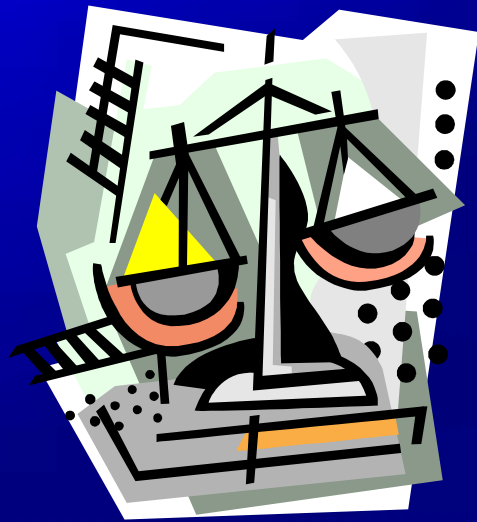


Zkušenosti s novým Listem o prohlídce zem elého



Vojtíšek T., Hirt M., Schneller K.
Ústav soudního léka ství LF MU a
FN u sv. Anny v Brn

List o prohlídce zem elého

- Zák. . 372/2011 Sb., o zdravotních službách (ú innost od 1. 4. 2012)
- Vyhl. . 289/2012 Sb., o Listu o prohlídce zem elého (ú innost od 20. 9. 2012)
- Vyhl. . 297/2012 Sb., o Listu o prohlídce zem elého (ú innost od 1. 1. 2013)

List o prohlídce zemřelého

- Jméno: Příjmení:
 (Př. zvané jméno nebo příjmení sáz. jméno nebo příjmení dle voj.)
- Datum narození: rodné číslo: 3. Pohlaví:
- Rodičův stav:
- Sňatá příslušnost:
- Zaměstnání:
- Nejvyšší (uznané) vzdělání:
- Rodiče: otec: matka:
- Bydlící: obec: kraj (u vzácných stát):
 (u neuznaných bydlících míst):
 obec: kraj (u vzácných stát):
- a) Jméno a příjmení manžela (ky) i zemřelého (y):
 b) Datum narození manžela (ky):
- Datum a místo uzavření manželství:
- Jméno a příjmení otec: matka:
 rodičů zemřelého
- Datum úmrtí: 11. Jde o prohlídku umrtvého narozeného dítěte? Ano – ne
 (den, měsíc, rok – hodina) (nezodpovězte!)
- Místo úmrtí: 16. Kde našlo tělo (místo smrti):
- Kým, kde a od kdy byl zemřelý naposledy léčen:

18. Příčina smrti (podle klinického záznamu)	Přibližná doba mezi začátkem onemocnění a smrtí	Znak Podrobně seznamu MKCN
I. Nemoc (slav), která přímo vedla ke smrti (bezprostřední příčina smrti) * Předchozí příčiny (j. chronické stavy, jsou i) jaké, které způsobily stav uvedený pod a); převodní příčina (základní nemoc, šířící nemoc) se uvedla pod písmenem c)	a) b) c)	
II. Jiné závažné chronické stavy nebo změny, spolupodmínící smrt, které nebyly v příčinné souvislosti s nemocí nebo stavem uvedeným pod I. a)		

*) To znamená onemocnění dle trval. souběž. selhání, asdise apod.), vrbřně nemoc, úraz nebo komplikace, které způsobily smrt.

- Šlo o přirozenou nemoc? Ano – ne 20. Šlo o nemoc z povolání? Ano – ne
- Šlo o pracovní úraz, náhodný úraz, vzhledu, sebevraždu?
 (zaškrtněte a uveďte mechanismus smrti, místo, čas a místo, oběť, přejetí vzhledu, zdravotní stav, přejetí traktorem apod.)

Smrtelné choroby nebo porážky z diaých kov:

- U dítěte: 1. mrtvé narozených
 2. zemřelých
 do 3 let: začle – az začle (zaškrtněte)
 do 24 hodin po porodu: délka života v hodin:
 do 15 let: rodiče manžela? Ano – ne (zaškrtněte)

Při namození
 hrudníku v g:
 dělení v mm:

- Návrh prohlášení lékaře:
 (určení příčiny patologické nebo zdravotní, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno nestřemným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)

V. dne
 (místo prohlídky) (den, měsíc, rok a hodina prohlídky)

Razítko a podpis ošetřujícího lékaře

Razítko a podpis prohlázejícího lékaře

List o prohlídce zemřelého	Oprava: 1. ano 2. ne	Zdravotní pojišťovna: <input type="text"/> (kod) Číslo pojištění: <input type="text"/> Mrtvé narozené dítě: 1. ano 2. ne Osoba neznámé totožnosti: 1. ano 2. ne
Část A – Matiční úřad, provozovatel pojišťovací služby, osoba zajišťující pohřbení		
1. Jméno, pop. jméno: <input type="text"/> Příjmení: <input type="text"/>	Rodné příjmení: <input type="text"/>	
2. Datum narození: <input type="text"/> (osob. nezjištěné) (přibližně stáří: <input type="text"/>)	Rodné číslo: <input type="text"/>	
3. Pohlaví: 1. Muž 2. Žena	4. Státní občanství: 1. ČR 2. Jiné, uveďte jaké: <input type="text"/>	
5. Datum úmrtí (den, měsíc, rok) (<input type="text"/>) (jedná se o pravidelně určené místo na základě odhadu) 1. ano 2. ne		
6. Místo úmrtí (název těla zemřelého: obec, část obce, k.): <input type="text"/>	Jedná se o místo: 1. úmrtí 2. nálezu	
6.p. Číslo okres: <input type="text"/>	Jedná se o místo: 1. úmrtí 2. nálezu	
7. Místo na novém místě: <input type="text"/> okres: <input type="text"/> u narozených v cizině: stát: <input type="text"/>		
8. Místo trvalého bydliště: ulice, č.p.: <input type="text"/> obec: <input type="text"/> okres: <input type="text"/> stát: <input type="text"/>		
9. Nejvyšší ukončené vzdělání: 1. základní, bez vzdělání 2. střední bez maturitní, včetně vyučených 3. střední s maturitou 4. vyšší odborné 5. vysoká škola 6. nezjištěno		
10. Stav: 1. svobodný(á) 2. ženatý/vdaná 3. rozvedený(á) 4. ovdovělý(á) 5. partnerství 6. zmanžel partnerku, rozvodem 7. zaniklo partnerství smrtí 8. nezáložně		
11. Jméno, pop. jméno a příjmení manžela(ky) (partnerky) zemřelého, pokud šlo: <input type="text"/>		Datum narození manžela(ky) (partnerky) zemřelého: <input type="text"/>
12a. Moshimalebná náhrady nebo protězy z diaých kovů 1. ano – jaké: <input type="text"/> 2. ne <input type="text"/>		
13a. Návrh prohlášení lékaře: <input type="text"/>		
(určení příčiny patologické nebo zdravotní, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno nestřemným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)		
demifikace poskytovatele zdravotních služeb: <input type="text"/>		ICD: <input type="text"/> PČZ: <input type="text"/> ODD: <input type="text"/>
Název poskytovatele zdravotních služeb: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
Jméno a příjmení lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
V. <input type="text"/> dne <input type="text"/>	razítko poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl prohlídku těla zemřelého	
(místo prohlídky)	(den, měsíc, rok a hodina prohlídky)	
Vyplněte pouze v případě vyžádání pitvy		
12b. Moshimalebná náhrady nebo protězy z diaých kovů 1. ano – jaké: <input type="text"/> 2. ne <input type="text"/>		
13b. Ošetření pitvy: <input type="text"/>		
(rozhodnutí o provedení pitvy, opatření při podezření na infekční onemocnění, kontaminaci radioaktivní látkou, při podezření, že úmrtí bylo způsobeno nestřemným činem, při podezření na úmrtí v souvislosti s nemocí z povolání, pracovní úraz apod.)		
demifikace poskytovatele zdravotních služeb - pitva: <input type="text"/>		ICD: <input type="text"/> PČZ: <input type="text"/> ODD: <input type="text"/>
Název poskytovatele zdravotních služeb: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
Jméno a příjmení lékaře, který provedl pitvu: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
V. <input type="text"/> dne <input type="text"/>	razítko poskytovatele zdravotních služeb a podpis lékaře, který provedl pitvu	
(místo pitvy)	(den, měsíc, rok a hodina pitvy)	

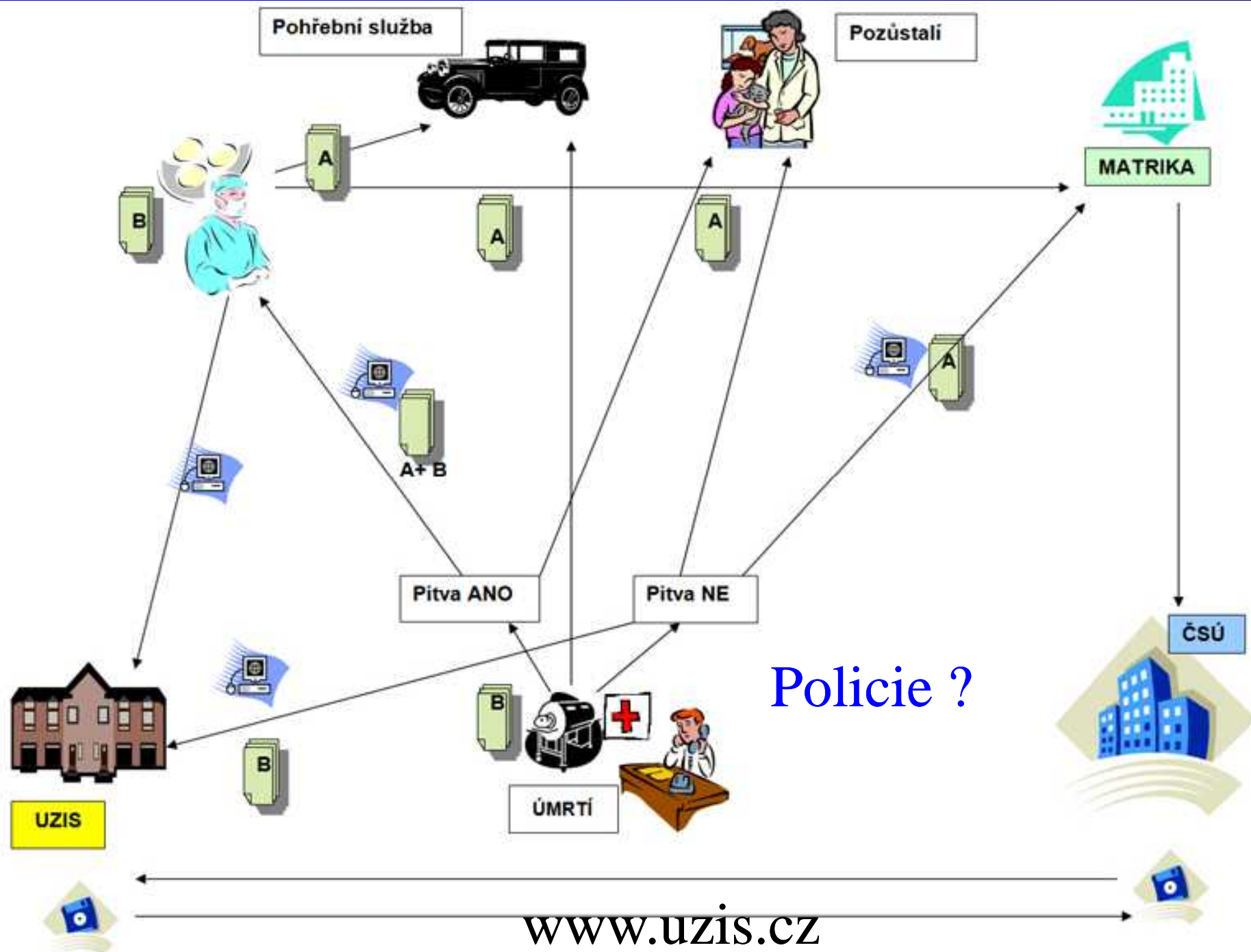
části LPZ

A – „ú ední“

(matri ní ú ad, poh ební služba, osoba zajiš ující poh bení)

B – „zdravotnická“ („tajná“)

(ÚZIS, zdravotnická dokumentace)



Problémy

- Složitost, nepřehlednost, malé kolonky
- Není určená kopie pro prohlížečícího lékaře
v případě určení pitvy
- V praxi často není ve formuláři vyznačeno
přesné místo určení
- Snímatelné a nesnímatelné cennosti
- Elektronické předávání (centrální úložiště
povinných hlášení)

Klady

- ÚZIS do 30 dní x matri ní ú ad do 3 dn
- Opravy
- Ochrana soukromí

Kuriozity

- Anatomická pitva není pitva aneb co s „darovací smlouvu“ na vlastní t lo ?

Diskuze a závěr

...inností českého zákonodárce se:

...z *MRTVÝCH* stávají...

... *ZEM ELÍ*...a

...ze zem elých se stávají...

...*NEMRTVÍ*...



D kuji za pozornost!