba uchování určená podle § 5 přede dnem nabytí účinnosti této vyhlášky a skartační řízení nebylo provedeno nebo zahájeno podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění účinném do 31. března 2012, lze její potřebnost posoudit ode dne 1. července 2013.

[9]) Zákon č. 227/2000 Sb., o elektronickém podpisu, ve znění pozdějších předpisů.

(2) Pokud u zdravotnické dokumentace vedené přede dnem 1. dubna 2012 bylo zahájeno skartační řízení, dokončí se podle vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění účinném do 31. března 2012.

§ 8

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2012, s výjimkou ustanovení § 1 odst. 1 písm. k), které nabývá účinnosti dnem 1. dubna 2013.

Ministr:

doc. MUDr. **Heger**, CSc., v. r.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

MINIMÁLNÍ OBSAH SAMOSTATNÝCH ČÁSTÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

1. VÝPIS ZE ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE

Výpis ze zdravotnické dokumentace obsahuje:

a) základní údaje z anamnézy doplněné o údaje nezbytné k účelu, pro který je výpis vydáván,
b) informace o posledně zjištěném zdravotním stavu pacienta a rozpis jím užívaných léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a používaných zdravotnických prostředků,
c) diagnostický souhrn,
d) stručné zhodnocení dosavadního vývoje zdravotního stavu pacienta, včetně reakcí na dosavadní léčbu a dynamiky vývoje výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
e) další podstatné informace včetně informací z posudkové péče.

2. VYŽÁDÁNÍ DALŠÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (ŽÁDANKA)

Vyžádání dalších zdravotních služeb obsahuje:

a) požadované zdravotní služby a jejich odůvodnění, včetně naléhavosti jejího poskytnutí,
b) údaje o posledně zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších pomocných vyšetření,
c) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ni,
d) pracovní diagnózu,
e) stručné zhodnocení údajů z anamnézy, pokud mají souvislost s požadovanými zdravotními službami.

V případě vyžádání odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření, nebo v použití přístrojového vybavení, zejména ekg, ultrazvuk, rentgen, žádanka obsahuje informace podle písmene a) a e).

Poskytovatel pracovnělékařské služby uvede v žádosti o odborné vyšetření vedle informací o zjištěném zdravotním stavu vždy údaje o výskytu rizikových faktorů a zdravotní náročnosti práce a podmínkách, za kterých je posuzovaná činnost vykonávána.

3. ZPRÁVA O POSKYTNUTÝCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Zpráva o poskytnutých zdravotních službách obsahuje:

a) údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření,
b) údaje o dosavadní léčbě a reakci pacienta na ní,
c) doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb, včetně doporučení v posudkové péči.

V případě jednorázového poskytnutí zdravotních služeb zpráva obsahuje údaje o zjištěném zdravotním stavu, včetně výsledků laboratorních a dalších vyšetření a doporučení k dalšímu poskytování zdravotních služeb.

V případě vyžádaných odborných vyšetření spočívajících v laboratorním vyšetření nebo v použití přístrojového vybavení, zejména ekg, ultrazvuk, rentgen, zpráva o poskytnutých zdravotních službách obsahuje informace podle písmene a).

4. INFORMACE O UKONČENÍ JEDNODENNÍ NEBO LŮŽKOVÉ PÉČE (PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA)

A. Propouštěcí zpráva obsahuje:

1. stručný údaj o anamnéze a současné nemoci,
2. dobu a průběh jednodenní nebo lůžkové péče vystihující, proč byl pacient hospitalizován a jaký byl výsledek diagnostického úsilí, ošetřování a léčby,
3. hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy,
4. záznam o dosavadní léčbě a výsledky provedených vyšetření, které jsou podstatné pro poskytování dalších zdravotních služeb,
5. přehled provedených zdravotních výkonů, včetně jejich výsledků a případných komplikací,
6. doporučení k poskytnutí potřebných zdravotních služeb, včetně léčebně rehabilitační a ošetřovatelské péče a doporučení dietního režimu, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a jejich dávkování a doporučení zdravotnických prostředků určené poskytovateli, který bude další zdravotní služby poskytovat, a doporučení pro posudkovou zdravotní péči.

B. Předběžná propouštěcí zpráva obsahuje:

1. základní údaje o průběhu hospitalizace,
2. hlavní diagnózu, vedlejší diagnózy,
3. stručný záznam o dosavadní léčbě, léčebně rehabilitační a ošetřovatelské péči, dietním režimu, včetně uvedení léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, jimiž je pacient vybaven,
4. doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb.

5. PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ)

A. Písemný souhlas obsahuje:

1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb,
2. poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si z několika alternativ,

3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
5. poučení o právu pacienta svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují,
6. záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, formou poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu,
7. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl.

B. Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje podle části A byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a též pacientovi; pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí[10)].

6. ZÁZNAM O ODMÍTNUTÍ POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB (REVERS)

A. Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb pacientem obsahuje:
1. údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebných zdravotních službách,
2. údaj o možných následcích odmítnutí potřebných zdravotních služeb pro zdraví pacienta,
3. záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodu 1 a 2 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
4. písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebné zdravotní služby odmítá,
5. místo, datum, hodina a podpis pacienta,
6. podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,
7. nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

B. Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, musí z prohlášení o odmítnutí zdravotních služeb vyplývat, že příslušné informace podle části A byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a též pacientovi; pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí[10)].

C. Záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb poskytovatelem nebo zdravotnickým pracovníkem nebo nepřijetí do péče obsahuje:

[10)] § 31 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

1. důvod odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb, včetně popisu odmítnuté zdravotní služby nebo nepřijetí do péče,
2. datum a čas odmítnutí nebo nepřijetí do péče.

D. Pro odvolání písemného souhlasu se použije část A a B obdobně.

7. ZÁZNAM O DŘÍVE VYSLOVENÉM PŘÁNÍ

Pro záznam o dříve vysloveném přání učiněném při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace se obdobně použije:

a) část A dílu 5. této přílohy, je-li předmětem dříve vysloveného přání souhlas s poskytnutím zdravotních služeb,
b) část A dílu 6. této přílohy, je-li předmětem dříve vysloveného přání nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

8. ZÁZNAM O SOUHLASU S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ

Záznam o souhlasu pacienta nebo zákonného zástupce s poskytováním informací o zdravotním stavu pacienta obsahuje:

a) určení osob, kterým lze informace sdělit, popřípadě určení osob, kterým informace sdělit nelze,
b) rozsah informace, kterou lze sdělit,
c) sdělení, zda má určená osoba nebo osoby právo nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi a právo na pořízení její kopie nebo výpisu,
d) sdělení, zda má určená osoba nebo osoby právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb pacientovi, pokud tak nemůže učinit sám pacient,
e) sdělení, jakým způsobem mohou být informace poskytovány (například písemně, ústně, telefonicky, faxem, e-mailem, SMS), včetně odpovídajícího kontaktního spojení,
f) místo, datum a podpis pacienta nebo zákonného zástupce a podpis zdravotnického pracovníka, který záznam zpracoval.

9. LÉKAŘSKÝ POSUDEK

Lékařský posudek obsahuje vždy:

a) identifikační údaje
   1. posuzované osoby v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu posuzované osoby, popřípadě místo pobytu na území České republiky, jde-li o cizince,
   2. poskytovatele, jehož jménem posuzující lékař lékařský posudek vydal, a to identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, adresa sídla nebo místa podnikání, razítko poskytovatele,
   3. lékaře, který posudek jménem poskytovatele vydal, a to jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis lékaře,
   4. pořadové číslo nebo jiné evidenční označení posudku,
b) účel vydání posudku,

c) posudkový závěr,
d) poučení o možnosti podat návrh na přezkoumání,
e) datum vydání posudku,
f) datum ukončení platnosti posudku, pokud je třeba na základě zjištěného zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti omezit jeho platnost, nebo pokud tak stanoví jiný právní předpis.

10. DOKUMENTACE POSKYTOVATELE ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Dokumentaci poskytovatele zdravotnické záchranné služby tvoří soubor dokumentů a záznamů vztahujících se ke konkrétnímu pacientovi nebo konkrétní události, a to včetně zvukových nahrávek (záznamů) zdravotnického operačního střediska s časovými údaji.

A. Záznam operátora obsahuje:

a) datum, čas a pořadové číslo tísňového volání,
b) osobní údaje pacienta, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození, pokud lze tyto údaje zjistit, a údaje potřebné k určení místa zásahu,
c) telefonní číslo nebo jiný údaj o možnosti spojení na volajícího, pokud lze tyto údaje zjistit,
d) osobní údaje operátora, který přijal tísňové volání,
e) čas předání tísňové výzvy k výjezdu výjezdové skupině zdravotnické záchranné služby,
f) indikace výjezdu.

Záznam operátora je veden v elektronické podobě a archivuje se na médiu s životností delší 5 let.

B. Záznam o výjezdu obsahuje:
Kromě náležitostí uvedených v části A také

a) místo, odkud je výjezd realizován,
b) datum a čas výjezdu výjezdové skupiny, typ výjezdové skupiny,
c) datum a čas příjezdu výjezdové skupiny na místo události,
d) stručný popis klinického stavu,
e) pracovní diagnózu,
f) popis poskytnuté přednemocniční neodkladné péče,
g) čas a místo předání pacienta do zdravotnického zařízení včetně identifikačních údajů přijímajícího poskytovatele nebo čas a místo ukončení výjezdu, pokud pacient nebyl předán poskytovateli,
h) jméno, popřípadě jména a příjmení zdravotnických pracovníků, kteří přednemocniční neodkladnou péči poskytli.

Záznam o výjezdu je předán cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče, popřípadě pacientovi v listinné podobě, kopie záznamu je archivována v listinné nebo elektronické podobě u poskytovatele zdravotnické záchranné služby.

C. Identifikační a třídící karta obsahuje:
a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene označujícího kraj a pořadové číslo karty),
b) stupeň naléhavosti ošetření pacienta,
c) čas vytřídění pacienta,
d) pracovní diagnózu,
e) čas předání pacienta odsunovému prostředku,
f) čas předání pacienta poskytovateli akutní lůžkové péče,
g) druh transportu zdravotnické přepravy v návaznosti na složení výjezdové skupiny podle zákona o zdravotnické záchranné službě,
h) stav životně důležitých funkcí, zejména hodnocení stavu pacienta v kómatu (GCS), krevní tlak, pulsová a dechová frekvence a graficky znázorněná lokalizace poranění,
i) záznam léčby, zejména podané léčivé přípravky, použité zdravotnické prostředky, případně provedení dekontaminace,
j) stupeň naléhavosti odsunu.

D. Záznam o hromadném odsunu pacientů obsahuje:
a) jedinečné registrační číslo pacienta (kombinace písmene a pořadového čísla opsaná z identifikační a třídící karty),
b) prioritu odsunu,
c) čas předání pacienta odsunovému prostředku.

11. DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

A. Záznam o ošetřovatelské péči obsahuje:

a) ošetřovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta,
b) ošetřovatelský plán, ve kterém se uvede:
1. popis ošetřovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetřovatelských diagnóz,
2. stanovení předpokládaných ošetřovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta; podle povahy ošetřovatelského výkonu se uvede též časový údaj o jeho provedení,
3. hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče a průběžné změny v ošetřovatelském plánu,
c) průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta,
d) ošetřovatelskou propouštěcí nebo překladovou zprávu s doporučením k další ošetřovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté ošetřovatelské péči včetně časových údajů; může obsahovat doporučení k dalším ošetřovatelským postupům; ošetřovatelská překladová zpráva se zpracuje pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb.

B. Rozsah jednotlivých obsahových součástí záznamu o ošetřovatelské péči podle části A písmen a) až d) může poskytovatel zdravotních služeb přizpůsobit charakteru poskytované ošetřovatelské péče, zpravidla pokud celková doba jejího trvání u téhož pacienta nepřesahuje 3 dny.

12. PITEVNÍ PROTOKOL

A. Pitevní protokol obsahuje:

a) číslo pitevního protokolu,
b) identifikační údaje zemřelého, v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. b), jsou-li známy,
c) místo, datum a čas úmrtí, jsou-li známy,
d) jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zdravotnických pracovníků účastnících se pitvy,
e) datum a čas zahájení pitvy,
f) anamnestické údaje a informace o významných okolnostech souvisejících s úmrtím, jsou-li známy,
g) klinickou diagnózu ošetřujícího lékaře nebo lékaře provádějícího prohlídku těla zemřelého,
h) zápis o provedené pitvě členěný na
   1. zevní prohlídku s popisem těla zemřelého,
   2. vnitřní prohlídku s makroskopickým popisem nálezu jednotlivých orgánů tělních dutin,
   3. údaje o provedeném odběru biologického materiálu k dalším vyšetřením; písemný výsledek těchto vyšetření je nedílnou součástí protokolu,
i) záznam o povinných hlášeních.

K pitevnímu protokolu se připojí kopie listu o prohlídce zemřelého, kopie příkazu k přepravě těla zemřelého z pitvy a originál průvodního listu k pitvě.

B. V případě patologicko-anatomické pitvy je dále součástí pitevního protokolu pitevní diagnóza členěná na:
   1. základní onemocnění,
   2. komplikace základního onemocnění,
   3. bezprostřední příčina smrti,
   4. vedlejší patologické nálezy.

C. V případě zdravotní pitvy jsou dále součástí pitevního protokolu
a) pitevní diagnóza členěná na:
   1. základní onemocnění nebo úraz,
   2. bezprostřední příčina smrti,
b) identifikační údaje jiných osob přítomných pitvě, v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení; u jiných přítomných osob se též uvede pracovní nebo služební zařazení a důvod přítomnosti.

13. PRŮVODNÍ LIST K PITVĚ

A. Průvodní list k pitvě obsahuje:

a) identifikační údaje
   1. poskytovatele, jehož lékař provedl prohlídku těla zamřelého, v rozsahu stanoveném v § 1 odst. 1 písm. a),
   2. lékaře provádějícího prohlídku těla v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení,
   3. zemřelého v rozsahu jméno, popřípadě jména, a příjmení, rodné číslo, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno,
b) datum a čas úmrtí, a to i odhad,
c) datum a čas provedení prohlídky těla,
d) navrhovaný druh pitvy, která má být provedena.

Průvodní list se opatří podpisem lékaře, který prováděl prohlídku těla zamřelého a otiskem razítka poskytovatele.

B. Průvodní list k patologicko – anatomické pitvě dále obsahuje:

a) klinickou diagnózu, a to
   1. základní onemocnění,
   2. bezprostřední příčinu smrti,
   3. komplikace,
b) anamnestické údaje, zejména informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,
c) stručný popis průběhu onemocnění, které bylo příčinou smrti,
d) popis léčby (například ozařování, léčba antibiotiky a jakými, aplikace radioizotopů),
e) záznam o trestním oznámení, bylo-li podáno,
f) návrhy na zvláštní zjištění při provádění pitvy, je-li to k objasnění příčiny úmrtí nebo ověření léčebných postupů žádoucí.

B. Průvodní list k patologicko-anatomické pitvě dětí dále obsahuje:

a) údaje podle části B,
b) zaměstnání nebo povolání rodičů, popřípadě profesi,
c) anamnestické údaje, zejména
   1. porodní hmotnost,
   2. porod spontánní nebo operativní,
   3. křišení po porodu,
   4. údaj o vícečetném těhotenství,
   5. výživa novorozence (kojení, umělá výživa),
   6. informace o počtu, věku a zdravotním stavu sourozenců,
   7. informace o prodělaných onemocněních, operacích, transfuzi krve nebo plazmy,
   8. údaje o provedeném očkování.

D. Průvodní list ke zdravotní pitvě dále obsahuje:

a) místo nálezu těla a jeho popis, včetně údajů o nálezech v okolí těla (například léčivé přípravky, lékovky, zdravotnické prostředky, tekutiny, elektrické nebo plynové spotřebiče, zvířata),
b) údaje o vnějších faktorech majících vliv na tělo (například teplota prostředí, vítr, vlhkost, přímý svit slunce, požár),
c) popis polohy těla před zásahem zdravotnické záchranné služby,
d) údaje o oblečení (například ponecháno v původním stavu, rozstřiženo – kde, odstraněno a pokud ano, které součásti),
e) popis posmrtných změn, a to
   1. skvrny; uvede se, na které části těla a jaké (vytlačitelné, jak),
   2. ztuhlost; uvede se, zda nastala na celém těle nebo na které části těla, její síla,
   3. rektální teplota,
   4. hnilobné změny; uvede se, zda jsou nepřítomné, počínající nebo pokročilé, přítomnost hmyzu (jakého), velikost larev,
f) nemoci, jsou-li známy,
g) popis potíží před úmrtím, pokud jsou známy, popřípadě údaj o náhlém úmrtí,
h) popis případných známek zevního násilí,
i) údaj o provádění resuscitace (laická, rozšířená),
j) údaj o invazivním zásahu při poskytování přednemocniční neodkladné péče (například kanylace žíly, drenáž hrudníku),
k) zápis o oznámení nálezu těla Policii České republiky podle záznamu operátora,
l) záznam subjektu, který se na místo nálezu těla dostavil jako první, a to
   1. výjezdová skupina zdravotnické záchranné služby,
   2. Policie České republiky,
   3. Hasičský záchranný sbor, nebo
   4. jiné osoby; v takovém případě se zaznamenají jejich identifikační údaje, pokud jsou známy, a to v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení, popřípadě též jejich vztah k zemřelé osobě, a kontaktní údaje.

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

ZÁSADY PRO UCHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE A POSTUP PŘI JEJÍM VYŘAZOVÁNÍ A ZNIČENÍ PO UPLYNUTÍ DOBY UCHOVÁNÍ

Čl. 1

(1) Vyřazováním zdravotnické dokumentace se rozumí posuzování a plánovitý výběr zdravotnické dokumentace, která je nadále pro poskytování zdravotních služeb nepotřebná. Při tomto výběru se rozhoduje o tom, zda zdravotnická dokumentace bude po uplynutí doby uchování vyřazena a navržena ke zničení.

(2) Vyřazování zdravotnické dokumentace při posouzení potřebnosti se provádí ve lhůtách určených poskytovatelem, nejdéle však jedenkrát za 3 roky komplexně za celého poskytovatele.

(3) Předmětem posouzení potřebnosti je veškerá zdravotnická dokumentace, u které uplynula doba uchování. Bez posouzení skutečností rozhodných pro uplynutí lhůty stanovené pro dobu uchování zdravotnické dokumentace a posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace nelze zdravotnickou dokumentaci zničit.

(4) Odborný dohled nad posouzením potřebnosti provádí komise pro posouzení potřebnosti zdravotnické dokumentace (dále jen „komise“), která má minimálně 3 členy. Členy komise, které jmenuje a odvolává poskytovatel, jsou zdravotničtí pracovníci.

(5) V případě poskytovatele, který má méně než 10 zdravotnických pracovníků nebo jiných odborných pracovníků, se komise nezřizuje a za řádné posouzení zdravotnické dokumentace podle odstavce 3 odpovídá poskytovatel.

Čl. 2

Doba uchování zdravotnické dokumentace je doba, po kterou je nutné zdravotnickou dokumentaci uchovat u poskytovatele pro účely poskytování zdravotních služeb. Před jejím uplynutím nesmí být zdravotnická dokumentace zničena.

Čl. 3

(1) Zdravotnická dokumentace se označuje vyřazovacími znaky, které vyjadřují hodnotu zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb a způsob zacházení se zdravotnickou dokumentací po uplynutí doby jejího uchování.

(2) Vyřazovací znak

a) „S“ označuje zdravotnickou dokumentaci, která se po uplynutí doby uchování navrhne ke zničení,
b) „V“ označuje zdravotnickou dokumentaci, jejíž hodnotu nelze v okamžiku vzniku určit; u takto označené zdravotnické dokumentace dochází po uplynutí dob uchování uvedených v příloze č. 3 k této vyhlášce k posouzení potřebnosti; části zdravotnické dokumentace již nepotřebné pro další poskytování zdravotních služeb se navrhnou k vyřazení a zničení.

(3) Doba uchování zdravotnické dokumentace může být prodloužena, nejméně vždy o 5 let, pokud je zdravotnická dokumentace nebo její část nadále potřebná k zajištění poskytování zdravotních služeb.

Čl. 4

(1) Zdravotnická dokumentace se podle označení vyřazovacími znaky rozdělí do skupiny „V“ a do skupiny „S“.

(2) U zdravotnické dokumentace skupiny „V“ posoudí vedoucí zdravotnický pracovník příslušného oddělení zdravotnického zařízení, které zdravotnickou dokumentaci vede, nebo jím určený zdravotnický pracovník (dále jen „pověřený zdravotnický pracovník“), která část bude navržena k vyřazení a které části bude prodloužena doba uchování. Jde-li o zdravotnického pracovníka poskytujícího zdravotní služby vlastním jménem, posouzení provede tento zdravotnický pracovník.

Čl. 5

(1) Pověřený zdravotnický pracovník vypracuje návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace, který obsahuje identifikační údaje poskytovatele, včetně uvedení pracoviště, je-li jeho zdravotnické zařízení takto členěno, identifikační údaje pověřeného zdravotnického pracovníka, který návrh vypracoval.

(2) K návrhu na vyřazení zdravotnické dokumentace se připojí seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení. V závěru seznamu se uvede zdravotnická dokumentace s vyřazovacím znakem „V“ s návrhem na její rozdělení na část navrženou k vyřazení a na část, jíž se prodlouží doba uchování.

(3) Návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace podepisuje pověřený zdravotnický pracovník.

(4) Poskytovatel, který je veřejnoprávním původcem podle zákona o archivnictví[11)], zašle návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace společně se seznamem zdravotnické dokumentace k vyřazení archivu příslušnému podle sídla poskytovatele, popřípadě sídla jeho pracoviště, je-li toto pracoviště zpracovatelem návrhu, k posouzení a k provedení výběru archiválií mimo skartační řízení.

(5) Příslušný archiv po posouzení seznamu zdravotnické dokumentace navržené k vyřazení a po provedení výběru archiválií mimo skartační řízení předá protokol o provedeném výběru archiválií mimo skartační řízení (dále jen „protokol o výběru archiválií“) poskytovateli. Protokol o výběru archiválií obsahuje soupis zdravotnické dokumentace nebo jejích částí, které byly vybrány za archiválie a které poskytovatel předá příslušnému archivu k zařazení do evidence archiválií ve lhůtě jím stanovené; pokud příslušný archiv nevybere k zařazení do evidence archiválií žádnou zdravotnickou dokumentaci nebo žádnou její část, v protokolu o výběru archiválií uvede tuto skutečnost.

(6) Poskytovatel upraví seznam zdravotnické dokumentace k vyřazení podle výsledku provedeného výběru archiválií mimo skartační řízení příslušným archivem a takto upravený seznam předá společně s návrhem na vyřazení zdravotnické dokumentace a protokolem o výběru archiválií komisi podle čl. 1 odst. 4, je-li zřízena, k posouzení a potvrzení.

[11)] § 3 odst. 1 zákona č. 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové službě a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 190/2009 Sb.

Čl. 6

(1) Komise posoudí návrh na vyřazení zdravotnické dokumentace a potvrdí ho, popřípadě navrhne, kterou zdravotnickou dokumentaci je třeba nadále uchovat a prodloužit její dobu uchování. Při tom zohlední výsledky výběru archiválií provedeného mimo skartační řízení. Návrh předloží poskytovateli.

(2) Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině „S“ musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby byla znemožněna rekonstrukce a identifikace jejího obsahu.

Čl. 7

Podle této přílohy se postupuje obdobně, jde-li o zdravotnickou dokumentaci vyřazovanou příslušným správním orgánem, který zdravotnickou dokumentaci podle zákona o zdravotních službách převzal s tím, že členem komise, kterou jmenuje a odvolává příslušný správní orgán, je nejméně jeden lékař, který též provádí činnosti pověřeného zdravotnického pracovníka.

Příloha č. 3 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

DOBY UCHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE NEBO JEJÍCH ČÁSTÍ

1. Zdravotní péče poskytovaná registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví - S
10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta

2. Ostatní ambulantní péče - S
5 let po posledním vyšetření pacienta

3. Dispenzární péče – V
a) 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta,
b) 100 let od data narození dialyzovaného pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta,
c) 100 let od data narození pacienta, který je podle jiného právního předpisu[12)] nosičem infekčního onemocnění nebo 10 let od úmrtí pacienta.

4. Zdravotní péče poskytnutá v souvislosti s léčbou duševních poruch a poruch chování, včetně zdravotní péče poskytnuté v souvislosti s ochranným léčením – S
100 let od data narození pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta

5. Lůžková péče – S
40 let od poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta

6. Jednodenní péče - S
15 let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo 10 let od úmrtí pacienta

7. Lázeňská léčebně rehabilitační péče –S
10 let od ukončení lázeňské léčebně rehabilitační péče

8. Pracovnělékařské služby
a) – S
100 let od data narození pacienta s uznanou nemocí z povolání nebo 10 let od jeho úmrtí, pokud dále není stanoveno jinak,
b) – V
15 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání nebo10 let od úmrtí pacienta, pokud dále není stanoveno jinak,
c) – V
10 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající práci zařazenou podle zákona o ochraně veřejného zdraví do kategorie první nebo druhé a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek a délku jejich

[12)] § 53 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 274/2003 Sb.

expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnělékařských služeb, nebo 10 let od úmrtí této osoby,
d) – V
15 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, není-li dále stanoveno jinak, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnělékařských služeb, nebo 10 let od úmrtí této osoby,
e) – V
40 let od ukončení zaměstnání osoby vykonávající rizikovou práci ve smyslu jiného právního předpisu[13)], pokud to jiný právní předpis požaduje, a předání informace o vývoji zdravotního stavu v době výkonu práce a charakteristice zdravotní náročnosti vykonávané práce, včetně uvedení kategorie práce podle jednotlivých faktorů pracovních podmínek, jejich míru a délku jejich expozice, a předání dalšímu příslušnému poskytovateli pracovnělékařských služeb, nebo 10 let po úmrtí této osoby,
f) – S
u zaměstnance kategorie A[14)] alespoň do dosažení věku 75 let, vždy však po dobu nejméně 30 let po ukončení pracovní činnosti v kategorii A,
g) – V
30 let od vzniku pracovního úrazu spojeného s hospitalizací přesahující 5 kalendářních dnů nebo 10 let po úmrtí osoby, která utrpěla takový úraz;
10 let od vzniku ostatních pracovních úrazů.

Písmena a), b) a g) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou registrujícím poskytovatelem v oboru všeobecné praktické lékařství, poskytovatelem pracovnělékařských služeb a poskytovatelem příslušným k posuzování a uznávání nemocí z povolání; písmena c) až f) se vztahují na zdravotnickou dokumentaci vedenou poskytovatelem pracovnělékařských služeb.

9. Zdravotnická záchranná služba - S
a) záznam operátora nejméně 10 let od posledního záznamu,
b) záznam o výjezdu 10 let od výjezdu zdravotnické záchranné služby,
c) zvukový záznam o příjmu tísňového volání nebo výzvy k výjezdu záchranné služby 24 měsíců od obdržení výzvy.

10. Patologická anatomie a soudní lékařství
a) – S
list o prohlídce zemřelého, jestliže není rozhodnuto o pitvě nebo pokud není pitva nařízena, 20 let od úmrtí,
b) – V
pitevní protokol včetně listu o prohlídce zemřelého, informace o provedení a výsledku bioptického vyšetření, popřípadě dalšího souvisejícího vyšetření, 150 let ode dne jejich vystavení,

---

[13)] § 40 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

[14)] Vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně, ve znění vyhlášky č. 499/2005 Sb.

c) – S
žádanky o bioptické nebo cytologické vyšetření 10 let od provedení vyšetření.

11. Zobrazovací metody – S
a) grafický nebo audiovizuální záznam nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 10 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotních služeb a ověřováním podmínek vzniku nemoci z povolání (ohrožení nemocí z povolání) podle jiného právního předpisu, pro jejíž potřeby byl záznam vyhotoven, pokud se nejedná o pacienta v dispenzární nebo jiné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou,
b) informace o průběhu a výsledku vyšetření pacienta zobrazovací metodou 10 let po předání informace poskytovateli, který vyšetření zobrazovací metodou vyžádal.

12. Ověřování nových poznatků na živém člověku použitím metod dosud nezavedených v klinické praxi, klinické zkoušky zdravotnických prostředků a klinické hodnocení humánních léčivých přípravků – V
a) nejméně 15 let od ukončení ověřování nových poznatků,
b) nejméně 30 let od ukončení ozařování, jestliže bylo při ověřování nových poznatků použity metody, které jsou spojeny s ozářením, včetně metod dosud nezavedených v klinické praxi a těch ozáření, kde není přímý zdravotní přínos pro fyzické osoby podstupující ozáření,
c) nejméně 15 let od ukončení klinické zkoušky zdravotnického prostředku,
d) nejméně 15 let od ukončení klinického hodnocení humánního léčivého přípravku.

13. Lékařské předpisy označené modrým pruhem a jejich průpisy – S
Nejméně doba uchování lékařského předpisu stanovená jiným právním předpisem upravujícím zacházení s návykovými látkami[15)].

14. Výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření - S
5 let od provedení vyšetření.

15. Žádanka - S
5 let od provedení vyšetření; týká se poskytovatele, který poskytl vyžádanou zdravotní službu.

16. Záznam o podání transfuzního přípravku – V
30 let od podání transfúzního přípravku nebo 10 let od úmrtí pacienta.

15) § 33 zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění zákona č. 117/2000 Sb. a zákona č. 362/2004 Sb.