IV.

**PLATNÉ ZNĚNÍ ČÁSTÍ VYHLÁŠKY Č. 98/2012 SB., O ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACI, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ S VYZNAČENÍM NAVRHOVANÝCH ZMĚN**

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. případě právnické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele, adresa sídla nebo adresa místa podnikání v
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 a kontaktní 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,
4. telefonní číslo, adresa elektronické pošty, případně další kontaktní údaje, pokud jsou pacientem sděleny,

**5. korespondenční adresa, pokud není totožná s adresami podle bodu 3,**

c) pohlaví pacienta, je-li určeno,

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) v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče datum a čas přijetí pacienta do péče a datum a čas ukončení péče o pacienta, včetně informace o způsobu vyrozumění osoby, která by měla zajistit další péči o pacienta, který se s ohledem na svůj zdravotní stav neobejde bez pomoci další osoby, nebo o způsobu a čase podání informace o zamýšleném propuštění tohoto pacienta příslušnému obecnímu úřadu, datum a čas přeložení pacienta k jinému poskytovateli, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, nebo datum a čas úmrtí pacienta,

g) informace 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,

h) informace o tom, zda jde o pacienta s omezenou svéprávností tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen "pacient s omezenou svéprávností"),

i) identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce pacienta, opatrovníka pacienta nebo ~~další~~ **jiné** osoby oprávněné udělit souhlas za pacienta,

**j) identifikační a kontaktní údaje registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, pokud jsou poskytovateli známy,**

~~j)~~**k)** u pacienta se zdravotním postižením informace o nezbytných zdravotnických prostředcích, popřípadě zvláštních pomůckách, které pacient používá, u pacienta se sluchovým postižením nebo kombinovaným sluchovým a zrakovým postižením též informace o formách komunikace, které pacient preferuje,

~~k)~~**l)** u osob vykonávajících činnosti epidemiologicky závažné1) záznam o druhu vykonávané činnosti.

(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 poskytování zdravotních služeb, 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; za takový záznam se považuje i stejnopis nebo kopie lékařského předpisu podle zákona o léčivech nebo poukazu podle zákona o zdravotnických prostředcích,
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; za takový záznam se považuje i stejnopis nebo kopie příkazu ke zdravotnické přepravě,

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

h) záznam o provedení očkování, včetně data provedení očkování, uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže, a to v případě poskytovatele, který provedl očkování,

i) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo další osoby oprávněné udělit za pacienta s poskytnutím zdravotních služeb, jestliže povinnost písemné formy souhlasu stanoví jiný právní předpis2) 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 prostředků3) vůči pacientovi, který obsahuje

1. záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu; z uvedení důvodu též musí vyplývat, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků,
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 a způsob řešení,
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 a kdy byl zákonný zástupce pacienta, popřípadě jiná osoba, které podle zákona o zdravotních službách náleží práva a povinnosti zákonného zástupce, nebo opatrovník 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 záznamu 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 předpisy4).

(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 předpisy5).

§ 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 poskytování zdravotních služeb 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; souhrn informací (epikríza) a plán dalšího léčebného postupu se do zdravotnické dokumentace zaznamenává alespoň jednou za 7 dnů, v případě dlouhodobé lůžkové péče **nebo následné lůžkové péče v oboru psychiatrie** alespoň jednou za měsíc,

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 kategorie6), 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 předpisů7), 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 událostí 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 a záznamy o radiologické události kategorie A nebo B, při níž tkáňové reakce způsobené chybným ozářením mohou negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta nebo je z důvodu radiologické události nutné provést změny v jeho léčebném postupu, a to v rozsahu podle jiného právního předpisu14),

g) záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena8),

h) záznam o hlášení infekčního onemocnění, podezření na infekční onemocnění, úmrtí na infekční onemocnění nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví k splnění povinnosti podle zákona o ochraně 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 v rozsahu jméno, popřípadě jména, příjmení poskytovatele v případě fyzické osoby, obchodní firma nebo název poskytovatele v případě právnické osoby a identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení. Výsledky vyšetření podle § 2 písm. a), které nejsou v listinné podobě, musí být označeny alespoň tak, že lze určit, kterého pacienta se týkají.

(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) a e), pokud není v příloze č. 1 k této vyhlášce stanoveno jinak.

(3) Provedení zápisu do zdravotnické dokumentace zajistí a jeho správnost svým podpisem potvrdí zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.

(4) Je-li ze způsobu provedení zápisu do zdravotnické dokumentace zřejmé, že jej provedl jeden zdravotnický pracovník, nemusí podepisovat každý dílčí zápis v průběhu dne nebo směny, ale postačuje, podepíše-li tento zdravotnický pracovník v průběhu dne nebo směny provedení posledního zápisu.

§ 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.

**§ 4a**

**(1) Pacientský souhrn je pro účel podle § 56a odst. 1 zákona o zdravotních službách veden elektronicky a strukturovaně v kódových systémech, které umožňují komunikaci mezi Národním kontaktním místem pro elektronické zdravotnictví (dále jen „Národní kontaktní místo“) a poskytovatelem, který pacientský souhrn vede a předává Národnímu kontaktnímu místu. Kódové systémy pro účel vedení pacientského souhrnu jsou veřejně přístupné na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Obsah a struktura pacientského souhrnu je stanovena v příloze č. 4 k této vyhlášce.**

**(2) Pacientský souhrn lze předávat Národnímu kontaktnímu místu pro zajištění postupu podle § 56a odst. 3 zákona o zdravotních službách, pokud je u poskytovatele, který pacientský souhrn vede, zajištěna služba s nepřetržitým provozem.**

**(3) Poskytovatel, který rozhodne o vedení pacientského souhrnu, sdělí správci Národního kontaktního místa pro potřeby zřízení přístupu do Národního kontaktního místa a ohlášení vedení pacientského souhrnu tyto údaje:**

1. **identifikační údaje poskytovatele v rozsahu obchodní firma nebo název a identifikační číslo osoby, je-li přiděleno,**
2. **adresu rozhraní informačního systému poskytovatele pro komunikaci s Národním kontaktním místem,**
3. **šifrovací certifikát poskytovatele určený pro komunikaci s Národním kontaktním místem,**
4. **formu poskytování pacientského souhrnu; formou poskytování pacientského souhrnu se rozumí individuální rozhraní poskytovatele nebo výměnná platforma sdružující více poskytovatelů.**

**(4) Poskytovatel ke sdělení podle odstavce 3 zároveň připojí protokol dokládající provedení testu shody rozhraní provozovaného informačního systému v souladu s provozní dokumentací Národního kontaktního místa. Provedení testu shody zajišťuje správce Národního kontaktního místa. Provozní dokumentace Národního kontaktního místa je veřejně přístupná na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví.**

**§ 4b**

**(1) Požadavek o pacientský souhrn podaný prostřednictvím Národního kontaktního místa podle § 56a odst. 3 zákona o zdravotních službách poskytovateli, který ohlásil vedení a poskytování pacientského souhrnu, obsahuje tyto náležitosti:**

1. **identifikační údaje pacienta podle § 1 odst. 1 písm. b) bodu 1 a 2,**
2. **identifikační údaje poskytovatele jiného státu Evropské unie a zdravotnického pracovníka podle § 56b odst. 1 zákona o zdravotních službách.**

**(2) Požadavek o pacientský souhrn je předáván prostřednictvím rozhraní informačního systému poskytovatele, které bylo podle § 4a odst. 3 písm. b) ohlášeno Národnímu kontaktnímu místu. Způsob komunikace a předávání pacientského souhrnu poskytovateli prostřednictvím Národního kontaktního místa je stanoven v provozní dokumentaci Národního kontaktního místa.**

§ 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.

(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, popřípadě její součásti, vedená o pacientovi jedním poskytovatelem svým zařazením nebo věcným obsahem podléhá několika lhůtám pro její uchování podle přílohy č. 3 k této vyhlášce, určí se doba uchování, událost rozhodná pro počítání běhu této doby, a vyřazovací znak vždy podle nejdelší doby uchování. Jde-li o součásti zdravotnické dokumentace, které jsou jejími samostatnými částmi, lze určit dobu uchování, událost rozhodnou pro počítání běhu této doby a vyřazovací znak pro každou samostatnou část zdravotnické dokumentace zvlášť.

§ 6

(1) Převádění zdravotnické dokumentace nebo její části, které byly pořízeny v listinné podobě a které poskytovatel sám pořídil nebo obdržel, na dokument v elektronické podobě provádí poskytovatel postupem zaručujícím věrohodnost původu dokumentu, neporušitelnost obsahu, čitelnost dokumentu a bezpečnost procesu převádění.

(2) Dokument v elektronické podobě vytvořený podle odstavce 1 opatří poskytovatel doložkou. Doložku podepíše osoba odpovědná za převedení kvalifikovaným elektronickým podpisem nebo poskytovatel zapečetí kvalifikovanou elektronickou pečetí a dále doložku opatří kvalifikovaným elektronickým časovým razítkem.

(3) Dokument v listinné podobě, který poskytovatel převedl na dokument v elektronické podobě, je poskytovatel oprávněn zničit.

§ 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.

(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. 3 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.

**DOBY UCHOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE NEBO JEJÍCH ČÁSTÍ**

Společná ustanovení:

A. Je-li v této příloze uvedeno u jednoho druhu zdravotnické dokumentace vícero událostí rozhodných pro počítání běhu doby uchovávání zdravotnické dokumentace, použije se pro počátek běhu této doby událost, která nastane nejdříve, pokud je poskytovateli známa.

B. V případě, že se doba uchovávání počítá ode dne úmrtí pacienta a poskytovatel nezná datum úmrtí pacienta, považuje se za den úmrtí pacienta den, ve kterém pacient dosáhl 100 let věku, nebo od posledního záznamu ve zdravotnické dokumentaci uplynulo 5 let podle toho, co nastane později.

1. Zdravotní péče poskytovaná registrujícím poskytovatelem - S

a) 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství,

b) 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta nebo 10 let od dosažení 19 let věku pacienta, v případě registrujícího poskytovatele v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

c) 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě registrujícího poskytovatele v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví.

2. Ostatní ambulantní péče - V

5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi

3. Dispenzární péče - V

a) 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta,

b) 10 let od úmrtí dialyzovaného pacienta,

c) 10 let od úmrtí pacienta, který je podle jiného právního předpisu12) nosičem infekčního onemocnění.

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~~ **10 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi**

5. Lůžková péče - S

a) 40 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta

b) 20 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta v případě následné a dlouhodobé lůžkové péče.

6. Jednodenní péče - S

10 let od posledního poskytnutí jednodenní péče nebo 10 let od úmrtí pacienta

7. Lázeňská léčebně rehabilitační péče -S

5 let od ukončení lázeňské léčebně rehabilitační péče

8. Pracovnělékařské služby

a) - S

10 let od úmrtí pacienta s uznanou nemocí z povolání, pokud dále není stanoveno jinak,

b) - V

15 let od data uznání ohrožení nemocí z povolání nebo 10 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 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 předpisu13), 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 A14) do doby, kdy zaměstnanec dosáhl nebo by dosáhl věku 75 let, vždy však nejméně 30 let od 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

kopie části A listu o prohlídce zemřelého nebo pokud není pitva provedena, 10 let od úmrtí,

b) - V

pitevní protokol včetně kopie části A listu o prohlídce zemřelého, informace o provedení a výsledku bioptického vyšetření, popřípadě dalšího souvisejícího vyšetření, 40 let ode dne jejich vystavení,

c) - S

žádanky o bioptické nebo cytologické vyšetření 5 let od provedení vyšetření.

11. Zobrazovací metody

a) - V

grafický nebo audiovizuální záznam nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 10 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotních služeb, nebo s ověřováním podmínek vzniku nemoci z povolání (ohrožení nemocí z povolání) podle jiného právního předpisu8), pro jejichž potřeby byl záznam vyhotoven, pokud se nejedná o pacienta v dispenzární nebo jiné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou,

b) - S

informace o průběhu a výsledku vyšetření pacienta zobrazovací metodou 5 let po předání informace poskytovateli, který vyšetření zobrazovací metodou vyžádal,

c) - S

grafický nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 1 rok od obdržení záznamu v případě poskytovatele, který záznam nepořídil, ale pouze obdržel za účelem zajištění návaznosti zdravotních služeb,

d) - V

grafický nebo jiný obrazový záznam (například digitální) 30 let od ukončení posledního vyšetření pacienta souvisejícího s poskytnutím zdravotních služeb u pacienta v dispenzární nebo obdobné péči pro onemocnění sledované zobrazovací metodou, nebo 10 let od úmrtí pacienta.

e) - S

veličiny a parametry umožňující stanovení dávky z lékařského ozáření 10 let od provedení lékařského ozáření.

Na grafické nebo audiovizuální záznamy nebo jiné obrazové záznamy pořízené nebo vyžádané ambulantním poskytovatelem zdravotních služeb v oboru zubní lékařství se tento bod nevztahuje.

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 byly 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 látkami15).

14. Výsledky laboratorních a dalších pomocných vyšetření - V

5 let od provedení vyšetření.

15. Žádanka - S

a) 2 roky od provedení vyšetření; týká se poskytovatele, který poskytl vyžádanou zdravotní službu,

b) 5 let od provedení vyšetření v případě karty pro novorozenecký screening,

c) 10 let od provedení vyšetření zobrazovací metodou využívající ionizující záření**, s výjimkou provedení tohoto vyšetření poskytovatelem ambulantní péče v oboru zubní lékařství**; 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.

17. Záznam o podání léčivého přípravku pro moderní terapii, o dárcovství tkání a buněk pro použití u člověka a o použití tkání nebo buněk u člověka - V

30 let od podání léčivého přípravku pro moderní terapii, od odběru tkání a buněk pro použití u člověka a od použití tkání nebo buněk u člověka nebo 10 let od úmrtí pacienta.

18. Zdravotnická dokumentace převzatá krajským úřadem - S

a) 10 let od převzetí zdravotnické dokumentace převzaté od registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,

b) 5 let od převzetí zdravotnické dokumentace v ostatních případech.

19. Zdravotnická dokumentace o osobách ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence vedená Vězeňskou službou České republiky - S

100 let od data narození pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta.

**Příloha č. 4 k vyhlášce č. 98/2012 Sb.**

**Obsah a struktura pacientského souhrnu**

**A. Identifikační a kontaktní údaje pacienta**

1. **jméno, popřípadě jména, příjmení pacienta,**
2. **rodné číslo, je-li přiděleno,**
3. **číslo a typ elektronicky čitelného dokladu, jímž se prokazuje totožnost,**
4. **datum narození,**
5. **pohlaví,**
6. **státní příslušnost,**
7. **adresa místa trvalého pobytu na území České republiky, jde-li o cizince, místo hlášeného pobytu na území České republiky,**
8. **korespondenční adresa pacienta, není-li totožná s adresou podle písm. g),**
9. **telefonní číslo, adresa elektronické pošty, popřípadě další kontaktní údaje,**
10. **jazyk nebo jazyky, v nichž pacient komunikuje.**

**B. Identifikační a kontaktní údaje registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost**

1. **jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, elektronický identifikátor lékaře,**
2. **obchodní firma nebo název registrujícího poskytovatele, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno,**
3. **telefonní číslo, adresa elektronické pošty, případně další kontaktní údaje.**

**C. Identifikační a kontaktní údaje zákonného zástupce nebo opatrovníka a kontaktních osob**

1. **jméno, popřípadě jména, a příjmení zákonného zástupce nebo opatrovníka a kontaktní osoby, nejsou-li kontaktní osobou,**
2. **vztah k pacientovi,**
3. **telefonní číslo, adresa elektronické pošty, popřípadě další kontaktní údaje.**

**Poznámka:**

**Kontaktními osobami se rozumí osoby, kterým lze na základě § 33 zákona o zdravotních službách poskytovat informace o pacientovi.**

**D. Informace o zdravotním pojištění**

**Kód zdravotní pojišťovny a číslo pojištěnce, není-li tímto číslem rodné číslo.**

**E. Urgentní informace**

1. **alergie:**

**1. slovní popis,**

**2. strukturovaný kódovaný popis, a to**

**2.1. datum zjištění,**

**2.2. typ agens,**

**2.3. druh agens,**

**2.4. projev alergické reakce,**

**2.5. stupeň závažnosti,**

1. **ostatní rizikové faktory:**

**1. slovní popis,**

**2. strukturovaný a kódovaný popis, a to**

**2.1. datum zjištění,**

**2.2. typ rizikového faktoru,**

**2.3. stupeň závažnosti.**

**F. Souhrnná anamnéza**

1. **slovní popis obsahující informace o**
2. **provedených očkováních,**
3. **minulých zdravotních problémech a diagnózách,**
4. **významných chirurgických výkonech se vztahem k minulým zdravotním problémům a diagnózám,**
5. **strukturovaný kódovaný popis obsahující informace o**

**1. očkování, a to**

**1.1. název očkovací látky,**

**1.2. kód látky,**

**1.3. datum očkování,**

**2. minulých zdravotních problémech a diagnózách, a to**

**2.1. datum nebo jiné časové určení vzniku,**

**2.2. datum nebo jiné časové určení ukončení,**

**2.3. kód zdravotního problému nebo diagnózy,**

**3. provedených významných chirurgických výkonech, a to**

**3.1. kód výkonu,**

**3.2. datum provedení,**

**3.3. počet provedení.**

**G. Současné zdravotní problémy a diagnózy a související údaje**

1. **současné zdravotní problémy a diagnózy:**
2. **datum nebo jiné časové určení vzniku,**
3. **datum nebo jiné časové určení ukončení,**
4. **popis zdravotního problému nebo diagnózy volným textem,**
5. **kód zdravotního problému nebo diagnózy,**
6. **významné chirurgické výkony se vztahem k současným zdravotním problémům a diagnózám:**
7. **popis chirurgického výkonu volným textem,**
8. **kód výkonu,**
9. **datum provedení,**
10. **počet provedení,**
11. **zdravotnické prostředky, na kterých závisí nebo může záviset pacientův zdravotní stav:**
    1. **slovní popis,**
    2. **datum implantace nebo počátku používání,**
    3. **kód zdravotnického prostředku,**
12. **léčebná doporučení, která nezahrnují medikamentózní léčbu, datum zápisu, doporučení volným textem,**
13. **slovní popis soběstačnosti nebo invalidity pacienta, datum vzniku a kód.**

**H. Užívané léky**

1. **název a kód léku,**
2. **síla, forma, způsob podání, a to kódem,**
3. **množství/dávka, dávkování,**
4. **počátek a doba podávání nebo datum ukončení podávání.**

**I. Faktory životního stylu**

1. **výčet faktorů životního stylu,**
2. **kód faktoru**
3. **datum nebo jiné časové působení určení začátku působení faktoru,**
4. **množství a jednotka.**

**J. Těhotenství**

**Kód způsobu stanovení těhotenství a předpokládaný termín porodu.**

**K. Fyzikální nález**

**a) krevní tlak systolický a diastolický, tepová frekvence a datum jejich měření,**

**b) výška a hmotnost, a to hodnota, jednotka a datum měření.**

**L. Diagnostické testy**

**Krevní skupina a Rh faktor textem a kódem, datum stanovení.**

**M. Doprovodné údaje**

1. **datum vytvoření pacientského souhrnu,**
2. **datum poslední aktualizace pacientského souhrnu,**
3. **identifikační údaje poskytovatele, který pacientský souhrn vytvořil, a to obchodní firma nebo název, adresa sídla nebo adresa místa podnikání, identifikační číslo osoby, bylo-li přiděleno, případně další identifikátory poskytovatele,**
4. **jméno, popřípadě jména, a příjmení lékaře, který pacientský souhrn vypracoval,**
5. **elektronické identifikátory lékaře uvedeného v písmenu d).**

**Poznámka:**

**Poskytovatel v pacientském souhrnu uvede v případech, kdy nemá k dispozici některý z údajů, které se v něm zaznamenávají, že tento údaj mu není znám.**