



Deklarace „Poskytování komplexní péče pacientům se syndromem diabetické nohy“

a

Žádost o „Garanci kvality České společnosti pro léčbu rány pro podiatrické ambulance“.

Deklarujeme vůli poskytovat komplexní péči o pacienty se syndromem diabetické nohy v souladu s nejnovějšími poznatky a doporučeními a splnění níže uvedených kritérií.

Podiatrická ambulance s garancí kvality péče udělenou Českou společností pro léčbu rány (platí pro fyzickou nebo právnickou osobu na 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 pacienty se syndromem diabetické nohy a jsme ochotni spolupracovat na jejich auditu i dalším rozvíjení:

1. Podiatrická ambulance byla odsouhlasena výborem České diabetologické společnosti ČLS JEP a je zařazena do národní sítě podiatrických ambulaní uveřejněné na webu České diabetologické společnosti.

ANO - NE
2. Specializace pracoviště
 - a. Péče o pacienty se syndromem diabetické nohy

ANO - NE
 - b. Péče o pacienty s trofickými ránami na podkladě obliterující aterosklerózy DK

ANO - NE
 - c. Péče o pacienty s ulcus cruris venozní etiologie

ANO - NE
 - d. Péče o pacienty s dekubitem

ANO - NE
 - e. Péče o pacienty s komplikovanými pooperačními a pouřazovými ránami

ANO - NE
 - f. Péče o pacienty s chronickými ranami nádorové etiologie

ANO - NE
 - g. Péče o pacienty s chronickou ránou blíže nespecifikovanou

ANO - NE

3. Způsob vedení dokumentace převazů a charakteru rány
- i. Pracoviště používá standardní protokol / protokol ČSLR / protokol ČDS ČLS JEP ANO - NE
 - ii. Fotodokumentace jako standardní součást dokumentace průběhu léčby ANO - NE
 - iii. Jiné možnosti dokumentace klinického stavu a rozsahu ulcerace ANO - NE
4. Byla udělena zdravotnickému zařízení akreditace? ANO - NE
- Pokud ano, uveďte její typ (např. JCI, NIAHO, SAK apod.).....
5. Je Vaše pracoviště držitelem certifikátu garance kvality uděleného jinou odbornou společností? ANO - NE
Pokud ano, konkretizujte typ (např. EWMA Endorsement apod.)
.....
6. 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.....
7. Zařízení pracuje podle obecně platných standardů ANO - NE
8. 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 (CT, DSA) ANO - NE
 - f. biochemický screening ANO - NE
9. Komunikace s navazujícím pracovištěm / specialistou / praktickým lékařem
- a. funkční vazba na specialistu (diabetolog, chirurg, cévní chirurg, protetik, mikrobiolog, atd.) ANO - NE
 - b. funkční vazba na domácí péči, která byla odborně vyškolená ANO - NE
10. Možnost řešit komplikace základního onemocnění na pracovišti ANO - NE

11. Vzdělání odborného garanta/osoby, která péči přímo poskytuje *(nebodíci se škrtnout)*

- | | |
|--|-------------------|
| a. délka aktivní praxe s léčbou nehojících se ran nad 2 roky | ANO - NE |
| b. absolvování kurzu hojení ran garantovaného ČSLR | ANO - NE |
| c. absolvování kurzu garantovaného Českou diabetologickou společností ČLS JEP | ANO - NE |
| d. absolvování kurzu hojení ran akreditovaného MZČR | ANO - NE |
| 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 a syndromu diabetické nohy (SDN) ? | |

.....

12. Velikost pracoviště

- | | |
|--|----------------------|
| a. počet nově léčených pacientů se SDN za 1 rok | <input type="text"/> |
| b. počet stávajících pacientů se SDN v dispenzách | <input type="text"/> |
| c. počet pacientů se SDN, kteří byli odesláni z jiného pracoviště za 1 rok | <input type="text"/> |
| d. kolik pacientů s ulceracemi SDN je ošetřováno ve spolupráci s agenturou DP za 1 rok | <input type="text"/> |
| e. počet lékařů, kteří se teoreticky i prakticky věnují péči o pacienty se SDN | <input type="text"/> |
| f. počet sester, které se věnují péči o pacienty se SDN | <input type="text"/> |

13. Počet žádostí o zvýšení úhrady terapeutických krytí vypsanych k posouzení reviznímu lékaři zdravotní pojišťovny:

14. Počet zamítnutých žádostí o zvýšení úhrady terapeutických krytí vypsanych k posouzení reviznímu lékaři zdravotní pojišťovny:

15. Procento pacientů léčených moderními metodami vlhké terapie ran:

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

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

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



Jméno a podpis garanta, člena výboru České společnosti pro léčbu rány, který je 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 let. Minimálně 6 měsíců před vypršením platnosti certifikátu je nutné požádat písemně o jeho obnovení výbor ČSLR.

Razítko a podpis zodpovědné osoby nebo statutárního zástupce

.....
.....

V dne