**MA** (minimální anamnéza), někdy označována jak Důvod přijetí

Jednou větou výstižně důvod přijetí pacienta do nemocnice

***MA***: Pacientka byla přijata pro u plicní embolii při femoropopliteální trombóze PDK .

**AA** (alergická anamnéza)

Vypsat, na co je pacient alergický, včetně charakteristiky alergických projevů. Uvést i negativní údaj, pokud u pacienta není žádná alergie známa. Výslovně uvádíme i negativní údaj o alergii na léky.

**Příklady:**

***AA***: jahody - kopřivka, PNC - generalizovaný exantém, kontrastní látka -   
 anafylaktický šok

***AA*** : jahody - kopřivka , léková alergie není známa

***AA*** : alergie není známa

**FA** (farmakologická anamnéza).

Výčet všech léčivých přípravků , které pacient užívá , s uvedením názvu , síly a dávkování . U málo obvyklých léků zvážit uvedení generického názvu (v závorce). Pokud si pacient nepamatuje název, pak alespoň lékovou skupinu (“nějaké antihypertenzívum, název si nepamatuje " ).

V případě změny chronické léčby krátce před přijetím (vysazení, nový lék, změna dávky, přechodné přerušení) toto uvést a napsat od kdy.

U pacientů přeložených z jiného pracoviště je často vhodné napsat jednak medikaci chronickou, a jednak poslední medikaci před překladem .

***FA*** : Concor 5 mg tbl 1-0-0 , Prestarium 5 mg tbl 1-0-0 , Warfarin vysazen od 1.2.

**RA** (rodinná anamnéza)

Uvádíme závažná onemocnění s významným podílem dědičnosti u nejbližších příbuzných (rodiče , sourozenci , děti), případně i věk prvních projevů (KVO , nádory),

u zemřelých příčinu úmrt. RA má pochopitelně význam především u mladších pacientů .

U žijících příbuzných uvádíme rok narození, u zemřelých věk .

***RA***: otec + v 62 letech na IM, první IM v 48 letech, měl DM 2. typu , art . hypertenzi,   
 matka nar . 1950, má art . hypertenzi, je po operaci prsu pro ca , bratr nar . 1985,   
 polyvalentní alergie, 2 dcery 2010 a 2012, zdrávy

**SPA** (sociální a pracovní anamnéza)

Uvádíme zaměstnání (u pacientů v důchodu předchozí), rodinný stav, s kým pacient bydlí. Zvláště u starších pacientů s omezenou soběstačností jsou důležité údaje o soběstačnosti (“po bytě soběstačný, sám ven nevychází, nákupy nosí dcera “ ), dosažitelnost příbuzných nebo jiných pečujících osob a bytová situace (“bydlí v bytě ve 3. patře bez výtahu“).

U osob v invalidním důchodu uvádět důvod invalidity (v tom případě více uvést v OA) ***SPA***: SD , dříve učitelka na základní škole , vdova , žije sama ve 3. patře s výtahem , dosud plně soběstačná, dcera bydlí ve vedlejší ulici

**GA** (gynekologická anamnéza)

Věk menarché, počet porodů / spont . potratů /, UPT, gynekologické operace, poslední kontrola, mammografie.

U žen ve fertilním věku: menstruace pravidelné/nepravidelné, datum poslední menstruace, údaj o antikoncepci. U menopauzálních žen rok menopauzy, uvést, pokud užívala/užívá HRT

***GA***: menopauza od 54 let , 3 porody , poslední kontrola vč . mammografie 7/2018

**Abusus** (užívání škodlivých návykových látek)

*Kouření cigaret* (nekuřák / kuřák / exkuřák) od kdy do kdy (věk), počet cigaret/den,   
 ev. jiné tabákové výrobky a náhradní terapie nikotinem.

*Alkohol* - uvádíme druh, množství a frekvenci pití (denně, každý víkend, nárazově,  
 příležitostně (“ jak často je příležitost? ... "). Další drogy. Lékové závislosti buď zde,   
 nebo v rámci OA   
 Pozn.: Pití kávy ( a čaje ) se za abusus nepovažuje a neuvádí se (záleží jak kde)   
 ***Abusus***: kouří 20 cigaret denně od roku 1982 , alkohol : 2 piva denně , drogy neguje

**Bolest**

Pokud má pacient onemocnění spojené s bolestí, je údaj o bolesti samozřejmou součástí příslušného bodu anamnézy. Podle předpisů VFN ale navíc musíme intenzitu bolesti vyjádřit pomocí NRS (číselná škála, Numeric Rating Scale, ve stupních 1-10/10 ) - např. *“bolesti v bederní oblasti 6/10 NRS"* .Uvádět i negativní údaj, pokud pacient žádné bolesti nemá (“bolesti pacient neguje”). Nejvhodnější je uvádět údaj o bolesti jako samostatnou položku vstupního vyšetření.

***Bolest***: “*Pacient žádné bolesti neudává*” , nebo “*Bolesti v zádech viz výše*”, “*jiné bolesti pacient nemá*”

**OA** (osobní anamnéza)

Výčet onemocnění (včetně operací a závažnějších úrazů) s uvedením

• časového údaje o vzniku nebo stanovení diagnózy

• u chronických chorob vývoj a komplikace onemocnění a změny léčby

• kde je pacient pro dané onemocnění sledován

Časové údaje uvádět jako rok, u novějších onemocnění i měsíc (případně i den) . Nepoužívat relativní časové údaje (“před 5 lety ", „ před 2 měsíci " apod. )!

Řazení anamnestických údajů buď podle závažnosti

I v případě chronologického řazení uvádět všechny údaje o jednom onemocnění do jednoho bodu (odstavce) - zařadit podle data diagnózy.

V textu je vhodné jednotlivé choroby nějak graficky zdůraznit (např. tučným písmem), alespoň u složitějších případů.

***OA***: **ICHS** - 1998 IM spodní stěny - zjištěna nemoc tří tepen , CABG duplex ( RIA - LIMA , RMS , ACD )

- 2011 nestabilní AP - PCI / DES kritické stenózy RCX ( VFN )

- dle ECHO 6/2018 dobro systolická funkce LK ( EF 65 % ), lehká Mi regurgitace

- sledován na kardiologii v Berouně ( dr. Zajiček )

**Arteriální hypertenz**e od 2005 , kompenzované medikaci , v péči prakt . lékaře   
 **Diabetes mellitus 2. typu** zjištěn 2012 u PL při preventivní prohlídce , zpočátku na   
 PAD, od 2015 na kombinaci PAD a bazálního inzulínu . Sledován v diabetologické   
 ambulanci, kompenzace uspokojivá ( HbA1c 43 mmol / mol ). Dosud je bez   
 mikrovaskulárních komplikací.

**Resekce pravé ledviny pro karcinom** 2/2013, bez následné onkologické terapie,   
 poslední kontrola na onkologii FNM 2/2018 bez průkazu recidivy

**NO** (nynější onemocnění)

Obtíže , choroba nebo stav, které jsou hlavním důvodem hospitalizace . Pokud je pacient  
 přijat pro akutní nebo zhoršující se subjektivní obtíže , uvádíme podrobný popis těchto obtíží

• přesný charakter obtíží včetně údaje, co je zhoršuje a co přináší úlevu ( např . tupé bolesti   
 břicha kolem pupku s vyzařováním do zad, s úlevou vleže na břiše, bez souvislosti s jídlem)

• kdy obtíže začaly, jak se vyvíjejí v čase (zhoršují se?)

• cíleně se ptáme na další možné související příznaky (u bolesti břicha - nevolnost, zvracení,   
 plynatost, změny stolice ; u dušnosti - kašel, febrility, bolesti na hrudi, otoky DK; u bolesti na   
 hrudi - palpitace, synkopy, dušnost...)

• návštěvy lékaře v rámci NO (včetně shrnutí výsledků , pokud jsou k dispozici)

• léky , které si pacient sám na svoje obtíže bral nebo které od lékaře dostal, s uvedením,  
 jestli přinesly úlevu

• vlastní líčení obtíži pacienta nepřekládáme do odborných termínů

Pokud je pacient přijat pro déletrvající obtíže nebo na základě patologického nálezu různých vyšetření, uvádíme přehled dosavadních výsledků a nálezů (zde pochopitelně s využitím odborných termínů).

Vždy uvádíme způsob, jakým se nemocný dostal k hospitalizaci ( „ na základě doporučení ošetřujícího lékaře přichází k plánované hospitalizaci ", „ *pro uvedené obtíže se sám dostavil/jej dcera přivezla k vyšetření na SPIN* ", ,, *dnes ráno si zavolal RZP, která ...* “, „*přivezen RZP*“).

**Základní funkce**

Uvádíme následující negativní údaje (v případě že je pacient uvedené obtíže má jsou zmíněny v OA nebo NO): Pacient neudává dušnost bolesti na hrudi ani palpitace, DK neotékají, chuť k jídlu přiměřenó, váhově stabilni, močení a stolice bez obtíží.

**Bolest**

Pokud má pacient onemocnění spojené s bolesti , je údaj o bolesti samozřejmou součástí příslušného bodu anamnézy. V poslední době se v dokumentaci vyžaduje intenzitu bolesti vyjádřit pomocí skórovacích systémů, např. NRS ( číselná škála, Numeric Rating Scale, ve stupních 1-10/10 ) - např . ,, *bolesti v bederní oblasti 6/10 NRS*". Uvádět i negativní údaj, pokud pacient žádné bolesti nemá. Nejvhodnější je uvádět údaj o bolesti jako samostatnou položku vstupního vyšetření . Bolest : Pacient žádné bolesti neudává , nebo Bolesti v zádech viz výše , jiné bolesti pacient nemá

**Objektivní nález:**

TK, P, dechová frekvence , tělesná teplota , saturace 02 , hmotnost , výška , BMI

Celkově : Při vědomí, orient. osobou, místem i časem, spolupracuje, aktuálně bez emoční lability, K-P stabilní, eupnoický, přimeřené výživy, Kůže anikterická, bez eflorescencí, krvácivých projevů , jizev a jiných patologických projevů , turgor přiměřený. Nelateralizuje. ameningeální. Pohyblivost volná, kožní kolorit bez patologie.  
Hlava: Poklepově nebolestivá, uši a nos bez výtoku, oční štěrbiny symetrické, spojivky růžové, skléry bílé, bulby volně hybné všemi směry, zornice izokorické, foto bilat. +/+, n. V a VII v normě, jazyk plazí středem.  
Krk: Volně hybný všemi směry, C páteř palpačně nebolestivá. Pulzace karotid souměrná, normální náplň krční žil. Štítná žláza na pohled a pohmat nezvětšená.  
Páteř:  Bez deformit, hybnost ve všech segmentech věku a habitu přiměřena, palpačně i pokl. obratlové trny nebolestivé.  
Hrudník: Symetrický, bez deformit. Klinicky pevný. Poslechově dýchání čisté sklípkové ve všech polích. AS pravidelná, 2 ozvy ohraničené. Axily bez kožních změn, lymfatické uzliny nehmatné.  
Břicho: Souměrné, v niveau, dýchací pohyby viditelné v celém rozsahu. Měkké, prohmatné, palpačně bolestivé nad sponou, povrchová a hluboká palpace bez hmatné resistence, naznačeno peritoneální dráždění Poklep diferencovaně bubínkový. Peristaltika slyšitelná normální. Tapottement bilaterálně negativní. Inguiny volné, lymfatické uzliny oboustranně nehmatné, hernie nepřítomné.  
Per rektum: Okolí konečníku klidné, tonus análního sfinkteru přiměřený. Ampula hladká, indigace nebolestivá. Douglas nevyklenuje. V dosahu prstu bez patologie, na rukavici bez patologické příměsi, normální formovaná stolice.  
Horní končetiny: Volně hybné, nebolestivé, bez deformit. Svalová síla a tonus souměrné, v normě. Hybnost, inervace a prokrvení periferie v normě.  
Dolní končetiny: Volně hybné, nebolestivé, bez deformit. Svalová síla a tonus souměrné, v normě. Pulzy na periferii oboustranně hmatné, symetrické. Bez kožních trofických změn. Bez edémů a varixů. Homans a dorzální flexe negativní. Hybnost, inervace a prokrvení periferie v normě.

**Závěr**

Přehled všech (podstatnějších) chorob/diagnóz. Diagnóza, vztahující se k nynějšímu onemocnění, je vždy na prvním místě. Další diagnózy řadit nejlépe podle závažnosti. Závěr obsahuje pouze diagnózy, ne množství dalších údajů z anamnézy (nekopírovat anamnézu.)

**Poznámky:** Pacient by neměl mít popsané jizvu po operacích, ke kterým není odpovídající údaj v anamnéze. Pacient by neměl mít v přehledu medikace uvedený lék, u kterého není jasné, pro jaké onemocnění jej užívá.

Bez ohledu na to, jaké pořadí zápisu anamnézy zvolíme, při odebírání anamnézy se vždy nejdříve ptáme na současné obtíže pacienta (NO).

**Používání zkratek omezit na rozumné minimum.**