



Deklarace „Poskytování komplexní péče pro pacienty s chronickou a komplikovanou ránou“

a

Žádost o „Garanci kvality Českou společností pro léčbu rány“.

Deklarujeme vůli poskytovat komplexní péči o pacienty s chronickými a komplikovanými ránami v souladu s nejnovějšími poznatky a doporučeními (vydanými ČSLR a EWMA) a splnění níže uvedených kritérií

Komplexního centra pro hojení komplikovaných ran (KCHKR) (platí pro fyzickou osobu, na 3 roky):

Komplexní skupiny pro hojení komplikovaných ran (KSHKR) (platí pro organizaci, na 2 roky):

Agentury domácí zdravotní péče s garancí ČSLR pro hojení ran
- zřizovatelem fyzická osoba (3 roky)

- zřizovatelem právnická osoba (2 roky)

pod názvem :

s adresou :

Žádáme o udělení Certifikátu a přiznání statutu pracoviště s garancí kvality péče.

Deklarujeme, že naplňujeme následující kritéria komplexních služeb o klienty s obtížně se hojícími ránami a jsme ochotni spolupracovat na jejich auditu i dalším rozvíjení:

1. Specializace pracoviště

- a. Základní specializace pracoviště: (např. cévní chirurgie, dermatovenerologie atd.).....
- b. Péče o pacienty se syndromem diabetické nohy ANO - NE
- c. Péče o pacienty s trofickými defekty na podkladě obliterující aterosklerózy DK ANO - NE
- d. Péče o pacienty s ulcus cruris venozní etiologie ANO - NE
- e. Péče o pacienty s dekubitem ANO - NE
- f. Péče o pacienty s komplikovanými pooperačními a poúrazovými ránami ANO - NE
- g. Péče o pacienty s chronickými ranami nádorové etiologie ANO - NE
- h. Péče o pacienty s chronickou ránou blíže nespecifikovanou ANO - NE

2. Způsob vedení dokumentace převazů a charakteru rány
- | | | | | |
|------|--|-----|---|----|
| i. | Pracoviště používá standardní protokol / protokol ČSLR | ANO | - | NE |
| ii. | Fotodokumentace jako standardní součást dokumentace průběhu léčby | ANO | - | NE |
| iii. | Jiné možnosti dokumentace klinického stavu a rozsahu kožního defektu | ANO | - | NE |
3. Byla udělena zdravotnickému zařízení akreditace? ANO - NE
Pokud ano, uveďte její typ (např. JCI, NIAHO, SAK apod.).....
4. Je Vaše pracoviště držitelem certifikátu garance kvality uděleného jinou odbornou společností? ANO - NE
Pokud ano, konkretizujte typ.....
5. Je Vaše pracoviště zařazeno do další sítě specializovaných pracovišť s garancí kvality poskytované péče (např. podiatrická ambulance/centrum, onkologické centrum apod.) ANO - NE
Pokud ano, konkretizujte.....
6. Zařízení pracuje podle obecně platných standardů ANO - NE
7. Paraklinická vyšetření
- | | | | | |
|----|--|-----|---|----|
| a. | možnost provedení biopsie a histologického vyšetření na pracovišti | ANO | - | NE |
| b. | mikrobiologické vyšetření kvalitativní metodou | ANO | - | NE |
| c. | mikrobiologické vyšetření kvantitativní metodou | ANO | - | NE |
| d. | možnost dopplerovského vyšetření cév na pracovišti | ANO | - | NE |
| e. | možnost provedení angiografie | ANO | - | NE |
| f. | biochemický screening | ANO | - | NE |
8. Komunikace s navazujícím pracovištěm / specialistou / praktickým lékařem
- | | | | | |
|----|---|-----|---|----|
| a. | funkční vazba na specialistu (diabetolog, chirurg, dermatovenerolog, protetik, mikrobiolog, atd.) | ANO | - | NE |
| b. | funkční vazba na domácí péči, která byla odborně vyškolená | ANO | - | NE |
| c. | funkční vazba agentury domácí péče na praktického lékaře | ANO | - | NE |
9. Možnost řešit komplikace základního onemocnění na pracovišti ANO - NE
(netýká se agentur domácí péče)
10. Vzdělání odborného garanta (komplexní skupina) / osoby, která péči přímo poskytuje (komplexní centrum)
(nehodící se škrtnout)
- | | | | | |
|----|---|-----|---|--------------------------|
| a. | délka aktivní praxe s léčbou chronických ran nad 2 roky | ANO | - | NE |
| b. | absolvování kurzu hojení ran garantovaného ČSLR | ANO | - | NE |
| c. | absolvování kurzu hojení ran akreditovaného MZČR | ANO | - | NE |
| d. | počet absolvovaných kurzů bez garance ČSLR | | | <input type="checkbox"/> |

- e. účast na konferenci celostátního významu aktivní - pasivní
- f. účast na akci krajského a okresního významu aktivní - pasivní
- g. účast na mezinárodní konferenci – pobytu – stáži ANO - NE
- h. vlastní publikace ANO - NE
- i. jakým způsobem je zajištěno kontinuální vzdělávání v léčbě ran?.....

11. Velikost pracoviště

- a. počet nově léčených pacientů s chronickou ránou za 1 rok
- b. počet stávajících pacientů v dispenzáři chronických a komplikovaných ran
- c. počet pacientů, kteří byli odesláni z jiného pracoviště za 1 rok
- d. kolik pacientů s defekty je předáno z nemocnice agentuře DP během 1 roku
- e. počet lékařů, kteří se teoreticky i prakticky věnují péči o pacienty s chron. ránou
- f. počet sester, které se věnují péči o pacienty s chronickou ránou

12. Počet žádostí o zvýšení úhrady terapeutických krytí vypsanych k posouzení reviznímu lékaři zdravotní pojišťovny:
(*netýká se agentur domácí péče*)

13. Počet zamítnutých žádostí o zvýšení úhrady terapeutických krytí vypsanych k posouzení reviznímu lékaři zdravotní pojišťovny:
(*netýká se agentur domácí péče*)

14. Procento pacientů léčených moderními metodami vlhké terapie ran:

15. Průměrný interval mezi jednotlivými kontrolními vyšetřeními pacienta v centru:

16. Počet pacientů léčených pomocí biologických náhradních kožních krytů za poslední rok

17. Získalo vaše pracoviště statut aplikačního centra biologických náhradních kožních krytů? ANO - NE

18. Počet pacientů s ránou léčenou pomocí zařízení kontrolovaného podtlaku (NPWT) na pracovišti za poslední rok

Z toho počet pacientů léčených systémy NPWT s kanystrem

Z toho počet pacientů léčených systémy NPWT s bez kanystru

19. Počet provedených výměn NPWT u všech pacientů léčených na pracovišti za poslední rok

20. Průměrná délka léčby NPWT u jednoho pacienta na pracovišti za poslední rok

21. **Specifická kritéria pro agentury domácí péče (ADP):**

a. interval převazů, které provádí sama agentura

b. interval kontrol u ošetřujícího lékaře

c. Spolupráce s lůžkovým zařízením, které předává pacienta do domácí péče:

- | | | | |
|---|-----|---|----|
| i. pacient je předáván sestře z ADP již na lůžku | ANO | - | NE |
| ii. o propuštění pacienta je ADP informována alespoň 1den před dimisí | ANO | - | NE |
| iii. pacient je propuštěn s propouštěcí ošetrovatelskou zprávou | ANO | - | NE |
| iv. je pacient dostatečně vybaven terapeutickým krytím při propuštění | ANO | - | NE |
| v. spolupráce se sestrou konzultantkou pro hojení ran – pokud je v nemocnici tato funkce ustanovena | ANO | - | NE |

d. Spolupráce s ošetřujícím /praktickým/ lékařem:

- | | | | |
|---|-----|---|----|
| i. účastní se praktický lékař převazu defektu v domácím prostředí | ANO | - | NE |
| ii. jak často kontroluje ošetřující lékař defekt osobně | | | |
| iii. předepisuje ošetřující lékař dostatečné množství terapeutického krytí | ANO | - | NE |
| iv. odmítá lékař používání moderního krytí | ANO | - | NE |
| v. vyjádřete procentuálně, kolik pacientů předá praktický lékař do péče jiného odborníka /kožní, chirurgie, diabetologie, příp. jiné/ | | | |

Jméno a podpis garanta, člena výboru České společnosti pro léčbu rány, který je detailně obeznámen s provozem posuzovaného pracoviště a doporučuje (v soulase s interním předpisem ČSLR o poskytování Garance kvality) udělení Certifikátu:

.....

Bez uvedení jména a předběžného projednání žádosti s výše uvedeným garantem nebude řízení o udělení certifikátu zahájeno.

Souhlasíme s možností provést po 1-2 letech činnosti audit k posouzení, zdali pracoviště splňuje kritéria, která požaduje ČSLR a která pracoviště samo deklaruje. Bereme na vědomí, že garance kvality byla poskytnuta na dobu 2 respektive 3 let (podle formy zřizovatele resp. žádajícího). Minimálně 6 měsíců před vypršením platnosti certifikátu je nutné požádat písemně o jeho obnovení výbor ČSLR.

Kontaktní email:

Razítko a podpis zodpovědné osoby nebo statutárního zástupce s uvedením dalších kontaktních údajů

.....

V dne