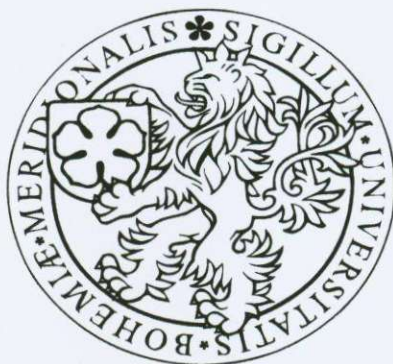


JIHOČESKÁ UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA BOHEMISTIKY
České Budějovice



K JAZYKU A STYLU LÉKAŘSKÉ DOKUMENTACE

Diplomová práce

Vypracovala: Klára Vaníčková

Vedoucí diplomové práce: doc. PaedDr. Bohumila Junková, CSc.

České Budějovice

2006

Knihovna JU - PF



3 1 1 5 1 7 2 3 0 0

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „K jazyku a stylu lékařské dokumentace“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Klára Vaníčková

.....
podpis diplomanta

V Českých Budějovicích dne 25. března 2006

ABSTRAKT

Číslo 1/2014, strana 10-11, ISSN 1802-9013

Abstrakt: Tato práce se zabývá vývojem a aplikací nových metod v oblasti diagnostiky a léčby onemocnění dýchacích cest. V rámci výzkumu byly vypracovány nové postupy a přístupy, které umožňují přesnější diagnostiku a efektivnější léčbu pacientů s touto patologií.

Podrobněji je zde popsáno, jak byly tyto metody vypracovány a jak byly aplikovány v klinické praxi. Všechny kroky byly pečlivě sledovány a zaznamenány, aby bylo možné je v budoucnu reprodukovat a aplikovat u dalších pacientů.

Práce je rozdělena do několika částí, které se zabývají různými aspekty výzkumu a aplikace. Každá část obsahuje podrobné údaje o metodách, které byly použity, a o výsledcích, které byly dosaženy. Všechny údaje byly pečlivě ověřeny a zkontrolovány, aby bylo možné je použít jako spolehlivý zdroj informací.

V závěru práce je shrnuta celá práce a uvedeny hlavní zjištění a doporučení. Všechny údaje byly pečlivě zkontrolovány a zveřejněny, aby bylo možné je použít jako spolehlivý zdroj informací.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí své diplomové práce doc. PaedDr. Bohumile Junkové, CSc., za její návrhy a všestrannou pomoc při vypracování diplomové práce.

Dále děkuji MUDr. Blance Černické za její odborné rady, cenné podněty a připomínky.

ANOTACE

K jazyku a stylu lékařské dokumentace

Cílem této diplomové práce je shromáždění a utřídění lékařské dokumentace, dále pak zhodnocení tohoto typu textů z hlediska jazykových prostředků a jejich stylového užívání.

Teoretická část se zabývá odborným funkčním stylem, jeho charakteristikou a vývojem. Obsahuje kapitolu, která se věnuje formování českého odborného vyjadřování. Kromě toho podává také teoretický výklad, co je terminologie a co jsou zkratky.

Praktická část se zaměřuje na konkrétní typy textů a jejich rozbor z hlediska jednotlivých jazykových rovin. Dále se podrobně zabývá terminologií z hlediska praktického a užíváním zkratek, prostředků, které jsou v textech lékařské dokumentace velmi nápadné. Poslední kapitola popisuje význam diagnostických kódů.

V závěru jsou shrnuty znaky typické pro texty lékařské dokumentace, které vyplynuly z rozborů lékařských zpráv.

ANOTATION

Language and Style of Medical Documents

The aim of this diploma thesis is to assemble and organize the language of the medical documentation. Furthermore, it evaluates the type of these texts in terms of the using language means and style.

The theoretical part considers a professional functional style, its characteristics and development. It concerns a chapter focused on the formation of the czech professional expression. It also provides a theoretical explanation of the terms terminology and abbreviations.

The practical part aims attention at the specific types of texts and its analysis from the point of view of particular language levels. Moreover, it analyzes the terminology in terms of the practical usage of abbreviations and language means, which are highly remarkable in the medical documentation. The last chapter describes the purport of the diagnostic codes.

The conclusion abstracts the typical characteristics of the medical texts which resulted from its analysis.

OBSAH

1.	Předmluva.....	3
2.	Teoretická část.....	4
2.1	Funkční styl odborný.....	4
2.1.1	Faktory konstituující odborné projevy.....	4
2.1.2	Formování českého odborného vyjadřování.....	5
2.1.3	Názory na funkční stylovou diferenciaci a jejich vývoj.....	6
2.2	Styl prakticky odborný.....	10
2.3	Stylová norma textů odborného zaměření.....	10
2.3.1	Kompozice.....	10
2.3.2	Jazykové roviny.....	11
2.3.2.1	Rovina hláskoslovná.....	11
2.3.2.2	Rovina morfologická.....	11
2.3.2.3	Rovina syntaktická.....	11
2.3.2.4	Rovina lexikální.....	12
2.4	Lékařský jazyk.....	19
3.	Praktická část.....	21
3.1	Typy textů.....	21
3.1.1	Překladová zpráva.....	21
3.1.1.1	Schéma překladové zprávy.....	21
3.1.1.1.1	Anamnéza.....	22
3.1.1.1.2	Nynější onemocnění.....	26

3.1.1.1.3	Objektivní nález	27
3.1.1.1.4	Vyšetření	30
3.1.1.1.5	Epikríza	30
3.1.1.1.6	Diagnózy	31
3.1.1.1.7	Medikace	31
3.1.1.1.8	Doporučení	32
3.1.1.2	Analýza stylové normy u překladové zprávy	32
3.1.1.2.1	Kompozice.....	32
3.1.1.2.2	Morfologická rovina.....	35
3.1.1.2.3	Syntaktická rovina	36
3.1.1.2.4	Lexikální rovina	39
3.1.2.	Propouštěcí zpráva	40
3.1.3	Operační protokol.....	41
3.1.3.1	Schéma operačních protokolů	41
3.1.4	Konziliární zpráva	42
3.2	Zkratky a zkrácená slova.....	44
3.3	Termíny	46
3.4	Diagnózy- diagnostické kódy	48
4.	Závěr.....	51
5.	Seznam zkratek a zkrácených pojmů	54
6.	Seznam použité literatury	57
7.	Přílohy	58

1. Předmluva

Odborný funkční styl je vzhledem ke své proměnlivosti v popředí zájmu současných jazykovědců. Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na jazyk a styl textů lékařské dokumentace. Zvolené téma je poměrně nové, v odborné literatuře se s příspěvky zabývajícími se touto problematikou téměř nese- tkáme.

Prvním krokem bylo shromáždění a utřídění lékařské dokumentace. Zabývala jsem se lékařskými zprávami překladovými, propouštěcími, konziliár- ními, operačními protokoly a laboratorními výsledky. Nepracovala jsem s žád- nými osobními daty.

Cílem práce je zhodnotit tento typ textů z hlediska jazykových pro- středků a jejich stylového užívání, svou pozornost zaměřím na jazykové pro- středky české a cizí.

Diplomová práce je rozdělena na tři hlavní části: teoretickou část, prak- tickou část a závěr.

Teoretická část se zabývá odborným funkčním stylem z hlediska jazy- kovědného, jeho charakteristikou, vývojem a uplatněním.

V praktické části jsem se zaměřila na konkrétní texty. Pokusila jsem se o jejich stručnou charakteristiku a rozbor z hlediska jednotlivých jazykových rovin. Předpokládala jsem, že nejnápadnější znaky se budou vyskytovat v rovině lexikální. Lékařská terminologie je totiž velmi rozsáhlá. V textech se setkáváme s termíny českými, ale i cizími, zakládajícími se téměř výlučně na tradiční latinské a řecké terminologii. Velmi časté je, jak jsem i předpokládala, užívání zkratk.

S dalšími znaky typickými pro styl textů lékařské dokumentace se podle naší prognózy setkáváme v rovině syntaktické. Pozornost jsme zaměřili na jednotlivé větné členy, jejich postavení ve větách či na druhy vět.

Domnívám se, že práce lékařů s jazykem bude osobitá vzhledem k časové tísni při zpracovávání tohoto typu textů.

2. Teoretická část

2.1 Funkční styl odborný

Odborný funkční styl je typickým stylem veřejné jazykové komunikace. Uplatňuje se při zprostředkování pracovních informací v situacích, kdy se zveřejňuje určitý okruh získaných vědomostí.

V tomto stylu vyjadřuje forma přesně koncipované myšlenky. Výraz se obrací na vzdělaného adresáta, který je odborníkem v daném oboru, expresivní stránka je silně potlačena. Využívá se prostředků jednoznačných a přesných, důležitá je především odborná terminologie. Prostředků jiných stylů se užívá minimálně.

Subjektivita v odborném stylu bývá potlačena. Zachovává se spisovná norma. Uplatňují se přesné výrazové prostředky, výstižné z hlediska vyjadřování, objektivní a jednoznačné. Vedle jazykových výrazových prostředků se v odborném stylu objevují i prostředky nejazykové, optické, např. rozmanité tabulky, značky a vzorce (Bečka, 1992).

Podle Chloupeka je odborný styl postaven do opozice k ostatním stylům jazyka na základě své přesnosti, pojmovosti, jednoznačnosti, neemotivnosti a explicitnosti sdělení.

Texty odborného funkčního stylu člení podle funkce na styl vědecký, styl prakticky odborný, populárně naučný, učební a esejistický (Chloupek, 1991).

2.1.1 Faktory konstituující odborné projevy

Charakteristickými rysy odborného funkčního stylu jsou psanost, monologičnost, veřejnost, pojmovost, přesnost, jednoznačnost, soustavnost a odbornost. Veřejnost projevu je spojena s tím, že obsah sdělení je tvůrcem subjektivně hodnocen jako závažný a zavazující, proto bývají i kratší odborné texty pečlivě připraveny nejen po obsahové, ale i po kompoziční a stylizační

stránce a směřují jasně k spisovnosti. Taková příprava je plně možná jen v psané formě. Odborné texty jsou proto většinou psané. Základní forma projevu je monologická.

Text je explicitní, tj. sdělovaný obsah vyjadřuje přímo, je v něm však minimum redundantních prvků. Do popředí se dostává denotát znaku, konotace jsou potlačeny. Z věcného hlediska je sdělení úplné, výrazová úplnost je dána charakterem jazykového materiálu a územ v určitém typu textů (Chloupek, 1991).

2.1.2 Formování českého odborného vyjadřování

Odborný funkční styl se v češtině začal vydělovat z rámce nediferencovaného kulturního dialektu poměrně brzy, a to v opozici ke stylu uměleckému a řečnickému. Uvádí se, že jeho počátky můžeme nalézt již ve spisech Tomáše Štítného ze Štítného, který formuloval svá díla jako naučná, určená pro širší veřejnost.

Plně se odborný styl rozvinul v období humanismu, kdy se ve starší české literatuře oddělila výrazná větev české literatury vědecké a naučné. Obecné rysy stylu těchto textů odpovídají typickým rysům dnešní odborné literatury např. užitím terminologie (včetně tvorby termínů nových), neemotivností, propracovanou kompozicí a pevnou stavbou vět s diferencovaným vyjadřováním vztahů ve větách a souvětích.

V době pobělohorské byl vývoj spisovné češtiny přerušen, to vedlo ke ztrátě kontinuity ve tvorbě česky psaných odborných textů. Teprve od počátku obrození se znovu vytváří český odborný styl, stojící nejprve ve stínu stylu textů uměleckých. Pro české odborné vyjadřování 19. století byla typická především potřeba vyjádřit češtinou různé vědecké pojmy. To vedlo k rozvoji české terminologie pro všechny obory tehdejší vědecké činnosti. Naopak větná stavba textů stále udržuje kontinuitu s latinou. Gramatická stavba textů odpovídá tehdejší nepevné struktuře obrozeneckého spisovného jazyka. Problémem při tvorbě textů byl nejen stav češtiny, která potřebám odborného vyjadřování ne-

dostačovala, ale i to, že se teprve vytvářela obec českých čtenářů vědeckých spisů psaných mateřským jazykem.

V průběhu 19. století roste postavení vědy, techniky a politiky v životě společnosti, které vede k propracování jazyka a stylu odborných textů, a také k diferenciaci vyjadřování jednotlivých oblastí odborného stylu (Chloupek, 1991).

2.1.3 Názory na funkční stylovou diferenciaci a jejich vývoj

Ve stylové diferenciaci spisovného jazyka se odráží všechny funkce jazyka ve společnosti. Ty se neustále vyvíjejí, tak jako je v neustálém vývoji sám jazyk. Jazyk procházel v závislosti na společenské situaci, na politických a ekonomických podmínkách dané doby a vyspělosti kultury dynamickým vývojem v celém systému. Zároveň se rozvíjela i jeho komunikační schopnost. Postupně docházelo ke stylovým proměnám jazykové komunikace, ke vzniku a rozvoji stylů.

Styl každého projevu je v procesu vzniku ovlivňován mnoha faktory. Výsledný výběr a uspořádání výrazových prostředků je záměrné, vyhovuje určité funkci. Jestliže zobecníme okruh výrazových prostředků, které plní stejnou nebo přibližnou funkci, a jestliže přitom ještě eliminujeme individualitu autora, potom dospíváme k vymezení funkčního stylu. Představuje vždy styl objektivní, interindividuální, je určitou abstrakcí při respektování základní funkce projevu.

První teoretické stylistické práce se v české lingvistice objevily na rozhraní 20. a 30. let 20. století, jejich autory byli především představitelé Pražského lingvistického kroužku. Základy budování teorie funkčních stylů pak položil svými pracemi především B. Havránek. Jeho myšlenky a teorie se objevily ve sborníku *Spisovná čeština a jazyková kultura* (1932) a později byly rozvinuty ve studii *K funkčnímu rozvrstvení spisovného jazyka* (1942). B. Havránek jako první pohlíží souhrnně na stylové rozrůznění jazykových prostředků a vymezuje funkce spisovného jazyka své doby. Hovoří o funkci komunikativní,

prakticky odborné, teoreticky odborné a estetické. K nim nachází i příslušné tzv. funkční jazyky, tj. soubory výrazových prostředků, což jsou výrazové prostředky plnící v textu konkrétní určitou funkci. Jazyk hovorový plnil funkci komunikativní, pracovní jazyk sloužil funkci prakticky odborné, vědecký byl pro funkci teoreticky odbornou a jazyk básnický pro funkci estetickou. Tyto tzv. funkční jazyky jsou vlastně prvním obecným vymezením základních funkčních stylů češtiny. B. Havránek nachází i jejich diferenční rysy v plánu sémantickém a celkovém vyjadřování.

Dalším lingvistou zabývajícím se problematikou funkčních stylů spolu s B. Havránkem byl V. Mathesius. Ten jako první použil v roce 1942 termín funkční sloh.

Dnešní pojetí diferenciacie češtiny vychází právě z tohoto základního vymezení funkce jazyka a odpovídajícího výběru a uspořádání jazykových jednotek, ale také ze všech názorů rodící se funkční lingvistiky 30. let a doby pozdější. Rozvoj funkcí jazyka ve společnosti i posuny kritérií hodnocení vedly sice ke změnám v počtu a charakteristice stylů, nezměnil se však základní přístup k řešení celé problematiky.

Celý rozsah funkčních stylů češtiny vymezuje znovu B. Havránek v heslech pro Ottův slovník naučný nové doby. Na toto Havránkovo pojetí navazuje i J. V. Bečka (1948), jenž se zabývá zejména popisem stylových vlastností češtiny. Při posuzování spisovného jazyka ze stylistického hlediska rozlišoval tzv. funkční podoby spisovného jazyka, neboli funkční jazyky. K nim patří jazyk umělecký a jazyk vědecký, které se nacházejí jakoby na opačných pólech, mezi nimi pak nalezneme jazyk praktický. Praktický jazyk pak dělí na další skupiny: jazyk úřední, hospodářský a novinářský.

Dalším lingvistou, který významně přispěl k řešení otázek stylové diferenciacie češtiny, byl F. Trávníček, který hovoří o tzv. druhích spisovných slohů. Rozlišuje sloh teoretický a praktický, dále slohové druhy novinářský, řečnický, úřední, společenský a umělecký.

Zásadní orientaci v klasifikaci funkčních stylů přinesla konference o otázkách stylu a stylistiky, kterou uspořádal v roce 1954 v Liblicích Ústav pro jazyk český ČSAV. Konference byla vedena snahou o sjednocení stylistické terminologie, přispěla k řešení obecných otázek stylu a stylistiky. Se svými referáty vystoupili na liblické konferenci např. K. Hausenblas, P. Trost, E. Pauliny, M. Jelínek aj. Pozornost byla soustředěna na klasifikaci funkčních stylů spisovného jazyka. Podstatné bylo také doplnění současné podoby funkčních stylů o styl publicistický.

V současné době se obvykle vyučuje pouze čtyřem, pěti funkčním stylům, které jsou určeny čtyřmi, pěti oblastmi komunikace. Někdy jsou nazývány jako styly „školní“. Vědecká teorie však hovoří o existenci několika stylů dalších, např. stylu esejistického nebo epistolárního. Dalším postupem při klasifikaci funkčních stylů je vytčení hlavního faktoru, jímž je komunikát konstituován. Pro styl prostě sdělovací je to mluvenost, pro styl odborný, vědecký a administrativní pojmovost, pro styl publicistický je typická funkce přesvědčovací a získávací a v literatuře umělecké se setkáváme s estetickým působením komunikátů. Komunikáty každého funkčního stylu charakterizuje specifická vrstva slovní zásoby a typické výrazové prostředky.

Styl umělecké literatury je stylem, jehož hlavním cílem je estetické působení na vnímatele. Jedná se o proces, který Chloupek nazývá poetizací. Projevem poetizace podle něj nejsou pouze rým, rytmus, verš, neologismy, archaismy, dialektismy, profesionalismy, ale také pointa, kompozice, způsob tisku, ilustrace knihy, hudební doprovod atp. V tvorbě každého autora se odráží subjektivita a individuálnost, autor si sám volí vlastní způsob i míru poetizace. Adresát by měl respektovat umělecký záměr autora.

Styl prostě sdělovací se vymyká ze soustavy stylů spisovného jazyka, komunikáty bývají realizovány obecnou češtinou, dialekty, interdialekty, jen zřídka však spisovným jazykem. Je tomu tak proto, že komunikáty bývají většinou bezprostřední, spontánní a improvizované. Velmi se projevuje snaha o

ekonomičnost vyjadřování, např. zkratky či všechny způsoby univerbizace. Chloupek rozlišuje řeč mluvenou a řeč psanou a navrhuje dělení na primární a sekundární řeč mluvenou a psanou. Syntaktickou linearitu v komunikátu připisujeme právě mluvené řeči, a proto by měla být vykládána jako jeden z rysů mluvenosti.

Komunikáty **odborného stylu** jsou uskutečňovány primárně řečí psanou. Tento styl se vyznačuje charakteristickými formálními rysy. Za jeho základ je považován termín, tedy výraz nebo sousloví, jež má samo stylovou hodnotu odbornosti a pojmovosti. Měl by být zakotven v odborném kontextu. Důležitá je jednoznačnost termínu. Dalším nápadným rysem odborného stylu je nedynamický ráz predikačních sloves a zaměření argumentace na substantivum. Komunikáty tohoto stylu reflektují po skladebné stránce myšlení hierarchizované.

Administrativní styl bývá ztotožňován s profesní mluvou. Jeho normami se řídí profesionální pracovníci, ostatní občané jej zpravidla neovládají nebo jej za jistých okolností pasivně poznávají. Podle Chloupka by měl být administrativní styl uváděn jako podstyl stylu odborného.

Základní funkcí **publicistického stylu** je uvědomovat, získávat vnímatele, propagovat myšlenku, akci, zboží. Dále informovat o dění v komunikační oblasti politiky, ekonomiky, diplomacie a výroby, v oblasti sportu a kultury. Tyto funkce jsou plněny vlastními publicistickými žánry. Nejprůzračnější pro publicistiku je nápadná obliba obrazného vyjadřování, proces automatizace a aktualizace.

Dalšími styly vyučovanými ve školách jsou styl rétorický, esejistický a epistolární.

V pojetí funkčních stylů je nutné počítat s důsledným rozlišováním řeči mluvené a řeči psané. Při analýze komunikátů je prospěšné odlišovat primární, nebo sekundární psanost i mluvenost. Dnes se můžeme setkávat s komunikáty po stránce slohové záměrně nevyhraněnými co do lexika, frazeologie i kompozice. Běžně dochází k míšení jazykových prostředků, k přenášení, transpozici,

vypůjčce. Některé komunikáty však stále mají vyhraněnou výrazovou hodnotu odbornosti, publicistické reflexe či estetičnosti (Chloupek, 1994).

2.2 Styl prakticky odborný

Tento styl textů počítá s poučeným čtenářem, znalým základní problematiky daného oboru. Poznatky, které text přináší, nemusejí být nové z hlediska oboru, obracejí se však k praktické činnosti. Tomu odpovídá i stylizace textu – vyjadřování je tu méně exaktní. Kompozice je prostší, a pokud jde o texty v opakujících se situacích, vznikají pro ně textové modely. Vyjádření je sice spisovné, ale v jeho rámci se užívají i hovorové prvky, v lexiku se vedle termínů objevují profesionalismy včetně výrazů pracovního slangu. Oblast prakticky odborné komunikace se může dále dělit podle oborů lidské činnosti. Obec vnímatelů těchto textů je pak často omezena jen na okruh příslušníků jediné profese, a proto jsou v textu obvyklá i výrazová zjednodušení (Chloupek, 1991).

2.3 Stylová norma textů odborného zaměření

2.3.1 Kompozice

Kompozicí rozumíme uspořádání jazykového projevu, a to jako celku i jeho částí. Již textovou výstavbou se dosahuje jasnosti, zřetelnosti, přehlednosti a jednoznačnosti textu.

Tvorbě odborného textu předchází vždy delší fáze přípravná, v níž autor shromažďuje materiál, studuje literaturu oboru a připravuje si z ní poznámky. Pro psané odborné projevy je typická velmi promyšlená kompozice, která se liší podle toho, zda text směřuje k analýze problému, nebo je syntézou poznatků.

V textech lékařské dokumentace je kompozice prostší, jednodušší, než bychom asi u vědeckého textu očekávali. Je ovšem typická pro podstyl prakticky odborný.

Odborný text bývá především rozpracován v **horizontální linii**. Do určité míry je to patrné i u podstylu prakticky odborného.

Název je popisný, výstižný a jednoznačný. V textu (kromě zcela krátkého) je zřetelně patrné rozdělení na úvod, vlastní stať a závěr, který shrnuje výsledky práce. Texty lékařské dokumentace jsou velmi krátké, proto v nich takové členění nenacházíme vždy.

U odborného textu je **vertikální členění** velmi nápadné. U textů lékařské dokumentace nenacházíme vertikální členění až v takové míře, jak je u odborných textů obvyklé, přesto se s některými znaky setkat můžeme. Jedná se např. o užívání mezititulků či různých typů písma.

2.3.2 Jazykové roviny

2.3.2.1 Rovina hláskoslovná

V odborném funkčním stylu je hláskosloví důsledně spisovné.

2.3.2.2 Rovina morfologická

Morfologickou stavbu zejména psaného odborného textu charakterizuje především jeho spisovnost. V rámci spisovného jazyka najdeme pak v odborných textech některá specifika ve frekvenci jednotlivých slovních druhů a jejich kategorií.

2.3.2.3 Rovina syntaktická

V textech lékařské dokumentace se setkáváme s velkým počtem vět jednoduchých, ale běžně se užívají i souvětí. Jedná se převážně o souvětí souřadná, spojená asyndeticky, což není pro odborný funkční styl právě typické.

2.3.2.4 Rovina lexikální

Nejcharakterističtější rysy odborného vyjadřování se nacházejí v oblasti slovní zásoby. Jedná se především o termíny. Termínem rozumíme takové pojmenování, které je v rámci disciplíny jednoznačným pojmenováním pojmu oboru. Jde o pojmenování nocionální, neexpresivní, má funkci nominativní a kognitivní. Termín je v rámci oboru ustálený a je buď definován, nebo fixován konvencí oboru, jeho význam je tedy ostřeji ohraničený než u jiných vrstev slovní zásoby a je v podstatě identifikovatelný nezávisle na kontextu. V textech lékařské dokumentace převažují hlavně termíny cizí, latinské.

Terminologie

Typické znaky oddělující odborný styl od stylů dalších jsou zjevné v oblasti lexikální. K dosažení jednoznačnosti a přesnosti odborného stylu se využívá terminologie.

Terminologie je soubor termínů, tj. slov, která označují jevy vědeckého poznání. Termíny jsou hlavním prostředkem, kterým se dosahuje jednoznačnosti a přesnosti nezbytné pro funkční styl odborný. Jedná se především o termíny odborné a termíny popisné. Termíny odborné převládají v teoretických vědeckých výkladech. Jejich přesnosti a jednoznačnosti je dosahováno tím, že obsah vědeckých pojmů, který označují, je přesně stanoven, buď definicí, nebo konfrontací s pojmy soumeznými. Termíny popisné označují objekty, předměty vědecky utříděné a popsané. Nazývají se popisné proto, že nejsou většinou definovány, ale spočívají ve vědeckém popise. Termíny jsou jádrem slovní zásoby odborného stylu.

Terminologie tvoří ve slovní zásobě jazyka celek. Slova, která tvoří terminologii, jsou většinou vytvořena pro účel speciálního pojmenování konkrétních jevů. Většinou se jedná o slova uměle vytvořená ze slov latinských a řeckých a v této podobě do jazyka převzatá.

Ve slovní zásobě textů lékařské dokumentace převažují substantiva, adjektiva, ukazovací zájmena a vztažná zájmena.

Lékařská terminologie

Jako systém znaků plní každý jazyk základní poznávací, komunikativní a informační funkci. Bez aktivní znalosti odborného jazyka není možná věda, studium, výzkum, sbírání a třídění materiálu, systemizace oboru ani výměna těchto informací. Na jedné straně si řada odborníků uvědomuje aktuální potřeby vlastního odborného sdělování a na druhé straně nepřesnost, nedostatečnost a nejednotnost lékařské terminologie, upozorňuje též na nutnost zpřesňovat a zdokonalovat odborný jazyk a terminologické práci se aktivně věnuje.

Lékařská terminologie je jednou z nejrozsáhlejších terminologií. V odborné literatuře je počet odborných lékařských termínů odhadován na 500 000. Tento stav je výsledkem tisíciletého vývoje medicíny, jejího rychlého rozvoje v posledních letech a jistě i skutečnost, že předmětem medicíny je člověk. V rámci lékařského výzkumu i lékařské praxe vzniká neustále mnoho nových pojmů, které je třeba přesně nominovat a začlenit do souvislosti s jinými pojmy do systému daného oboru. Tento proces vzniku pojmů postupuje částečně rychleji než jejich interpretace a zařazení do logického systému. Protože však terminologie předpokládá zvládnutí tohoto procesu, definice všeobecně přijatelného lékařského jazyka se často za vývojem poznatků opoždí. Při značném rozsahu látky a mnoha změnách jako důsledku dynamického rozvoje oboru je jasné, že se objevuje nejistota u různých odborných významů, a tím i možné nedorozumění (u studujících více, u odborníků méně). Nejen lékařský jazyk, ale i lékařská terminologie je proměnný jev, který není možné beze zbytku systemizovat ani přesně vymezit vůči obecnému jazyku: pokoušejí se o to odborníci na mezinárodní úrovni, což lze nejen uvítat, ale i uznat jako nezbytnost. Je nutné si především uvědomit rozdíl mezi odborným jazykem, terminologií určitého oboru a terminologií jako vědeckou disciplínou.

Celkový počet odborných výrazů a termínů netvoří celkový rozsah a komplex odborného jazyka, který se neskládá pouze s pojmů různých kategorií, např. obecných (kost, karcinom), speciálních (stehenní kost, diabetes mellitus), příbuzných nebo druhových (antibiotikum, streptokok), relačních (paraver-

tebrální, sagitální), souhrnných (infekční onemocnění, nádor), ale navíc obsahuje řadu různorodých, zčásti tradičních, zčásti nově vzniklých výrazů, a tím není zcela totožný s pojmem terminologie. Kromě toho odborný jazyk jako médium různorodých oblastí komunikace a mezilidských vztahů v celé oblasti medicíny, tedy jako živý jazyk oboru, přirozeně obsahuje i specifické obraty, např. různé a různě motivované zkrácené výrazy (buldog, kočer), z nichž lze integrované termíny jednoznačně analyzovat, a samozřejmě i typické výrazy profesní mluvy nebo slangu. Odborný jazyk jako jedna z forem existence jazyka je výsledkem více či méně uvědomělého výběru z celkového inventáře jazykových prostředků, je to vědomě utvářená forma jazyka, která se vyznačuje jak stabilitou, tak proměnlivostí. Jazyková norma stanovuje pravidla pro užívání jazyka, která jsou zakotvena ve vědomí a systemizují kolektivní úzus. Je však třeba mít na zřeteli, že norma a úzus nejsou totožné jevy. Úzus si může se stávající normou konkurovat, může být z hlediska systému i nesprávný a může rovněž stávající normu uvolňovat. Systém, norma a úzus jsou však ve stálém vzájemném vztahu a navzájem se ovlivňují.

Terminologie jako věda vznikala během dvou desetiletí jako syntéza dílčích aspektů různých vědních oborů: má interdisciplinární a transdisciplinární charakter, tzn. na straně jedné integruje důležité součásti určitých oborů, na straně druhé je nedílnou částí každého vědního oboru. Každý obor si musí vypracovat svou vlastní terminologii.

Terminologií určitého vědního oboru se rozumí komplex termínů nebo odborných výrazů používaných v tomto oboru. Termín v odborném smyslu je specifická lexikální jednotka, která označuje definovaný pojem v systému vědního oboru. Jako termín v širším smyslu slova se chápou i odborné výrazy nebo specializovaná označení, pokud ve věcné oblasti označují určitelné (konkrétní) věci, a tak vytvářejí specifickou slovní zásobu. Je třeba je hodnotit jako formovaný výraz, jemuž je přiřazen objektivní význam, a které s ohledem na přesnost musí mít vedle funkce pojmenovavací i funkci vymežovací.

Vlastní terminologickou činnost můžeme rozdělit do čtyř rovin. První tvoří lexikografická činnost, která vede k tvorbě výkladových slovníků, nachází různé aspekty významu pojmenování, sleduje vztahy mezi pojmy a pojmenováními, snaží se je systematicky třídit a ukázat, jak těchto pojmů a pojmenování aktuálně používat. Druhou oblastí je terminologická činnost, jejímž cílem je na základě výzkumu odborného jazyka předkládat odborné směrnice, jimiž by se mělo řídit používání pojmů a pojmenování v odborné komunikaci. Zabývá se analýzou pojmové struktury speciální oblasti činnosti, tvorbou nových pojmenování pro nové pojmy nebo pojmy již nevyhovující, systemizací pojmů a pojmenování a vztahy mezi nimi a stanovováním jejich používání specifickým, vědecky odůvodněným způsobem.

Třetí oblastí je normování terminologie, tj. standardizace vztahů mezi pojmy a pojmenováními tím, že se pojmům přiřadí definice. Poslední, u nás často opomíjenou a mnohdy i podceňovanou oblastí, je tzv. terminologická práce pro veřejnost, která v praxi uplatňuje výsledky terminologického výzkumu a normování. Týká se publikační a přednáškové činnosti odborníků, odborných překladů, počítačového zpracování dat a v neposlední řadě i výuky odborného jazyka cizího i mateřského.

Cílem terminologické práce řady odborníků je především předcházení nedorozumění. Jinými slovy – snaha o prozkoumání a utřídění lékařské terminologie tak, aby odpovídala současnému stavu rozvoje medicíny a umožnila bezproblémovou komunikaci mezi odborníky jednoho oboru i komunikaci mezioborovou, a to nejen v rámci našeho státu, ale i v jiných zemích.

Předpoklady pro terminologickou činnost jsou: dobrá znalost obecného jazyka a jeho vývojových tendencí, dobrá znalost odborného jazyka a oboru, v němž se výzkum provádí, rovněž s ohledem na vývojové tendence, popis odborného názvosloví a jazyka daného oboru (tzn. stanovení rozsahu oboru, určení souboru pojmů, klasifikačních kritérií, uspořádání a definování pojmů, výběr preferovaného pojmu z řad synonym, dotvoření chybějících termínů).

V souladu s mezinárodními zvyklostmi a se snahami o racionalizaci, kondenzaci a internacionalizaci odborného jazyka se i v češtině projevují tyto tendence:

1. tendence univerbizační, tj. preferování jednoslovných pojmenování před víceslovnými
2. používání cizích předpon nebo tzv. quasi předpon u českých slovních základů (např. ultrazvuk)
3. tvoření formálně zařazujících složenin (Q-křivka)
4. používání převážně jednoslovných synonym z profesní mluvy i v písemném projevu
5. časté přejímání cizích slov
6. ortografická, fonetická a gramatická adaptace přejatých termínů a cizích jazykových prvků
7. používání hybridních složenin, které se dříve považovaly v českém jazyce za neústrojné

Tyto tendence umožňují zdomácnění termínu a podporují vznik nových základů pro odvozování. Námitky některých odborníků, že počestněním cizího termínu se poruší internacionální souvislosti, a tím se sníží žádoucí srozumitelnost, by se daly vyvrátit tím, že se většinou jedná o drobnou úpravu morfologické struktury (např. sufix, prefix) nebo úpravu ortografickou, jež výrazně nemění základ slova, které zůstává i nadále srozumitelné. V souvislosti s termíny cizího původu se prosazuje i tzv. progresivní pravopis, což ovšem neznamená počestňování za každou cenu, jak jsme toho mnohdy svědky. K přejímání a adaptaci cizojazyčných termínů lze přistoupit teprve po pečlivém zvážení historických a vývojových souvislostí a jeho postavení v daném systému. Další námitkou, která se v souvislosti s používáním cizích termínů objevuje, je údajné snížení obecné srozumitelnosti odborného jazyka. Tato námitka není opodstatněná, protože funkce odborného jazyka spočívá především v komunikaci mezi odborníky a není důvodu, proč by měl laik rozumět všem odborným

výrazům, když vlastně nerozumí danému oboru. Komunikace mezi lékařem a pacientem se uskutečňuje v jiné komunikační rovině.

Při tvorbě nových termínů nebo při jejich přejímání dáváme přednost především slovům s řeckými nebo latinskými slovtvornými prvky. Jedná se o jazyky, které jsou schopné vyjádřit pomocí prefixů, infixů a sufixů logické vztahy jednoduše (např. řec.: gastroenterostomie - vytvoření spojky mezi žaludkem a tenkým střevem, lat.: nefropatie - onemocnění ledvin, nefritida - zánět ledvin, nefrom - nádor ledvin ap.). Tyto prvky jsou vynikajícím a historicky ověřeným prostředkem pro systemizaci a formalizaci jazyka: při jejich využití je navíc do značné míry vyloučena víceznačnost, významová shoda a redundance.

Při zpracování lékařské terminologie bude nutno zachytit vlastní odborný výraz, jeho synonyma a preferenci, definici, popř. zkratku a cizojazyčný ekvivalent. Pro terminologickou praxi by bylo užitečné uvést i případný profesní výraz, ovšem s uvedením oboru, oblasti a situace použití by pomohl zmapovat situaci v této zajímavé oblasti.

Dlouhodobým cílem terminologické práce je vytvoření výkladového lékařského slovníku, postupnými cíli pak zpracování terminologie jednotlivých oborů, např. ve formě glosářů ap. vzhledem k tomu, že se lékařskou terminologií zabývají jednotlivé mezinárodní lékařské společnosti a že existují mezinárodní dohody o stanovení významu a rozsahu termínů, je třeba se opírat o standardní díla jednotlivých lékařských oborů, ale také vycházet především z již kodifikovaných, normativních děl, slovníků a nomenklatur, dbát na to, aby termíny byly jazykově správné a aby zůstaly v kontextu s terminologií mezinárodní. Je třeba pracovat rychle, protože dnes již není možno čekat několik let na vytvoření nějakého klasifikačního systému, a alespoň v dílčích oborech předložit podklady k odborné diskusi. Na otázku, jak zkoumat lékařskou terminologii, lze odpovědět stručně: interdisciplinárně, koordinovaně a odpovědně, s vědomím nezastupitelné potřeby této práce (Mokrošová, 1994).

Slovní druhy

Substantiva se v textech objevují nejčastěji. Jedná se především o substantiva patřící do odborné terminologie. Prostředkem často užívaným v odborných projevech je nominativ jmenovací.

Adjektiva se vyskytují v odborné lékařské terminologii také velmi hojně. Ve větší míře se setkáváme s adjektivy relačními. Ve víceslovných lékařských termínech jsou zastoupena desubstantivní relační adjektiva domácí i cizí, součástí většiny tradiční lékařské terminologie jsou však relační adjektiva cizího, především latinského a řeckého původu. V porovnání s běžnou slovní zásobou jsou zde z hlediska slovtvorných způsobů více zastoupena adjektiva složená, a to hlavně adjektiva cizího původu: 1. adaptovaná do češtiny, 2. v češtině utvořená, 3. složená nápodobou nebo překladem podle cizího slovtvorného modelu. Produktivita mnohých slovtvorných prostředků je značná.

V projevech z oblasti odborné je poměrně vysoká frekvence přídavných jmen slovesných.

Se **zájmeny** se v lékařských zprávách téměř nesetkáme.

Číslovky se v textech lékařské dokumentace objevují ve velké míře. Jedná se především o výsledky laboratorních vyšetření, které mají informovat o naměřených hodnotách. Dále se číslovky vyskytují u údajů o dávkování léků, dokonce i každá diagnóza má svůj specifický kód, který obsahuje číslovku.

Pro lékařské zprávy je typické, že se v nich jen velmi zřídka objevuje **verbum finitum**. Je to jeden z prostředků syntaktické kondenzace, která je pro odborný funkční styl typická. Její funkcí je hlavně ekonomičnost vyjadřování.

Zkratky

Pravidla českého pravopisu pojednávají o zkratkách, značkách a zkratkových slovech. Všechny tyto prostředky slouží ke zkracování (případně nahrazování) často používaných slov nebo slovních spojení v psaných projevech. Jsou ale mezi nimi jemné rozdíly.

Zkratka je ve Slovníku spisovné češtiny definována jako ustálené zkrácení slova nebo slov. Zkratky odvozené od slov psaných s velkým počátečním písmenem se také píšou s velkým písmenem na začátku. Ostatní zkratky se zpravidla píšou s počátečním písmenem malým.

Obvykle se zkratka tvoří tak, že se použije první písmeno slova nebo slov, případně slabika nebo i více slabik - pokud možno tak, aby zkratka končila souhláskou. V jiných případech se zkratka utvoří vypsáním souhlásek. Při zkracování složených slov se spojí počáteční písmena, respektive skupiny písmen obou částí. Některé zkratky ustálených slovních spojení píšeme dohromady - jako by šlo o zkratku jediného slova. Za všemi těmito zkratkami se píše tečka. Čas od času se vyskytnou i zkratky utvořené z prvního a posledního písmene daného slova. Za takovou zkratkou se tečka nepíše.

Podle Pravidel českého pravopisu se jako značek užívá jednak zkratek s ustáleným grafickým obrazem, jednak písmen z cizích abeced a zvláštních nepísmenných grafických znaků. Na rozdíl od zkratek se za značkami zásadně nepíše tečka a je také striktně stanoveno, která písmena tvořící značku budou velká a která malá.

Charakter značek mají i takzvané iniciálové zkratky, což jsou zkratky utvořené z počátečních písmen víceslovných názvů psané velkými písmeny. Tímto způsobem se zkracují například názvy států, názvy institucí, názvy různých akcí, novin a časopisů a podobně.

Zkratková slova jsou zkratky, které mají charakter slov - lze je tedy skloňovat, případně od nich odvozovat další slova.

2.4 Lékařský jazyk

Lékařský jazyk, jímž samozřejmě nerozumíme jen odborné názvosloví, patří v současné době k nejrozsáhlejším odborným jazykům, což dokumentují zhruba tři aspekty:

1. Člověk je patrně nejsložitějším předmětem výzkumu, u něhož se vedle jevů zřejmých a postižitelných vyskytuje i řada jevů, které jsou diagnóze a případnému zásahu odborníků přístupné jen zprostředkovaně nebo vůbec ne.

2. Dále to je tisíciletý vývoj medicíny a lékařského jazyka, rychlý rozvoj základních a pomocných věd včetně účelového využívání nejnovějších poznatků jiných oborů a v neposlední řadě i skutečnost, že předmětem medicíny je již zmíněný člověk. Také lékařský jazyk byl po všechna historická období ústředním bodem lékařství, protože podstatnou měrou určoval teoretické předpoklady medicíny a vztah mezi lékařem a pacientem.

3. Vývoj základních a pomocných věd vedl v posledních 200 letech k získání, šíření a hlavně uplatňování velkého množství znalostí o vzniku, příčinách, projevech, lokalizaci, léčení a někdy i následcích nemocí. K tomu přistupují ještě přístrojová a nástrojová technika včetně implantátů a zavádění nových technologií do medicíny. Přitom nutně vzniká mnoho nových pojmů, které je třeba odborně pojmenovat, uvést do organické a logické souvislosti s jinými pojmy a přesně je pak začlenit do celého systému daného oboru.

Současné **snahy o sjednocení lékařského jazyka**, jeho internacionalizaci a možnosti využití ve výpočetní technice, jsou spojeny s určitou nivelizací, která dnes hrozí každému profilovanému jazyku. Toto úsilí však v žádném případě neznamená ztrátu významu jazyka jako prostředku komunikace mezi lidmi, především v medicíně, a už vůbec ne jeho zanedbávání či lhostejnost vůči verbálnímu projevu.

Lékařský jazyk je totiž zároveň i nepominutelným úvodem do studia medicíny. Vznikl z nutnosti pojmenovávat nové poznatky v medicíně a vyvíjel se v souladu s jejími potřebami. Je to stále živý jazyk oboru, o který je nutno v rámci studia lékařství trvale pečovat, snažit se pochopit jeho strukturu a se zvyšujícím se počtem nových poznatků ho zdokonalovat a tím přispívat k dobré znalosti jazyka i ke kultivovanému projevu našich současných i budoucích lékařů (Mokrošová, 1993).

3. Praktická část

3.1 Typy textů

Mezi odborné lékařské dokumenty, kterými se v této práci zabývám, patří překladové zprávy, propouštěcí zprávy, konziliární zprávy, operační protokoly a zprávy z laboratorních vyšetření. Překladovými zprávami rozumíme texty, které vznikají z důvodu potřeby informovat adresáta o aktuálním zdravotním stavu pacienta. Překladové zprávy se sepisují zpravidla při překládání pacienta mezi jednotlivými odděleními. Obsahují veškeré informace, které jsou nezbytné pro jeho přijetí na nové oddělení. Konziliární zprávy jsou takové zprávy, které jsou výsledkem konzilia několika lékařů. Konziliární zprávy jsou podkladem pro vytváření jiných typů zpráv. Jejich obsahem je pacientův zdravotní stav, postup a metody léčby. Operační protokol popisuje průběh operace. Propouštěcí zprávy slouží k celkové charakteristice zdravotního stavu pacienta a léčebných úkonů u něj prováděných. Těmito zprávami se doplňuje chorobopis daného pacienta u jeho praktického lékaře. Zprávy z laboratorních vyšetření obsahují výchozí informace nezbytné pro volbu léčby. Jsou součástí ostatních textů doprovázejících pacientovo léčení.

3.1.1 Překladová zpráva

3.1.1.1 Schéma překladové zprávy

Hlavičku tohoto dokumentu tvoří zpravidla název zdravotnického zařízení s uvedením kontaktní adresy včetně e-mailové adresy a telefonního čísla. Dále je zde uveden název oddělení, na kterém byl pacient hospitalizován. Pod hlavičkou je označení typu dokumentu – překladová zpráva.

Úvod zprávy tvoří osobní údaje pacienta, kterými jsou jeho jméno, rodné číslo, bydliště, zdravotní pojišťovna a také doba hospitalizace. Úvod uzavírá datum a hodina vystavení zprávy a jméno zapisujícího lékaře.

Kromě úvodu obsahuje překladová zpráva následující části, kterými jsou: anamnéza, nynější onemocnění, objektivní nález, vyšetření, epikríza, diagnózy, medikace a doporučení.

3.1.1.1.1 Anamnéza

První složkou vlastního obsahu zprávy je anamnéza. Účelem anamnézy je podrobné seznámení se s pacientem. Anamnéza (z řeckého anamnesis - rozpomínání) je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného od narození až do současné doby. Anamnestické údaje získává lékař přímo od nemocného nebo od příbuzných či osob, které nemocného doprovázejí.

Při anamnéze navazuje lékař s nemocným první osobní vztah. Klid a trpělivost uklidní nemocného a umožňují získat informace o jeho zdravotním stavu a potížích, které jsou nezbytné pro stanovení diagnózy a následnou léčbu. Důležité je vědět, které léky pacient užíval a užívá pravidelně, které nepravidelně, a zda je na některé léky alergický.

Z tohoto důvodu rozlišujeme anamnézu osobní, rodinnou, farmakologickou, pracovní a sociální, popř. gynekologickou a alergologickou.

Osobní anamnéza

Při osobní anamnéze (OA) zjišťuje lékař, které nemoci a v jakém časovém sledu pacient prodělal, jestli utrpěl vážnější úraz nebo byl operován (kdy a proč). Důležité jsou i údaje o pobytech v nemocnici a důvodech hospitalizace, o způsobu a výsledcích léčení, o operacích a případných následcích onemocnění (změna pracovní schopnosti, změna zaměstnání, plný nebo částečný invalidní důchod). Do osobní anamnézy dále patří cílené dotazy na pohlavní choroby, zvyky a návyky nemocného (např. abusus alkoholu, kouření, pití černé kávy apod.). U mužů se lékař ptá na základní vojenskou službu.

OA: běžné dětské, refluxní oesofagitis, subileosní stav VIII/04

úrazy: 0

trf: neví

operace: září 2003 - bilat. Adnexektomie, abdomin. HYE, pravostranná hemikolektomie, totální omentektomie, ileotransversoanast. end-to-side (na gyn. odd. - Dg: C 56)

OA: CHOPN s asthmatem, těžká kombin. ventilační porucha dle dok.

ICHS chron., bilat. srdeční selhávání při zachovalé systol. fci LK (EF 68%)

Perzistující fibrilace síní, antikoagulační léčba

Hypertenzní nemoc II

Hyperurikemie

Hypacuse

Polyarthrosa nosných kloubů

Gynekologická anamnéza

U pacientky zjišťuje lékař ještě gynekologickou anamnézu (GA). Ptá se na menstruaci, na porody, potraty nebo umělé přerušování těhotenství, antikoncepci a popř. začátek menopauzy. Gynekologická anamnéza patří mezi anamnézy doplňkové, které specifikují konkrétní zdravotní problém (Mokrošová, 2001).

GA: 3x spont. porod

GA: stp HyE cum BSO, omentectomy, hemicolectomia pro mucinosní Ca ovarii

Porody 4 x spont

Ab 0

UPT 4x

Alergologická anamnéza

Alergologická anamnéza (AA) sleduje typy alergenů vyvolávajících alergickou reakci pacienta např. alergická reakce způsobená účinnou látkou aplikovaného medikamentu.

AA: negat.

AA: po Tramalu zmatenost dle dokumentace, alergie na pyl, prach, seno, výfukové plyny

Farmakologická anamnéza

S alergologickou anamnézou úzce souvisí i farmakologická neboli léková anamnéza (FA nebo LA). Z farmakologické anamnézy získáme informace o medikamtech užívaných v současné době pacientem, včetně jejich přesného dávkování.

FA: při překlada Cordarone, Furosemid, NA, Ambrobene, Thioridazin, Warfarin 3 nyní vysazen, HMR inzulin

FA: Euphyllin 300 1-0-1, Prednison 20mg 1/2-0-0, Enelbit ret 1-0-1, Zaditen 1-0-1, ACC long 1-0-0, Actrapid HM 6-6-6j Insulatard HM ve 22 hod., Paralen 500 1-1-1, Biseptol 2 amp.i.v. a 12 hod. (dnes první den), Dolsin 50mg s.c. po 12 hod.

Pracovní a sociální anamnéza

Pracovní anamnéza (PA) je v mnoha případech nezbytná. Lékař se zajímá o nynější a původní zaměstnání, poměry na pracovišti (škodliviny, noční práce, práce na směny, rizikové pracoviště, konflikty, fyzická zátěž). Zde se sleduje vliv těchto podmínek na zdravotní problém pacienta.

Sociální anamnéza (SA) zjišťuje sociální a hygienické poměry pacienta dříve a nyní.

Pracovní a sociální anamnéza se velmi často zjišťuje současně.

SPA: v důchodu, žije v peč. domě, stará se o ni vnučka

SPA: žije u dcery

Rodinná anamnéza

Teprve potom přijde na řadu rodinná anamnéza (RA), která informuje lékaře o nemocech v rodině nemocného. Lékař se zajímá především o metabolické poruchy (např. cukrovku), o dědičná, systémová, cévní, nervová a onkologická onemocnění, kardiovaskulární choroby, psychické poruch atd. Ptá se na rodiče, děti, sourozence, na jejich zdravotní stav, zda žijí, a pokud zemřeli, v kolika letech, a co bylo příčinou úmrtí.

RA: matka + v 66 ll. na CMP, otce nezná, zeť TBC, sestra + v 20 ll. na ledviny, bratr + v 34 ll. na žloutenku, další bratr v 50 ll. na CMP.

RA: bezv.

Tímto způsobem a v tomto pořadí by měli lékaři postupovat při psaní všech typů **anamnéz**. Někteří toto pořadí dodržují, je pro ně závazné, jiní lékaři postupují tak, jak sami uznají za vhodné. Jen velmi zřídka se v překladové zprávě setkáváme se všemi druhy anamnéz. V některých případech je jejich zjišťování velmi složité a prakticky nemožné.

Nepřímá anamnéza je informování o stavu pacienta jinou osobou. Je důležitá pro doplnění nebo upřesnění údajů o nemocném, nebo tam, kde není možné získat od pacienta žádné údaje. U malých dětí představuje prakticky jedinou možnou formu anamnézy.

Údaje zjištěné při anamnéze zapíše lékař do chorobopisu nemocného. Tyto údaje spolu s diagnózou, výsledky vyšetření, indikovanou léčbou, předepsanými léky a léčebnými výsledky se při dalším onemocnění pouze doplňují.

Informace obsažené v anamnézách jsou výchozí pro vhodnou volbu léčby.

3.1.1.1.2 Nynější onemocnění

Další složkou, která následuje po anamnéze, je část označovaná jako Nynější onemocnění, někdy pouze zkratkou NO. Zde je heslovitě, ale podrobně popsáno současné pacientovo onemocnění. Také zde bývají uvedena jednotlivá oddělení, na kterých byl pacient v průběhu léčby hospitalizován. Nalezneme zde informace o datu a důvodu přijetí, postupu léčby a vývoji zdravotního stavu.

Při zjišťování nynějšího onemocnění se lékař ptá na hlavní potíže nemocného, jejich začátek, okolnosti vzniku a jejich další vývoj. Jedná se o podrobné údaje, které jsou seřazeny chronologicky. Lékař se zajímá také o všechny průvodní projevy onemocnění, které se současným onemocněním přímo nebo nepřímo souvisejí. Rozhodující otázky jsou: Jaké máte potíže? Od kdy jste nemocný? Jak potíže začaly? Jak se nemoc vyvíjela?

Potom následují otázky týkající se subjektivního stavu nemocného a hlavních i vedlejších příznaků.

NO: Pacient po dohodě přeložen z int. odd. Beroun

Pacient přijat na int. odd. Beroun 3.7.2004 pro febrilní stav 40.5 st. s alterací vědomí. Rehydratován, podávána ATB (Prostaphyllin, G-PNC), zlepšen. Stav komplikován dále recidivou febrilního svalu, dle výsledku hemokultury nasazen cotrimoxazol i.v., plánován kontrolní rtg s+p. Pacient dále s výraznými bolestmi celé páteře při těžké difuzní osteoporose.

Při příjmu pacient s výraznými bolestmi celé páteře, hlavně při pohybu. V souvislosti s bolestmi uvádí i horší dech. Jiné obtíže neguje, připouští opakované teploty. Na rtg snímcích z Berouna popsané kompresní fraktury obratlových těl a těžká osteoporóza.

NO: 1.1. přijat na chir odd s difuzními bolestmi břicha. Následující den operován s nálezem gangrenozního apendixu provedena APE. Od 4.1. v

nočních hodinách progredující dušnost s poklesem SaO₂. v ranních hodinách již 85% s oxygenoterapií. Výrazná tachypnoe se smíšenými vedlejšími fenomény. Tachyfibrilace síní s hypertenzí. Pacient schvácený, bledý, opocený.

Překlad na ARO, pacient neodkladně intubován a zahájena řízená ventilace.

3.1.1.1.3 Objektivní nález

Objektivní nález, také nazývaný nález při přijetí, tvoří další část překladové zprávy. Nachází se zde výsledky vyšetření prováděného při příjmu pacienta. Uvádí se zde např. pacientova tělesná teplota, krevní tlak, tepová frekvence, poslech plic, poslech srdce. Dále celkový dojem z nemocného (vědomí, chování, psychický stav, hybnost). Poté následuje objektivní popis jednotlivých částí pacientova těla.

Nejprve se sleduje hlava, její držení a pohyb, zjišťuje se její bolestivost pohmatem a poklepem. Dále se lékař zaměřuje na výraz obličeje, oči (rohovky, duhovka, zornice, spojivky), nos, uši, rty a jejich okolí. Velmi důležité je vyšetření ústní dutiny, lékař pozoruje její vlhkost a barvu, jazyk a chrup.

Při vyšetření krku je důležité si povšimnout případných tvarových změn, štítné žlázy, lymfatických uzlin.

Následuje prohlídka hrudníku, zjišťuje se jeho tvar a bolestivost hrudní stěny. Důležitý je ovšem i druh dýchání a respirační pohyblivost. Někdy je nutné i vyšetření prsů.

Srdce i plíce se vyšetřují poklepem a poslechem. Hodnotí se také tep, tepová frekvence, rytmus a kvalita.

Při vyšetření břicha lékař nejprve pohledem zkontroluje velikost, tvar a souměrnost břicha. Dále zjišťuje případné změny břišní stěny, jaká je žilní kresba a jaké jsou respirační pohyby břišní stěny. Poté kontroluje stav břicha poklepem, nejprve se jedná o poklep břicha jako celku, pak o poklep jater a sleziny. Následuje vyšetření pohmatem a poslechem.

Lékař se také zaměřuje na stav páteře a končetin. Zjišťuje případné změny tvaru, délky a zakřivení, kontroluje klouby, reflexy a poruchy citlivosti.

Rozsah vyšetření popisovaný v objektivním nálezu je závislý na onemocnění pacienta. Uvedené pořadí vyšetření je běžné, někdy se však postupuje podle důležitosti.

Objektivní nález je také někdy nazýván Nález při přijetí. Může být zapisován dvěma způsoby. První způsob zápisu je heslovitý, jedná se o pouhé uvedení patologických stavů a nálezů v bodech. Druhý způsob podává tutéž informaci v celých větách, v souvislém textu, je méně přehledný. Způsob, jakým bude lékař postupovat při zápisu objektivního nálezu záleží pouze na jeho zvyklostech.

1. způsob

Objektivní nález:

TK 110/80 TF 84/min Teplota 36,7

1) Celkový vzhled, hydratace, výživa: mírná dyspnoe, hraničně hydratován, přiměřené výživy

2) Psychický stav, hybnost, stav kůže: orientován místem i časem, omezeně hybný na lůžku – pohyb omezen výraznou bolestí, kůže bez eflorescence

Hlava: pokl.nebol. **nVII:** interv. sym.

Zornice: izo, foto r.př. i nepř. + **Spojivky:** bledé

Jazyk: plazí středem **Chrup:** **Tonsily:** klidné

Krk: sym. **Krční uzliny:** nezv.

Hrdelnice: bez kogesce **Štítná žláza:** nehm.

Karotidy: pulz sym., bez šelestu

Hrudník: sym. **Sternokostální skloubení:** nebol.

Poklep plic: hypersonorní

Poslech plic: dých. s oj. spastickými fenomény

Srdce (velikost, úder hrotu): srdce pokl. nezv.

Poslech: akce srdeční pravidelná, klidná, šelest nediferencuji

Břicho (bolestivost, resistance): nad úrovní, napíná - špatně prohmatné, nebolestivé, rezistenci nehmatám, peristaltika +, poklep dif. Bubínkový

Játra: +2 **Slezina:** nehm.

Kýly: 0 **Jizvy:** po laparot.

Páteř (skoliosa, atd.): Tapott. bilat. Neg.

Hybnost a bolestivost páteře: páteř pokleповě bolestivá, s maximem v oblasti bederní páteře

Ming. neg., šije - předklon pro bolestivost páteře omezeně, výrazná bolestivost v oblasti hrudní páteře při předklonu hlavy nebo při rotaci

Horní končetiny: sym., Ming. bez poklesu, sval síla sym. oslabená, čítí neporušeno

Otok: 0

Cévy: +

Reflexy: +

Dolní končetiny: st. p. amputaci PDK-bérce, pahýl klidný, LDK bez otoků

Otok: bez otoku

Žíly: klidné

Arterie: pulz do perif. nehmatný

Reflexy: +

Genitál: mužský

2. způsob

Objektivní nález

Nemocný při vědomí, schvácený, opocený, tachypnoický s výrazným zapojením pomocných dýchacích svalů. Pletora v obličejí, periferní cyanoza, hydratace kůže v normě, periferie dobře prokrvená, náplň krč. žil mírně zvýšena, jazyk bez povlaku, při intubaci známky aspirace do plic. Zornice iso, miosa, foto bil.+, bulvy ve středním postavení, sklery bílé, spojivky zarudlé. Akce srd. nepravidelná, FIS 160/min, bez ES, puls na periférii dobře plněný, ozvy ohran., TK 170/100, CVP + + 12cm H₂O, sat. 96 O₂ %. Dýchání slyšitelné do perife-

rie, difúzně bilat. Inspirační chrůpky s expiračními pískoty. Břicho nad úrovní, přifouklé, zvýrazněna žilní kresba, obtížně vyšetřitelné, kryto neprosakujícím obvazem. DK bez otoků, známek zánětu, v elast. bandáži. Perm. Katetr odvádí malé množství zahuštěné moče. Afebrilní, TT= 36,8°C.

3.1.1.1.4 Vyšetření

Laboratorní vyšetření rozdělujeme na základní a rozšiřující, případně ještě speciální a pomocná. Jedná se o výsledky z mikrobiologických laboratoří, rentgenové nálezy, EKG, CT vyšetření atd. Vyšetření se zaměřují na množství určitých látek a prvků v lidském těle a jejich hodnoty se zapisují do jakéhosi formuláře.

3.1.1.1.5 Epikríza

Tato část bývá také nazývána jako Průběh onemocnění, někdy pouze Průběh. Z názvu je zřejmé, že charakterizuje změny zdravotního stavu pacienta během aplikace léčby. Popisuje léčbu od samého přijetí pacienta. Jedná se o souvislý text.

Epikríza:

Pacient přijat po zavedení VP shuntu, po evakuaci hydrocephalu snad vědomí mírně zlepšeno. Vyhoví výzvě, aktivně motorika končetin vpravo, vlevo plegie. Kontrolní CT prokázalo zlepšení nálezu. Perorální příjem znemožněn poruchou otvírání úst a neschopností účinně polykat. Přijímá dobře enterální výživu do PEG. Kardiopulmonálně kompenzován. Dále neurologický stav bez vývoje, opakované pokusy o perorální příjem neúspěšné. Občasné noční febrilie, během dne převážně afebrilní. Objevuje se svědivý exantém na trupu a končetinách, který ošetřujeme tekutým pudrem a terapii doplňujeme o antihistaminikum. Pac. je depresivního ladění, negativistický, někdy plačtivý, nasazen Prothiaden ve zvyšující se dávce. Rehabilitace velmi obtížná, prakticky nemožná

flexe levého kyčelního kloubu, kde prokázána mohutná kalcifikace až osifikace. Překlad nemocného na JIP int. odd. urgentní pro náhlou potřebu volného re-suscitačního lůžka.

3.1.1.1.6 Diagnózy

Zde je uveden pouze výčet všech nálezů stanovených při celkovém vyšetření pacienta. Každý nález je označen specifickým kódem, který se skládá z písmene a dvou až tří číslic. Jedná se o tzv. diagnostický kód. Těchto kódů existuje velké množství.

Diagnózy:

F072 Postkomoční syndrom

W126 Pád na nebo z lešení-Prostory průmyslové a stavební

S063 Ložiskové - fokální - poranění mozku

G911 Obstrukční hydrocefalus

S023 Zlomenina - spodiny očníce - fractura baseos orbitae

J960 Akutní respirační selhání

I501 Selhání levé komory

K709 Alkoholické onemocnění jater, NS

3.1.1.1.7 Medikace

Medikace nebo také terapie, je ta část překladové zprávy, kde jsou vypsány všechny medikamenty, které byly pacientem užívány po celou dobu hospitalizace. Kromě léků se do Medikace zaznamenává i např. rehabilitační léčba, pohybový režim a dieta. Je zapisována formou pouhého výčtu.

Medikace: Amoksiklav, Efloran, Cefotaxim, inf. krystaloidů, dech. a pohybová rhc, inhalace s Bromhexinem

3.1.1.1.8 Doporučení

Tato část obsahuje doporučující informace o následné aplikaci léků, popř. léčby, pro oddělení, kam má být pacient přeložen. Zaznamenává se v bodech, popř. krátkých jednoduchých větách. Na rozdíl od Medikace zde nalezneme i přesné dávkování léků.

3.1.1.2 Analýza stylové normy u překladové zprávy

3.1.1.2.1 Kompozice

Kompozice je prostší, jednodušší, než bychom asi u vědeckého textu očekávali. Je ovšem typická pro podstyl prakticky odborný.

Horizontální členění

Texty jsou především rozpracovány v horizontální linii. Název je popisný, v textech je zřetelně patrné rozdělení na úvod, vlastní stať a závěr. Horizontální členění odborného textu je dále propracováno ve stavbě kapitol, které jsou přísně monotematické.

Název

Název je vždy zcela jednoznačný a výstižný.

Překladová zpráva...

příloha 4

Zpráva ze dne: 11.10.04 13:18...

příloha 7

Úvod

Úvod slouží k probuzení zájmu, má obecnější charakter a informuje nás o základních faktech. V lékařských zprávách v úvodu nalezneme osobní údaje pacienta, kterými jsou jeho jméno, rodné číslo, bydliště, zdravotní pojišťovna a také doba hospitalizace. Úvod uzavírá datum a hodina vystavení zprávy a jmé-

no zapisujícího lékaře. Někdy do úvodu můžeme zařadit i Diagnózy, které se však ve většině překladových zpráv vyskytují spíše na konci.

Pacient: Novák Jan

RČ: 5408201155

Poj.: 111

Hospitalizace od: 03.02.05 22:51 do: 07.02.05 11:45

Bydliště: Strojetic 44, 498 54

Zpráva ze dne: 08.02.05 11:35

Zapsal: Nový Jaroslav, MUDr.

Stat'

Vlastní stat' je řešením zvolené problematiky a je dále vnitřně členěna. Zabývá se podrobným popisem pacientova zdravotního stavu z různých hledisek. Bývá rozdělena na jednotlivé části. Každý tento odstavec má svůj název.

Anamnéza

Nynější onemocnění

Objektivní nález

Laboratorní vyšetření

Medikace

Epikríza

Závěr

Závěr shrnuje výsledky práce nebo je vyvrcholením myšlenek textu a dává doporučení. Do samotného závěru patří odstavec nazývaný Doporučení. S tím se setkáváme velmi často ve všech typech zpráv. Je zde uveden seznam medikamentů, které jsou pacientovi doporučeny, další vyšetření, která by měl podstoupit atd.

Doporučujeme: 3 týdny fyzické šetření, kontrola a stehy ex u nás 8.10. v 7.30

Doporučení:

D: Nutrison Energy kont. r.80 ml/h, proplach 100 ml balené vody á 3 hodiny

Fraxiparin 0,4 ml s.c. á 24 hod v 9.00, Gasec cps.á 20 mg 1-0-1, (9-21) ...

... RHC: aktivně pravostranné končetiny, pasivně levostranné 2 x denně

Na exantém tekutý pudr s mentolem 2x denně.

Kontrolní CT mozku dnes

Do závěru řadíme i odstavec nazývaný přímo Závěr. Záleží na zvyklostech lékařů a samotných nemocnic, zda tuto část do svých zpráv zahrnují. Každý lékař si vytvoří svůj vlastní styl psaní těchto dokumentů, kterým se pak řídí, který dodržuje. Samozřejmě stále jeho cílem zůstává předání informací o pacientově zdravotním stavu a musí být správně pochopen.

Dále do závěru patří ještě ta část, ve které je opět datum a místo vystavení zprávy, jméno ošetřujícího lékaře a jméno lékaře či název oddělení, na které má být zpráva zaslána.

Vertikální členění

U textů tohoto zaměření není vertikální členění tolik nápadné jako u klasického odborného textu. Avšak některé znaky vertikálního členění nalezneme. Text je členěn typem písma. Tučné písmo je užito na mezititulky, jejichž hlavní funkcí je zpřehlednit text. Dále je tučného písma užito za účelem upozornit lékaře na nějakou závažnou okolnost. Velmi často se jedná např. o výsledky z laboratorních vyšetření, kdy některé látky v organismu dosahují příliš nízkých či naopak zvýšených hodnot.

V textech se také vyskytují velká písmena. Je to velmi časté u zkratek, které do vertikálního členění neřadíme. Velká písmena se objevují spíše náhodně a bez určitých pravidel.

3.1.1.2.2 Morfologická rovina

Morfologická stavba psaného odborného textu je charakteristická především svou spisovností.

Kategorie

U kategorie **osoby** se setkáme nejčastěji se třetí osobou singuláru nebo plurálu. Tyto osoby jsou užívány především díky své popisné funkci.

periferie dobře prokrvená

náplň krč. žil nezvýšená

nemocná měla silné bolesti

dýchání slyšitelné do periferie

skelet žeber je bez patrných změn

obě plíce jsou rozvinuté

srdeční stín a mediastinum nejsou rozšířeny

transparence je přiměřená

komorový systém je rozšířený

nemocný pod vlivem odeznívající anestezie

Z **časů** je základní prézens. Jedná se o popis současného zdravotního stavu pacienta.

nemocná je na parenterální výživě

pohybuje končetinami

epicyst. katetr odvádí čistou moč v dostatečném množství

skelet žeber je bez patrných traumatických a jiných strukturálních změn

srdeční stín a mediastinum nejsou rozšířeny

po přijetí pokračujeme v pooperační řízené ventilaci

Poměrně častý je i výskyt času minulého. Používá se např. při popisu vývoje pacientova zdravotního stavu.

Kontrolní CT prokázalo zlepšení nálezu.

Dnes večer havaroval jako spolujezdec v os. autě.

Pasáž proběhla volně bez známek obstrukce.

30.9. zkolabovala na WC.

Defekt jistě nebyl příčinou proběhlé oběhové nestability.

V lékařských zprávách se více užívá slovesný **rod** trpný. Jeho funkcí je vyjádřit stav nebo také všeobecnost vyjádření.

Po přijetí provedeno CT.

Pacient neodkladně intubován a zahájena řízená ventilace.

Perorální příjem znemožněn.

Pacient službou RLP převezen na chir. odd.s dg. polytrauma.

Radiologicky diagnostikován paralytický ileus.

Srdeční stín a mediastinum nejsou rozšířeny.

Rehydratován, podávána ATB, zlepšen.

3.1.1.2.3 Syntaktická rovina

Lékařské zprávy patří mezi texty, které musejí vzniknout velmi rychle. To je také příčinou toho, proč tyto dokumenty neobsahují dlouhá složitá souvětí, nemají příliš složitou větnou stavbu, jak bychom asi u odborných textů očekávali. Při vzniku těchto textů se dbá především na ekonomičnost vyjádření. K tomu slouží především prostředky syntaktické kondenzace.

V textech lékařské dokumentace se setkáváme s velkým počtem **vět jednoduchých** (*V podjaterní krajině vidíme žlučník. Komorový systém je rozšířený. Traumatické kostní změny neprokazujeme. Pacient po dohodě přeložen z int. odd. Beroun. 1.1. přijat na chir. odd. s difuzními bolestmi břicha. Dnes večer*

havaroval jako spolujezdec v os. autě. Po přijetí pokračujeme v pooperační řízené ventilaci.), ale běžně se užívají i souvětí (Nemocný pod vlivem odeznívající anestezie, začíná otevírat oči, pohybuje končetinami, intubován a asistovaná ventilace. Ventilačně sufficientní 3. den, extubován, 3. den obnovena postupně peristaltika, 4. den odstraněny drény, 5. den stolice. Pletora v obličeji, periferní cyanoza, hydratace kůže v normě, periferie dobře prokrvená, náplň krč. žil mírně zvýšena, jazyk bez povlaku, při intubaci známky aspirace do plic. Objevuje se svědivý exantém na trupu a končetinách, který ošetřujeme tekutým pudrem a terapii doplňujeme o antihistaminikum.). Jedná se převážně o souvětí souřadná, spojená asyndeticky, což není pro odborný funkční styl právě typické. Spojky v souvětích se vyskytují jen velmi zřídka. Souvětí jsou často velmi dlouhá, jednotlivé věty následují jedna za druhou v poměru slučovacím. V některých případech se však setkáme s pouhým výčtem.

Méně často se v lékařských zprávách vyskytují souvětí podřadná. Jsou to taková souvětí, ve kterých je na větě hlavní závislá věta vedlejší. Vedlejší věta rozvíjí některý větný člen věty hlavní. Nejčastěji užívají lékaři při psaní všech typů zpráv vedlejší věty přívlastkové a předmětné.

Z druhů vět podle predikace převládají v textech lékařské dokumentace dvojčlenné věty slovesné. Velmi častý je výskyt složeného pasíva. Složené pasívum dokonavých sloves nevyjadřuje zpravidla děj sám, nýbrž stav dějem dosažený.

Podle postoje mluvčího rozeznáváme věty oznamovací, tázací, rozkazovací a přací. V lékařských zprávách se setkáváme pouze s větami oznamovacími. Věty oznamovací mají platnost jistotní a nejsou modální. Modálními je může učinit slovo, jež modalitu přímo naznačuje. Jsou to především modální slovesa moci, chtít, přát si, mít (povinnost), smět, muset. Z nich bývá v lékařských zprávách obsaženo pouze sloveso moci, a to jen velmi zřídka.

Operace může být jednoduchá, může ale trvat i řadu hodin a rozhodně bylo vhodné ji provádět v „domácím prostředí“, bez improvizací.

Velmi nápadné na textu je to, že se v něm jen velmi zřídka objevuje verbum finitum. Velmi časté jsou věty s elipsou přísudkového slovesa, které vzbuzují dojem výrazové stručnosti. Je to jeden z prostředků syntaktické kondenzace, která je pro odborný funkční styl typická. Její funkcí je hlavně ekonomičnost vyjadřování.

Periferie dobře prokrvená.

První den průběh klidný.

Nemocný při vědomí.

Hydratace kůže přiměřená.

Jazyk vlhký.

Spojivky růžové.

Jinak náález ve fyziologických mezích.

Větné členy se definují jako syntaktické funkce výrazů ve větném celku. Popis vlastností větných členů je jedním z hlavních úkolů syntaxe.

Predikát je výraz označující určitý příznak v širokém smyslu, který je někomu nebo něčemu přisuzován. Základním typem přísudku v české větě je přísudek slovesný, který je vyjádřen určitým tvarem plnovýznamového slovesa. Základem slovesného predikátu jsou často pasivní slovesné tvary, a to především tvary pasiva opisného, kterými je vyjadřován děj situovaný do minulosti. V lékařských zprávách se kromě přísudku slovesného vyskytují i přísudky slovesně-jmenné, které vyjadřují výsledný stav nějakého předchozího děje.

Subjekt většinou pojmenovává nositele predikovaného příznaku. V textech lékařské dokumentace bývá vyjadřován substantivem v nominativu.

Objekt je větný člen, který naplňuje buď vazbu slovesa nebo adjektiva. Typickým pádem předmětu je zde akuzativ bez předložky. Tento typ je velmi častý. Dále se můžeme setkat s předmětem v dativu.

Na rozdíl od objektu je **přísllovečné určení** takový větný člen, který ne-naplňuje vazbu slovesa ani adjektiva, není tedy pádově řízeno. Běžně se v lékařských zprávách setkáme s přísllovečným určením místa a způsobu.

Typické je pro lékařskou dokumentaci je užívání **přívlastků**. Jedná se především o přívlastky shodné. Shodný přívlastek se shoduje s dominujícím substantivem především v pádě, pak v čísle a jmenném rodě. Primárně bývá vyjádřen adjektivem a nejčastěji stojí v antepozici.

Cílem takového typu syntaxe je podle mého názoru co nejstručněji a nejrychleji podat informace o zdravotním stavu pacienta. Adresát, na kterého se tento text obrací, je odborníkem v dané oblasti, a proto mu text nečiní žádné problémy.

3.1.1.2.4 Lexikální rovina

Nejcharakterističtější rysy odborného vyjadřování se nacházejí v oblasti slovní zásoby. Jedná se především o termíny a odborné názvy. Termínem rozumíme takové pojmenování, které je v rámci disciplíny jednoznačným pojmenováním pojmu oboru. V rozebíraném textu převažují hlavně termíny cizí, latinské.

plicní embolizace

bez metrorhagie

hydrocephalus v regressi...

traumatické hemoperitoneum...

indikována revize dutiny břišní...

sutura a drenáž...

intubován a asistovaná ventilace...

bez cyanosy a ikteru...

v kostofrenických úhlech...

bazálně sedován...

ventilačně suficientní...

bronchopneumonie v kontúzním ložisku...

Prostředkem pojmovosti a konkrétnosti jsou dále konkrétní údaje. Jedná se např. o názvy léků, různá čísla, počty, samozřejmě jméno a příjmení pacienta a další informace o něm.

názvy léků (medikace)

Midazolam

Furosemid

Amoksiklav

Efloran

čísla, počty – přesné hodnoty

Hemoglobin: 12,2;6,7

Sérum: Urea: 2,7 mmol/l

Cefotaxim 2g/100 fyz. á 8 hod(2.den)

3.1.2. Propouštěcí zpráva

Propouštěcí zprávy jsou lékařské zprávy, které se vystavují po ukončení hospitalizace pacienta. Zásílají se pacientovu praktickému lékaři, kterého informují o celkové charakteristice pacientova zdravotního stavu a léčebných úkonech u něj provedených.

Schéma propouštěcí zprávy je shodné se schématem zprávy překladové, neboť se vlastně jedná o přeložení pacienta. Pacient však v tomto případě není překládán na jiné oddělení, ale ke svému praktickému lékaři. Propouštěcí zpráva proto také obsahuje základní osobní údaje pacienta a dále části jako je anamnéza, nynější onemocnění, objektivní nález, laboratorní vyšetření, medikace, epikríza, diagnózy a doporučení.

Propouštěcí zprávy jsou praktickými lékaři zakládány pro doplnění pacientova chorobopisu.

3.1.3 Operační protokol

Operační protokoly jsou lékařské zprávy, které popisují průběh operace. Jsou přikládány k překladovým či propouštěcím zprávám, obsahují všechny informace týkající se provedené operace.

3.1.3.1 Schéma operačních protokolů

Hlavičku tohoto dokumentu tvoří opět název zdravotnického zařízení včetně kontaktní adresy, e-mailové adresy a telefonního čísla. Také je zde uveden název oddělení, na kterém je pacient hospitalizován. Pod hlavičkou je označení typu dokumentu – operační protokol.

Úvod zprávy tvoří osobní údaje pacienta, kterými jsou jeho jméno, rodné číslo, bydliště, zdravotní pojišťovna.

Další částí operačního protokolu jsou informace o době zahájení, ukončení a trvání operace, dále o její urgentnosti a také o tom, kdo všechno byl u operace přítomen, jaký lékař operaci prováděl, a kdo mu asistoval. Někdy se místo jmen lékařů a asistentů užívá číselných kódů, pod kterými jsou lékaři evidováni. V této části se nachází i výpis jednotlivých operačních diagnóz a výkonů, které mají opět své zkratky. Tato část se nevypisuje celá, pouze se doplňují jednotlivé informace.

Operace zahájena: 01.10.05 v 9.45

Operace ukončena: 01.10.05 v 13.10

Doba trvání oper.: 03.25

Urgentnost operace: do 6 hodin

Operatér: 310000214

Asistenti: 32000540, 3251241

Anesteziolog: 31005235

Instrumentářka: Jana Nová

Operační diagnózy:

K657 – st. subileosus chronicus

C786 – *carsinosis peritonei*

C56 – *st. p. per. CA ovarii*

Operační výkony:

51355 *resectio intestini tenui, anastomosis No II, ileotransversoa*

51353 *evacuatio intestini tenui, drain cavi Douglasi*

Poslední částí operačních zpráv je samotný popis průběhu operace. Jedná se o souvislý text, informuje o celém postupu zákroku od jeho zahájení až po jeho ukončení včetně kontroly operačního prádla a nástrojů.

Provádíme řez po horním obvodu pupku, pronikáme podkožím a fixujeme fascii stehy. Zavádíme insuflační jehlu bezpečně do dutiny břišní a pomalu insuflujeme plyn. Poté zavádíme z typických míst operační kameru a nástroje. V podjaterní krajině vidíme žlučník. Preparujeme oblast Callotova trojúhelníku a vidíme 3 mm široký d. cystikus a 8mm široký d. choledochus. 3 x klipujeme d. cystikus a přetínáme jej. Poté klipujeme 3 x a. cystica a přerušujeme ji. Retrogradně doporučujeme CHE. Koagulujeme drobné krvácení z lůžka. vyplachujeme podjaterní krajinu a vkládáme sem Redonův drain. Poté při revisi břicha vidíme v pr. podbřišku dlouhý srůst mezi tl. střevem a přední stěnou břišní, postupně jej přerušujeme a zjišťujeme, že v centru je asi 5 mm široký dlouhý fibrosní pruh vedoucí ke střevu...

3.1.4 Konziliární zpráva

Konziliární zprávy jsou lékařské zprávy, které jsou přikládány ke zprávám překladovým nebo propouštěcím nebo jsou zapisovány přímo do těchto zpráv. Konziliární vyšetření je doplňkové vyšetření pacienta odborníkem z jiného oboru, které si vyžádá pacientův ošetřující lékař, a které mu může pomoci k objasnění a stanovení diagnózy, popř. doporučí další postup v léčbě.

Ve většině případů bývá v úvodu konziliárních zpráv uvedeno, o jaký typ konzilia se jedná (chirurgické, gynekologické), dále datum vystavení této zprávy a jméno lékaře, který toto konzilium prováděl a zapsal.

Gynekolog. konzilium

Zpráva ze dne: 30.08.04 11:35

Zapsal: Svobodová Iva, MUDr.

V další části konziliární zprávy je vypsán seznam diagnóz. Ze všech pacientových diagnóz jsou zde zaznamenány však pouze ty, pro které bylo lékařské konzilium přizváno.

Velmi důležitou částí překladové zprávy je část závěrečná. Jde o samotné vyšetření pacienta přizvaným lékařem z jiného oboru. Jsou zde popisovány pacientovy obtíže, způsob vyšetření a také jeho výsledky. Jedná se o souvislý text, ve kterém se setkáváme s velkým počtem vět jednoduchých, ale i souvětí. Jedná se převážně o souvětí souřadná, spojená asyndeticky. Spojky v souvětích se vyskytují jen velmi zřídka. Souvětí jsou často velmi dlouhá, jednotlivé věty následují jedna za druhou v poměru slučovacím. Velmi nápadné na textu je to, že je v něm užito značné množství zkratk a zkrácených slov.

Obj.: pac. při vědomí, reag. s krátkou latencí na oslovení - omez. / pohyb LO, zahýbá prsty phk, pdk, stiskne ruku / nazn. lehká deviace hlavy ad dx, MN: III., IV., VI.: dx komplet. ptosa, mydriasa, nereag. na osvit, chybí přímá i kons. r., konv., sin zornice střed. široká, reag., pohyb bulbů vlevo O / v.s. lese optiku / VII: nazn. c. p. sin, r. nasopalp. + sin ...

Pankreas je poměrně dobře ohraničený, je homogenní, nativně má denzity kolem 50HU, postkontrastně 80 – 100HU. Hlava šíře 3,6 cm, tělo 1,9 cm a kauda 2,3 cm. DHCH šíře 7 – 8 mm. D. Wirsungi šíře 2 mm. V okolí hlavy nepravi-

delné hypodenzity kolem 30 – 40HU šíře kolem 2 cm, drobný hypodenzní lem i nad tělem šíře do 1 cm.

Z: Stav po těžké nekrotizující pankreatitidě

T. č. lehce zvětšená hlava pankreatu a drobná rezidua v okolí pankreatu – ve srov. s min. vyš. z 15. 4. 2004 regrese nálezu

Nutné proto dále tělesné šetření, neдрáždívou, pankreat. dietu,

Ko za 3 měsíce – kontrol. CT

V úplném závěru konziliární zprávy je uveden seznam provedených výkonů. Opět jsou označovány specifickými číselnými kódy.

3.2 Zkratky a zkrácená slova

V textech lékařské dokumentace je užívání zkratk a zkrácených slov velmi nápadné. V lékařských zprávách se vyskytují zkratky zahrnující všechny oblasti lékařství. Jsou zde zkráceny např. názvy nemocničních zařízení, části lidského těla, fyziologické charakteristiky, pojmenování nemocí a vyšetření pomocí speciálních přístrojů. Ve většině případů se jedná o zkratky iniciálové, což jsou zkratky utvořené z počátečních písmen víceslovných názvů psané velkými písmeny.

Pro lékařské zprávy je typická snaha po ekonomičnosti vyjadřování, což se projevuje četným výskytem zkrácených slov. Zkracována jsou latinská i česká slova, termíny i neterminologická vyjádření. Zkracování slov se užívá i při popisech v souvislých textech, neřídí se žádnými pevně danými pravidly. Vyskytuje se zcela náhodně ve všech částech lékařských dokumentů, mnohdy je proto také nefunkční.

názvy nemocničních zařízení

FN *fakultní nemocnice*

ARO *anesteziologicko-resuscitační oddělení, oddělení, kde se léčí pacienti bezprostředně ohrožení na životě*

<i>JIP</i>	<i>jednotka intenzivní péče</i>
<i>RZP</i>	<i>rychlá zdravotnická pomoc</i>

Některé názvy mají v běžné komunikaci podobu zkratkových slov. Zkratková slova jsou zkratky, které mají charakter slov - lze je tedy skloňovat, případně od nich odvozovat další slova. Příkladem může být např. oddělení JIP, které bývá běžně mezi lékaři i pacienty označováno jako JIPka. Můžeme např. slyšet, že „pacient leží na JIPce“, „byl přeložen na JIPku“ atd. dalším příkladem je anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO).

části těla

<i>LDK</i>	<i>levá dolní končetina</i>
<i>PDK</i>	<i>pravá dolní končetina</i>
<i>LK</i>	<i>levá komora</i>
<i>CNS</i>	<i>centrální nervová soustava</i>

Tyto zkratky jsou mezi lékaři velmi běžné a užívá se jich v lékařské dokumentaci velmi často. Je tomu tak především z časových důvodů.

fyziologická charakteristika

<i>TT</i>	<i>tělesná teplota</i>
<i>TF</i>	<i>tepová frekvence</i>
<i>TK</i>	<i>tlak krevní</i>

vyšetření

<i>CT</i>	<i>počítačová tomografie, RTG vyšetřovací metoda zobrazující příčné řezy zobrazovanou částí těla</i>
<i>RTG</i>	<i>rentgen</i>
<i>EKG</i>	<i>elektrokardiogram - záznam elektrické aktivity srdeční</i>
<i>SONO</i>	<i>ultrasonografie</i>

Zkratka CT má také často podobu zkratkového slova, vyslovuje se jako „CéTéčko“ a bývá také skloňována.

zkrácená slova

pokl. nebol. *poklep nebolestivý*

nezvětš. *nezvětšený*

růž. *růžový*

negativ. *negativní*

pac. *pacient*

3.3 Termíny

Termíny jsou jádrem odborného funkčního stylu. Jejich užívání je pro texty lékařské dokumentace typické, protože jsou hlavním prostředkem pro dosažení jednoznačnosti a přesnosti. Patří sem pojmenování orgánů lidského těla a jejich částí, názvy chorob, lékařských vyšetření, choroboplodných zárodků, označení skupin léků a názvy léků.

V lékařských zprávách jsou obsaženy termíny české a cizí. Převládají však termíny cizího původu, přestože mají své české ekvivalenty. Lékař dá např. přednost termínu anémie před jeho českým a dokonce výstižnějším překladem chudokrevnost. Mnohé české ekvivalenty totiž působí uměle a archaicky (český výraz pro infarkt myokardu je záhat⁷). Proto také bývá ve slovnících uveden výklad většinou u latinského (či řeckého) termínu, u českého ekvivalentu bývá pouze odkaz na cizojazyčné heslo. Užití cizích termínů je vhodné pro jejich mezinárodní platnost.

Některé pojmy se ovšem i v odborné mluvě užívají častěji v české verzi (např. kloub, srdce, žaludek). V těchto případech je ve slovnících výklad uveden u českého hesla, vždy s odkazem na příslušné názvy latinské či řecké.

Lékařské termíny latinského a řeckého původu se užívají většinou v počeštěné formě (hepatitida místo hepatitis) a nejsou ani v hovorovém pocíťovány jako cizí.

Lékařská terminologie však obsahuje i řadu výrazů a slovních spojení, které jako cizí vnímány jsou (*facies, pavor nocturnus*). U těchto výrazů, ale i u většiny anatomických názvů užívaných v původním latinském tvaru (*femur, fibula, ulna*), je ve slovnících za heslem uvedena zkratka označující příslušný jazyk – lat., řec., angl., něm. apod. Ovšem jako ve všem, co není závazné, nýbrž je věcí úzu, mohou se v jednotlivých případech názory různých lékařů na to, co se chápe jako cizí pojmenování, lišit.

termíny cizího původu

<i>kontuze</i>	zhmoždění
<i>gastrocolicum</i>	nacházející se mezi žaludkem a tlustým střevem
<i>duodenum</i>	dvanácterník
<i>fibrilace</i>	kmitání
<i>hypoglykemie</i>	nízká hladina cukru v krvi

termíny českého původu

zhmoždění

tepna

žíla

žaludek

bránice

Sémantické skupiny:

termíny týkající se částí lidského těla

cizího původu	<i>appendix</i>	slepé střevo
	<i>clavicula</i>	klíční kost
	<i>femur</i>	stehenní kost
	<i>humerus</i>	ramenní kost
	<i>pankreas</i>	slinivka břišní
českého původu	<i>rohovka, slezina</i>	

termíny týkající se zdravotního stavu

cizího původu	<i>cystitida</i>	zánět močového měchýře
	<i>fractura</i>	zlomenina
	<i>hematom</i>	krvní výron
	<i>hypertenze</i>	vysoký krevní tlak
	<i>plicní embolie</i>	vmetek krevní sraženiny do plic
	<i>ruptura</i>	prasklina
českého původu	<i>zlomenina</i>	
	<i>zhmoždění</i>	

3.4 Diagnózy - diagnostické kódy

Každá nemoc či zdravotní problém má svůj specifický kód. Do lékařských zpráv se všechny diagnostikované potíže zapisují právě pod tímto kódem, který má mezinárodní platnost. Těchto kódů je značné množství, pro snazší orientaci jsou však rozděleny velmi systematicky. Každý kód se skládá z jednoho písmene a několika číslic. Toto písmeno slouží k základnímu rozdělení nemocí a zdravotních problémů. Číslicemi jsou pak označeny jejich jednotlivé druhy.

Diagnózy začínající na písmeno A a B zahrnují nemoci infekční a parazitární. Jedná se o diagnózy označované kódy A00 – B99. Písmeno C se používá pro novotvary. D50 – D89 označuje nemoci krve, krvetvorných orgánů a některých poruch týkajících se mechanismu imunity. Nemoci endokrinní, nemoci výživy a přeměny látek se značí kódy E00 – E90. Písmeno F se zabývá duševními poruchami a poruchami chování. Pod kódy G00 – G99 nalezneme nemoci nervové soustavy. H00 – H59 obsahuje soubor všech očních nemocí, H60 – H95 soubor všech nemocí ucha a bradavkového výběžku. I00 – I99 se týká nemocí oběhové soustavy, J00 – J99 nemocí soustavy dýchací a K00 – K93 trávicí. Nemoci kůže a podkožního vaziva se zapisují diagnostickým kódem L00 – L99. Nemocemi svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně se zabývají lékaři pod značkou M00 – M99. O nemocech močové a pohlavní sou-

stavy se hovoří jako o N00 – N99. Kódem O00 – O99 rozumíme těhotenství, porod a šestinedělí, P00 – P96 značí některé stavy vzniklé v prenatálním období a Q00 – Q99 vrožené vady, deformace a chromozomální abnormality. Diagnóza R00 – R99 shrnuje příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde. Diagnostické kódy S00 – T98 obsahují různá poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin. Písmena V a Y zahrnují vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti. Pod značkou Z00 – Z99 se nacházejí faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami.

F072	Postkomoční syndrom
G911	Obstrukční hydrocefalus
N309	Cystitida, NS
S300	Zhmoždění - kontuze dolní části zad a pánve
V439	Neurčený člen posádky osobního automobilu zraněný při provozní (silniční) nehodě
W126	Pád na nebo z ležení – Prostory průmyslové a stavební

Všechny tyto **diagnostické kódy** jsou uvedeny v Abecedním seznamu Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize, který je úplným překladem anglického originálu „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, Tenth Revision, Volume 3. Tento originál byl vydán Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě a je určen pro potřeby široké zdravotnické veřejnosti a zdravotních pojišťoven.

Lékaři rozlišují diagnózy na hlavní a vedlejší. Za hlavní diagnózu je považován takový stav, pro který byl pacient hospitalizován, a který se v průběhu hospitalizace dále ukázal jako podstatný pro potřebu hospitalizace, významný pro čerpání vnitřních zdrojů nemocnice a objevil se na prvním místě v klinickém závěru při propuštění. Pod pojmem vedlejší diagnózy se rozumí in-

formace, která buď klasifikuje další přidružené patologické stavy, nebo doplňuje informaci, která se váže přímo ke kódu hlavní diagnózy.

Při kódovacím procesu se lékaři snaží vždy zahrnout všechny významné informace, které získávají ze slovního popisu klinického případu. Obecně nejsou kódovány takové stavy, které nemají žádný vztah ani vliv na současný patologický proces.

Charakteristickým znakem lékařských zpráv je jejich stručnost a jasnost. Texty jsou psány v odborném jazyce, který je srozumitelný pouze odborníkům. Texty jsou psány v první osobě jednotného čísla. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

U lékařských zpráv je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

U lékařských zpráv je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

U lékařských zpráv je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

U lékařských zpráv je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

U lékařských zpráv je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

U lékařských zpráv je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

U lékařských zpráv je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase. Zároveň je požadováno, aby byly psány v přítomném čase.

4. Závěr

Mezi odborné lékařské dokumenty, kterými se tato práce zabývá, patří překladové zprávy, propouštěcí zprávy, konziliární zprávy, operační protokoly a zprávy z laboratorních vyšetření.

Nejprve se pokusíme charakterizovat stylovou normu těchto textů. Kompozice lékařských zpráv je podle očekávání prostší, jednodušší, je typická pro podstyl prakticky odborný. Texty jsou především rozpracovány v horizontální linii. Název je popisný, v textech je zřetelně patrné rozdělení na úvod, stať a závěr. Horizontální členění odborného textu je dále propracováno ve stavbě kapitol, které jsou přísně monotematické.

Úvod slouží k probuzení zájmu, má obecnější charakter a informuje nás o základních faktech. Vlastní stať je řešením zvolené problematiky a je dále vnitřně členěna. Zabývá se podrobným popisem pacientova zdravotního stavu z různých hledisek. Závěr shrnuje výsledky práce nebo je vyvrcholením myšlenek textu a dává doporučení.

U textů tohoto zaměření není vertikální členění tolik nápadné, jako je tomu u klasického odborného textu.

Morfologická stavba psaného odborného textu je charakteristická především svou spisovností.

U kategorie osoby se setkáváme nejčastěji se třetí osobou singuláru nebo plurálu, jejichž užívání vede především k větší objektivnosti sdělení. Tyto osoby jsou v lékařských zprávách uplatňovány také díky své popisné funkci.

Z časů je základní prézens. Jedná se o popis současného zdravotního stavu pacienta. Poměrně častý je i výskyt času minulého.

V textech lékařské dokumentace se potvrdila vyšší míra pasiva. Jedná se především o pasivum opisné. Jeho funkcí je vyjádřit stav nebo také všeobecnost vyjádření.

Celkově nejsou specifické rysy morfologické stavby lékařských zpráv příliš nápadné a neodráží se v nich autorský subjekt.

Ve větné stavbě jsou mezi jednotlivými texty v rámci odborného stylu značné rozdíly, jsou odrazem autorské individuality. Lékařské zprávy patří mezi texty, které musí vzniknout velmi rychle. To je také příčinou toho, proč tyto dokumenty neobsahují dlouhá složitá souvětí, nemají příliš složitou větnou stavbu. Při vzniku těchto textů se dbá hlavně na ekonomičnost vyjádření. K tomu slouží především prostředky syntaktické kondenzace.

V textech lékařské dokumentace se setkáváme s velkým počtem vět jednoduchých, ale běžně se užívají i souvětí. Jedná se převážně o souvětí souřadná, spojená asyndeticky. Spojky v souvětích se vyskytují jen velmi zřídka. Souvětí jsou často velmi dlouhá, jednotlivé věty následují jedna za druhou v poměru slučovacím. Méně často se v lékařských zprávách vyskytují souvětí podřadná. Nejčastěji užívají lékaři při psaní všech typů zpráv vedlejší věty přívlastkové a předmětné.

Z druhů vět podle predikace převládají v textech lékařské dokumentace dvojjmenné věty slovesné. Velmi častý je výskyt složeného pasíva. Složené pasívum dokonavých sloves nevyjadřuje zpravidla děj sám, nýbrž stav dějem dosažený.

Velmi nápadné na textu je to, že se v něm jen velmi zřídka objevuje verbum finitum. Velmi časté jsou věty s elipsou přísudkového slovesa, které vzbuzují dojem výrazové stručnosti.

Nejcharakterističtější rysy odborného vyjadřování se nacházejí v oblasti slovní zásoby. Jedná se především o termíny a odborné názvy. Termíny jsou jádrem odborného funkčního stylu. Jejich užívání je pro texty lékařské dokumentace typické, protože jsou hlavním prostředkem pro dosažení jednoznačnosti a přesnosti.

V lékařských zprávách jsou obsaženy termíny české a cizí. Přebírají však termíny cizího původu, přestože mají své české ekvivalenty. Užití cizích termínů je vhodné pro jejich mezinárodní platnost.

Lékařské termíny latinského a řeckého původu se užívají většinou v počeštěné formě (hepatitida místo hepatitis) a nejsou ani v hovoru odborníků pociťovány jako neobvyklé, nepůsobí rušivě.

Velmi nápadné v textech lékařské dokumentace je také užívání zkratk a zkrácených slov. Ve většině případů se jedná o zkratky iniciálové, což jsou zkratky utvořené z počátečních písmen víceslovných názvů psané velkými písmeny. Pro lékařské zprávy je typická snaha po ekonomičnosti vyjadřování, a to se projevuje četným výskytem zkrácených slov. Zkracována jsou latinská i česká slova, termíny i neterminologická vyjádření. Zkracování slov se užívá i při popisech v souvislých textech, neřídí se žádnými pevně danými pravidly. Vyskytuje se zcela náhodně ve všech částech lékařských dokumentů, mnohdy je proto také nefunkční.

Lékařský jazyk, jímž samozřejmě nerozumíme jen odborné názvosloví, patří v současné době k nejrozsáhlejším odborným jazykům. Odborný jazyk jako jedna z forem existence jazyka je výsledkem více či méně uvědomělého výběru z celkového inventáře jazykových prostředků, je to vědomě utvářená forma jazyka, která se vyznačuje jak stabilitou, tak proměnlivostí. Vědomé používání jazyka vede ke zlepšení vnitřní struktury oboru, je ekonomickým faktorem a umožňuje odlehčení jazykového potenciálu. To má i společenské souvislosti - uspořádaný odborný jazyk je nejen předpokladem pro systemizaci a zobrazení oboru, ale je současně rozhodující možností přístupu k danému oboru. Jazyk lékaře i lékařský jazyk budou i v budoucnu formovat všechny teoretické a praktické oblasti zdravotnictví.

5. Seznam zkratk a zkrácených pojmů

AA	alergologická anamnéza
Ab	potrat
amp.	ampule
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení, oddělení, kde se léčí pacienti bezprostředně ohrožení na životě
bezv.	bezvadný
CA	karcinom, zhoubný nádor
CMP	cévní příhoda mozková (porucha prokrvení mozku)
cps.	kapsle
CT	počítačová tomografie, RTG vyšetřovací metoda zobrazující příčné řezy zobrazovanou částí těla
CVP	centrální žilní tlak, tlak krve v horní duté žíle
CŽK	centrální žilní katétr = plastová trubička zavedená do žíly velkého průsvitu
D.	doporučení
dech.	dechový
Dg.	diagnóza
DN	dopravní nehoda
EEG	elektroencefalogram, snímání a zápis elektrických potenciálů mozku
EKG	elektrokardiogram - záznam elektrické aktivity srdeční
FA	farmakologická anamnéza
FK	fibrilace srdečních komor
fr.	fraktura, zlomenina
GA	gynekologická anamnéza
i. c.	intrakutánní (do kůže)
i. m.	intramuskulární (do svalu)

i. v.	intravenózně (do žíly)
ICHS	ischemická choroba srdeční – nedostatečné zásobení srdce krví, zpravidla následek zúžení nebo ucpání tepen zásobujících srdce (koronárních tepen)
inf.	infuze
inj.	injekce, injekční
int. odd.	interní oddělení
JIP	jednotka intenzivní péče
krč.	krční
LA	léková anamnéza
ldk	levá dolní končetina
lhk	levá horní končetina
LK	levá komora
nebol.	nebolestivý
nehm.	nehmatný
nezv.	nezvětšený
NO	nynější onemocnění
OA	osobní anamnéza
oper.	operace
p. o.	perorální podání
PA	pracovní anamnéza
pdk	pravá dolní končetina
perif.	periferie
phk	pravá horní končetina
poj.	pojišťovna
pokl.	poklep
pr.	pravý
RČ	rodné číslo
RHC	rehabilitace
RLP	rychlá lékařská pomoc

rtg	rentgen
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
s. c.	subkutánně (pod kůží)
s. l.	sublingválně (pod jazyk)
SA	sociální anamnéza
SPA	sociální a pracovní anamnéza
tbl.	tableta
TF	tepová frekvence
TK	tlak krevní
tl.	tlustý
TT	tělesná teplota

6. Seznam použité literatury

BEČKA, J. V. *Česká stylistika*. Praha: Academia, 1992.

CHLOUPEK, J. Funkční styly dnes. *Naše řeč*, 1994, roč. 77, č. 2, s. 57-66.

CHLOUPEK, J. a kol. *Stylistika češtiny*. Praha: SPN, 1991.

MÜLLEROVÁ, E. *Současný český jazyk – stylistika*. Praha: SPN, 1989.

MOKROŠOVÁ, I. *Lékařská čeština*. Praha: Karolinum, 2001.

MOKROŠOVÁ, I. Lékařský jazyk – jazyk lékaře? In *Étos Hippokrates*. Praha: Victoria Publishing, 1993, s. 95-96.

MOKROŠOVÁ, I. a STREJČEK, J. Lékařská terminologie. *Praktická flebologie*, 1994, roč. 3, č. 2, s. 44-46.

Mezinárodní klasifikace nemocí. Praha: Grada Publishing, spol. s. r. o., 1999.

7. Přílohy

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Průběh výstavby

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Průběh výstavby
Průběh výstavby
Průběh výstavby

Překladová zpráva

Kód poj.: 111

Č. poj.: [redacted]

16.10.04 07:52

a ze dne: 18.10.04 10:51 Zapsal: [redacted]

žzy:

Mnohočetná poranění nitrobřišních orgánů
Cestující zraněný při provozní (silniční) nehodě
Zhmoždění - kontuze - hrudníku
Zlomenina žebra - fractura costae
Otřes mozku

néza:

nt přeložen z chir.oper.sálu po provedené revizi břicha pro traumatické hemoperitoneum.
Dnes večer havaroval jako spolujezdec v os.autě. Službou RLP převezen na chir.odd. s dg.
trauma, po vyšetření indikována revize dutiny břišní pro krvácení. Peroperačně zjištěno
peritoneum cca 2.5 l, krvácení z poraněných cév mesenteria a omenta. Sutura a drenáž.

ktivní nález:

cný pod vlivem odeznívající anestezie, začíná otevírat oči, pohybuje končetinami, intubován a
vaná ventilace. Růžový kolorit, bez cyanosy a ikteru, hydratace kůže přiměřená, periferie dobře
vená, náplň krč.žil nezvýšená, jazyk vlhký, bez povlaku, při intubaci bez známek aspirace do plic.
se iso, miosa, foto bil.+, bulby ve středním postavení, sklery bílé, spojivky růžové. Akce srd.
lelná, mírná sinusová tachykardie okolo 120 /min, bez ES, puls na periférii dobře plněný, ozvy
, TK 150/100, sat.O2 100%. Dýchání slyšitelné do periferie, čisté, base suché. Břicho v úrovni,
ě, kryto neprosakujícím obvazem, založeny 2 drény, bez resistance, játra k oblouku. DK bez
, varixů a známek zánětu. Perm.katetr odvádí čirou moč v dostatečném množství. Subfebrilní.

ratorní vyš.:

P+S vleže: 15.10. Skelet žebere je bez patrných traumatických a jiných strukturálních změn. Oboustranně malé
stvi pleurální tekutiny laterálně v kostofrenických úhlech. Obě plíce jsou rozvinuté, vzdušné, nehomogenní
ení v pravém dolním a středním plicním poli, hlavně centrálně s patrným vzdušným bronchogramem, jinak je bez
ých ložiskových změn. Přiměřená náplň v cévách malého oběhu. Srdeční stín a mediastinum nejsou rozšířeny.
Hypoplastická levá frontální dutina, pravá aplastická. Transparence všech VDN je přiměřená.
r: Alveolární proces v dolním plicním laloku vpravo - může odpovídat bronchopneumonii i kontuzní plíci. Malé
stvi pleurální tekutiny oboustranně. Jinak nález ve fyziologických mezích.
biol.vyš.Sputum 13.10. AEROBNI KULTIVACE: Klebsiella oxytoca+ Klebsiella pneumoniae(citl.vše mimo AMPI)
13.10. Negativní. Urea: 3,6; 3,2, Na: 141; 134, K: 4,1; 3,4, Cl: 108; 106, Osmolalita: 285; 277, Bili 18,1, ALT:
AST: 0,85 CRP: 76,4 ABR:pH: 7,449; 7,445, pCO2: 5,68; 5,19, pO2: 8,61; 7,45, ak.bik.: 29,4; 26,6, BE: 4,9;

ba: žilní: 5,70 KO:Leuko: 9,89, Ery: 2,55, Hg: 83, Hkt: 0,234 Trombo: 155

ěh:

řijetí pokračujeme v pooperační řízené ventilaci. Masivní objemovou terapii dosaženo dostatečné
ové kompenzace. Bazálně sedován Sufentou s Dormicem. Ventilace s dostatečnou 3.den,
ován, 3.den obnovena postupně peristalka, 4.den odstraněny drény, 5.den stolice. Od počátku
italizace febrilní, 6.den TT až 39,4°C, poslechově zjištěna a rtg potvrzena bronchopneumonie v
úzním ložisku. Změněna ATB dle mikrobiologického nálezu. Začíná přijímat p.o. kašovitou stravu.

ikace:

ksiklav, Efloran, Cefotaxim, Sufenta f., Dormicum, Celaskon, Arduan, Seduxen, Novalgin, Transmetil,
-zepam, Paralen, Fraxiparine, HDC, Ubretid, inf.krystaloidů, Glc, ŘV, dech.a pohyb.rhc, inhalace s
hexinem.

oručení:

taxim 2g/100 fyz. á 8 hod(2.den), Fraxiparine 0,3ml s.c. do mobilizace, Nitrazepam 1tbl. na noc,
robene ret. 1x1 tbl.

gnózy:

7 Haemoperitoneum, rupt. omenti V436 Cestující zraněný při provozní (silniční) nehodě
2 Zhmoždění - kontuze - hrudníku, Kontuze dolního plic. laloku vpravo s nasedající
ichopneumonii

Anesteziologicko-resuscitační oddělení NsP Rakovník

Dukelských hrdinů 205, 269 06 Rakovník

tel.: +420 313 525 421

e-mail: aro@nemorako.cz

Překladová zpráva

Pacient: [REDAKOVANÉ]
Hospitalizace od: 05.01.05 08:11 do: 03.02.05 09:33
Lůžkové číslo: [REDAKOVANÉ] 273 03

RČ: [REDAKOVANÉ] Pojišťovna: 217

První návštěva ze dne: 04.02.05 08:29 Zapsal: [REDAKOVANÉ] MUDr.

Anamnéza:

Hypertenze, DM na dietě, MUGD v anam.
St.p.plicní embolie s chron.waefarinazicí.
Hepatická megalie s hepatopatií, v.s.alkohol.
St.p.sutuře ruptury quadricepsu
hypertrofie prostaty
Léčebná medikace: Lusopress, APo-famotidin, warfarim 5a3mf

Předchozí onemocnění:

přiját na chir odd s difuzními bolestmi břicha. Následující den operován s nálezem gangrenozního ileitu provedena APE. Od 4.1 v nočních hodinách progredující dušnost s poklesem SaO₂. V ranních hodinách již 85% s oxygenoterapií. Výrazná tachypnoe se smíšenými vedlejšími příznaky. Tachyfibrilace síní s hypertenzí. Pacient schvácený, bledý, opocení. Překlad na ARO, pacient neodkladně intubován a zahájena řízená ventilace.

Fyzikální nálezy:

svědomý v při vědomí, schvácený, opocení, tachypnoický s výrazným zapojením pomocných dýchacích svalů. Pletora v obličeji, periferní cyanoza, hydratace kůže v normě, periferie dobře krevní, náplň krč.žil mírně zvýšena, jazyk bez povlaku, při intubaci známky aspirace do plic. Srdce iso. miosa. foto bil.+, bulby ve středním postavení, sklery bílé, spojivky zarudlé. Akce srdce pravidelná, FIS 160 /min, bez ES, puls na periférii dobře plněný, ozvy ohran., TK 170/100, CVP ++, krevní H₂O. sat.96 O₂ %. Dýchání slyšitelné do periferie, difuzně bilat.inspirační chrůpky s expiračními koky. Břicho nad úroveň, přifouklé, zvýrazněná žilní kresba, obtížně vyšetřitelné, kryto neprosakujícím obvazem. DK bez otoků, známek zánětu, v elast.bandáži. Perm.katetr odvádí malé množství moči. Afebrilní, TT= 36,8°C.

Laboratorní vyšetření:

Na: 13,4; 3,6, Kreatinin: 139,0; 98,0, Sodík: 139; 138, Draslík: 3,7; 4,0, Chloridy: 107; 102, Osmolalita: 309; 280, Hemoglobin: 26,7; 16,0. Bil.konjugovaný: 17,9; 7,6, ALT: 0,24; 0,79, AST: 0,28; 0,51, GMT: 0,78; 2,86, - MB mass: 2,850, Cholesterol: 1,51, Triacylglycerol: 1,15, Myoglobin: 229,7, Troponin T: <0,01, reaktivní protein: 93,0; 41,3, glukóza žilní: 13,6 6,0:
Krup: pH: 7,344; 7,425, pCO₂: 6,05; 5,19, pO₂: 11,8; 11,8, HCO₃ aktuální: 24,3; 25,3, BE: -1,6; 1,2,
Leukocyty: 9,16; 9,65, Erytrocyty: 4,84; 3,97, Hemoglobin: 153; 120, Hematokrit: 0,439; 0,353, Trombocyty: 229; 2,
2, koagulace: - INR: 1,45; 1,41, APTT - 1,45; 1, 1,38

Diagnostické vyšetření:

P: 5.1.05-Závěr: Aspirační bronchopneumonii vpravo vyloučit nemůžeme.

P: 28.1.05- Závěr: oboustranně bez fluidotoraxu

vyšetření: břicho: 6.1.05-Z : Stav po APE

Status ileosus na kličkách tenkého i tlustého střeva bez prokazatelné příčiny

G vyšetření: Pasáž tenkými kličkami vodným roztokem

aplikaci vodného roztoku kontr. látky žaludeční sondou se pozvolna plní poměrně výrazně dilatované tenké kličky.

jejich průměr je až 5 cm. Čelo kontr. látky je po 3 hod na přechodu jejunu a ilea, po 7 hod snad v oblasti tračnicku,

po 21 hod je zcela jistě v ampule. Organické či zánětlivé změny neprokazujeme.

Závěr: Nejspíše paralyticky rozšířené tenké kličky. Pasáž proběhla volně bez známek obstrukce.

G: 5.1.přijetí: sin.tachykardie, bez ischemických změn, převodní intervaly v normě.

Kritická situace:

přijetí neodkladně intubován a zahájena řízená ventilace, k toleranci ventilátoru nutná

sedace. Při odsávání z trachey známky aspirace do plic, k toaletě dýchacích cest použita

sokofrekvenční ventilace Paravent. Pacient febrilní, pokračováno v ATB terapii z chir.odd. Ofenzivní

chemoterapii včetně koloidů se postupně daří obnovit diurezu a kompenzovat tachykardii. Při septické

šokem nutná terapie vasopresory, NA vysazen po 4 dnech. Intolerance sacharidů korigována

kontinuálním podáváním inzulinu. Druhý den hospitalizace provedena tracheostomie chir.

technikou. Velmi obtížně se obnovuje obleněná střevní činnost, trvá meteorismus i přes aplikaci

metridu, značný odpad z NGS. Od 7. dne pobytu možno postupně přejít na gastrickou výživu za

podporou dávky inzulinu. Trvají febrilie, dle citlivosti změněna antibiotika na Taxcef, později afebrilní

12.1. je nemocný afebrilní. Nadále trvají problémy se stolicemi, zejména diagnostikován paralytický ileus. Alimentace kombinovaná, trvale vysoké odpady z NGS. Pacient na PSV se snižující se tlakovou podporou. Febrilie nemá, ojediněle subfebrilní, pro nález Candidy nasazen Fluconazol per os. Náhle se objevují febrilie, nasazeny ATB /Ciprinol/ do 24 hod teploty ustupují, v hemokultuře i kultivace z subklaviálního katetru prokazuje enterokoka s citlivostí na zvolené ATB. Extrahována NS sonda, per os příjem uspokojivý, intermitentně nárůstá vzednutí břicha, obleněná peristaltika, vážne stolice- po střídavé per orální a parenterální aplikaci Ubretidu se pasáž upravuje, nález na břicho ustupuje. 25.den odpojen od ventilátoru, ventiluje přes TS spojku, 28.den dekanýlován.

Terapie:

Amoksiklav, Efloran, Quamatel, Furosemid, Clivarin, Sufenta, Dormicum, Seduxen, Novalgin, Noradrenalin, KCl, Mistabron, Ubretid, inzulin HMR, Mucosolvan, Paralen, Furosemid, Degan, Taxcef, Ciprinol, Diluran, Celaskon, Apo-Famotidin, Nitrazepam, Tiapridal, Hylak, Fraxiparin, Coaxil, Fluconazol, Prostavasín, Nitrepres, analgetika, vitaminy, infuze glukosy, krystaloidů, aminokyselin a tukových emulzí, řízená ventilace, dechová a pohybová rhc.

Doporučení:

Furun tbl 1x1, Nitrazepam 0-0-1, Degan 1-1-1, Coaxil 1-0-1, Fraxiparin 0,4 s.c. a 24hod / v 10 hod /, Ubretid 1-0-0, KCl 1-1-1, pohybová rhb, dieta 9 mletá.

Sledovat dostatečný příjem tekutin!!

Sanace dekubitu na sakru.

Interní konsilium - nutná úprava dřívější chronické medikace /warfarinisace? hypotenziva?/.

Diagnózy:

J960 Akutní respirační selhání

I501 Selhání levé komory

I10 Esenciální (primární) hypertenze

K359 Akutní appendicitida gangrenózní. St.p. APPE 2.1.05

I839 Žilní městky dolních končetin bez vředu nebo zánětu

T178 Cizí těleso v jiných a více částech dýchacího ústrojí

K709 Alkoholické onemocnění jater, NS

K746 Jiná a neurčená cirhóza jater

St.p. plicní embolii s warfarinizací

N40 Zbytnění prostaty - hyperplasia prostatae

E668 Jiná obezita

Tracheostomie chir.

Nemocného překládáme zpět na JIP-chir.odd. k doléčení. Za převzetí děkujeme.

V Rakovníku: 24.02.05

Ošetřující lékař: [redacted] MUDr.

Zprávu zaslat: MUDr. [redacted]

Prim. MUDr. [redacted]
vedoucí oddělení

Anesteziologicko-resuscitační oddělení NsP Rakovník

Dukelských hrdinů 205, 269 06 Rakovník

tel.: +420 313 525 421

e-mail: aro@nemorako.cz

Překladová zpráva

Pacient: [REDACTED]

RČ: [REDACTED] Pojišťovna: 111

Hospitalizace od: 22.12.04 16:16 do: 20.01.05 09:28

Bydliště: [REDACTED], 261 00 Příbram

Průběh: 20.01.05 12:08 Zapsal: [REDACTED] MUDr.

Diagnóza:

Pacient plánovaně přeložen z NCH FN Motol po operaci komunikujícího hydrocefalu se zavedení VP kódu.

29.9.KCP po pádu z lešení, hospitalizován na ARO Motol, zde provedena plastika PJJ pro fr.PJJ a operaci s evakuací hnisu a malatického ložiska.

Pacient přeložen na ARO Rakovník s postraumatickou encefalopatií. Po přechodném počátečním zlepšování stavu došlo k opětovnému zhoršování stavu vědomí i motorických funkcí. Po provedení CT vyšetření dg nárůst hydrocefalu. Po konzultaci s NCH Motol pacient plánovaně přeložen do FN Motol k plánované operaci.

Objektivní nálezy:

Spokojný při vědomí, TS a spontánně ventilující. Růžový kolorit, bez cyanosy a ikteru, otoky v obličeji a na končetinách. Periferie HK a scrotu, periferie dobře prokrvená, náplň krč.žil nezvýšená, jazyk. Zornice anisotropní, foto. Sinus, vpravo mydriatické, zneokr. zornice bez foto. Bulby ve středním postavení vlevo, sklery bílé, žilky růžové vlevo. Akce srd. pravidelná, sinus 95/min, bez ES, puls na periferii dobře plněný, ozvy srd. an., TK 115/70, sat.O2 % = 95. Dýchání slyšitelné do periferie, bazálně bil. oslabené, vlevo s chrápkem. Břicho v úrovni, měkké, kryto neprosakujícím obvazem, PEG, bez resistance, játra pod dýchacími křídly +3. DK bez otoků, varixů a známek zánětu, v elast.bandáži. Epicyst. katetr odvádí čistou moč v množství odpovídající množství. Afebrilní. Kanylace perif. žíly na PHK bez inf. terapie. Dekubit na sakru.

Účty:

RTG vyšetření: Levý kyčelní kloub p. p.

Charakteristické kostní změny neprokazujeme. Paraartikulárně jsou mohutné souvislé kalcifikace celkového rozsahu cca 7 cm, mají až charakter ossifikátů. Místy se ztrácí kontura mezi touto kalcifikací a konturou skeletu (oblast velkého trochanteru femuru) a dolního okraje kyčelní kosti. Karafiátová Hana, MUDr.

Ultrazvuk vyšetření:

Charakteristická gyriifikace. Širší SA prostory zejména vlevo. Komorový systém je rozšířený. IV. komora šíře 29mm, III. komora šíře 20 mm. Posun středních struktur doprava o 7mm. Vpravo frontotemporoparietálně nepravidelná hypodenzita / či několik na sebe navazujících hypodenzit / celkové velikosti 10 x 4,4cm, mající do 20HU. V pravé straně komoře stent.

Hydrocefalus v regresi ve srov. s min. vyš. ze 14. 12 2004, posun středních struktur doprava.

Širší SA prostory vlevo Pseudocysty vpravo frontotemporoparietálně semeradtova

Širší SA prostory vlevo Pseudocysty vpravo frontotemporoparietálně semeradtova

Účty: Kvantitativní vyšetření - Moc- datum odberu: 17.1.2005 Datum prijmu: 17.1.2005 Odeslano: 19.1.2005

NALEZ: 10 na 7/1ml *Klebsiella pneumoniae*

Metoda: kvantit. citlivosti na antibiotika:

Amoxicilin.....R	cefepodoxim/kys.klavulanov.C
Amoxicilin.....R >64,00	piperacilin .R 64,00
Amoxicilin/sulbactam.....R 16,00	piperacilin/tazobactam .C <2,000
Cefazolin.....R 64,00	cefoperazon .R 32,00
Cefuroxim.....C 4,000	cefotaxim .R >16,00
Cefoxitin.....C 2,000	ceftazidim .R >16,00
Chloramfenikol.....R >64,00	cefpirom .R >16,00
Clindamycin.....R >32,00	sulperazon .R 32,00
Meropenem.....R >32,00	meropenem .R 8,000
Ciprofloxacín.....R >128,0	ciprofloxacín .R >16,00
Levofloxacín.....C <0,250	levofloxacín .R >16,00
Tobramycin.....C 0,500	tobramycin .R >32,00
Amikacin.....C 2,000	amikacin .R >64,00

NALEZ: 10 na 5/1ml *Enterococcus faecalis*

Metoda: kvantit. citlivosti (MIC v mg/l) na antibiotika:

Clindamycin.....R >0,500	erytromycin .R >4,000
Clindamycin.....R 0,500	clindamycin .R >4,000
Clindamycin/sulbactam.....C 1,000	vankomycin .C 2,000
Teicoplanin.....R >16,00	teicoplanin .C 2,000
Chloramfenikol.....R 32,00	furantoin .C 8,000

Sérum: Urea: **2,5**; 4,0, Kreatinin: **48,0**, Sodík: 141; 139, Draslík: 4,2; 4,3, Chloridy: **108**; 103, Osmolalita: 285; 287
 Bilirubin: 8,7; 7,0, ALT: 0,33; 0,59, AST: 0,34; 0,23, GMT: **1,58**
 Krev ABR: **capillar** pH: 7,409; 7,396, pCO₂: **6,17**; **5,92**, pO₂: 9,92; **15,2**, Oxyhemoglobin: 93,00; 96,70, HCO₃
 aktuální: **28,9**; **26,9**, HCO₃ standardní: **27,8**; **26,1**, Aktuální base excess: **3,9**; 1,9, Standardní base exc.: 4,1; 2,1,
 Glukóza: Glukóza - žilní: 5,20; 4,80
 Krev - hematologie: Leukocyty: 6,89; 5,1, Erytrocyty: **3,55**; 4,27, Hemoglobin: **101**; **115**, Hematokrit: **0,304**; **0,354**
 Stř.objem ery.: 85,6; 82,9, Barvivo ery.: 28,5; **26,9**, Stř.barev.kon.: 33,20; 32,50, Erytr.křivka [RDW]: 0,141; 0,138
 Trombocyty: 182; 251, Stř.obj.trombo.[MPV]: **11,60**; **11,10**
 Bílý krevní obraz: Neutrofilý: 0,531; **0,465**, Eosinofily: **0,147**; **0,076**, Monocyty: **0,12**; **0,104**, Lymfocyty: **0,196**; 0,3
 Basofily: 0,006; 0,006, Neutrofilý - abs.poč.: 3,66; **2,37**, Eozinofily-abs.poč.: **1,01**; **0,39**, Monocyty - abs.počet: **0,8**
 0,53, Lymfocyty - abs.poč.: 1,35; 1,78, Bazofily - abs.počet: **0,040**; 0,030

Epikríza:

Pacient přijat po zavedení VP shuntu, po evakuaci hydrocephalu snad vědomí mírně zlepšeno. Vyhoví výzvě, aktivně motorika končetin vpravo, vlevo plegie. Kontrolní CT prokázalo zlepšení nálezu. Perorální příjem znemožněn poruchou otvírání úst a neschopností účinně polykat. Přijímá dobře enterální výživu do PEG. Kardiopulmonálně kompenzován. Dále neurologický stav bez vývoje, opakované pokusy o perorální příjem neúspěšné. Občasné noční febrilie, během dne převážně afebrilní. Objevuje se svědivý exantém na trupu a končetinách, který ošetřujeme tekutým pudrem a terapii doplňujeme o antihistaminikum. Pac. je depresivního ladění, negativistický, někdy plačtivý, nasazen Prothiaden ve zvyšující se dávce. Rehabilitace velmi obtížná, prakticky nemožná flexe levého kyčelního kloubu, kde prokázána mohutná kalcifikace až osifikace. Překlad nemocného na JIP int.odd.urgentní pro náhlou potřebu volného resuscitačního lůžka.

Diagnózy:

F072 Postkomoční syndrom
 W126 Pád na nebo s lešení-Prostory průmyslové a stavební
 S063 Ložiskové - fokální - poranění mozku
 G911 Obstrukční hydrocefalus
 S023 Zlomenina - spodiny očníce - fractura baseos orbitae
 S024 Zlomenina lícní (jařmové) kosti - fractura ossis zygomatici - a horní čelisti -
 Levostranná hemiplegie
 St p sepsi po mozk. abscesu s evakuací a plastikou
 Tracheostomie.Dekubitus sacralis
 N309 Cystitida, NS

Medikace:

Inf.Glukózy a krystaloidů, CEFTRIAXON, Enap, Clivarin, Gasec, Flavobion, Pirabene, PIN, KCl, Diluran, Dithiaden, Paralen, Codein, Hydrocortison ung., Saridon, Imodium, Nitrazepam, Tramal, Rivotril, Novalgin, Fraxiparin, Prothiaden, dechová a pohybová RHC, alimentace Nutrison Energy.

Doporučení:

D:Nutrison Energy kont. r.80 ml/h, proplach 100 ml balené vody á 3 hodiny
 Fraxiparin 0,4 ml s.c. á 24 hod v 9.00, Gasec cps.á 20 mg 1-0-1, (9-21), Flavobion drg. 3 x 1 (9-15-21),
 Pirabene 800 tbl. 3-3-0 tbl. (9-15), Dithiaden 3x1 tbl (9-15-21), Rivotril tbl. 1,0 mg na noc (21),
 Prothiaden 10 mg tbl. 2 tbl večer (21).
 Do periferní žíly kape FR 500 ml na celý den. Kanylace PHK od 15.1. - další zachování dle Vás.
 Spont. ventilace s oxygenoterapií přes T, zvlhčený kyslík 6 l/min, ambuing á 1 hodinu.
 RHC: aktivně pravostranné končetiny, pasivně levostranné 2 x denně
 Na exantém tekutý pudr s mentolem 2x denně.
 Kontrolní CT mozku dnes

V Rakovníku: 24.02.05
 Ošetřující lékař: [redacted] MUDr.
 Zprávu zaslat:

Prim. MUDr. [redacted]
 vedoucí oddělení

Anesteziologicko-resuscitační oddělení NsP Rakovník

ul. skýpčův hrdinů 200.269 01 Rakovník

tel.: +420 313 525 421

E-mail.: aro@nemorako.cz

Propouštěcí zpráva

Pacient: [REDACTED]

RČ: [REDACTED]

Poj.: 111

Hospitalizace od: 12.11.04 13:06 do: 20.12.04 08:44

Vydliště: [REDACTED] 261 00 Příbram

Zpráva ze dne: 20.12.04 11:53 Zapsal: [REDACTED] MUDr.

Diagnóza:

pac. plánovaně přeložen z ARO FN Motol po kraniocerebrálním poranění s postraumatickou hydrocefalopatií.

Dne 29.9.04 utrpěl úraz hlavy pádem z lešení, transportován LZS na ARO FN Motol s kraniocerebrálním poraněním, 12.11.04 přeložen na ARO Rakovník.

Objektivní nález:

Nemocný se známkami apalického syndromu, s TS kanylou, spontánně ventilující, vyhoví jednoduché příkazové odpovědi, známky hemiplegie vlevo. Růžový kolorit, bez cyanosy a ikteru, hydratace kůže přiměřená, kůže na periferii docela prokrvená, náplň krč.žil nezvýšená, jazyk, bez povlaku. Zornice vpravo mydriatická bez reakce, vlevo mydriatická reagující na osvit. sklery bílé, spojivky růžové. Akce srd. pravidelná, sinus, 70/min. bez ES, puls na periferii dobře plněný, ozvy ohran., TK 150/80, sat.O2 92%. Dýchání slyšitelné na periferii. Čistě, base suché. Břicho mírně nad úroveň, měkké, s PEG, bez resistance, játra. DK bez patologických známků zánětu, v elast.bandáži, schopen vykonat mírnou semiflexi PDK, bez febrilie, epicyclostomie, na sakru dekubit se okolním zarudnutím.

Pikríza:

Podle průběhu pobytu v prvních dnech mírné zlepšování stavu, nemocný reaguje na okolí, schopen vykonat jednoduchý pokyn. Trvá levost. hemipareza, hybnost pravost. končetin, ojediněle a diskrétně pohyblivost LDK. Po 2 týdnech dochází ke zhoršení poslechu nálezu na plicích, intermit. oslabení dýchání vpravo bazálně. zahájena toaleta dýchacích cest VF ventilací, pro febrilie od 24.11. nasazen dle indikace Amikin. V té době se začíná postupně horšit kvalita vědomí, nemocný téměř přestává reagovat na okolí, s min. spont.hybností. Neurolog i CT vyšetření objektivizuje postupný nárůst hydrocefalu. CT nález konstatován s NCH v Motole, plánována drenážní operace po zvládnutí zánětlivého procesu. Jediné febrilie do 38°C, ukončena terapií Amikinem. Oběhově kompenzován, ventiluje trvale spontánně. Dne 14.12 provedeno kontrolní CT a neurol. vyšetření, obě se závěrem nárůstu tekutiny intrakraniálně.

Při přechodu kardiopulmonálně kompenzován, TK 120/80, P 80/min, SpO2 99%, přijímá Nutrison Energy po PEG. od 17.12 afebrilní.

CT mozku 26.11./ - Komorový systém rozšířen- III. komora 2,5cm, IV. komora 2,7cm, front. rohy PK vpravo 2,9cm a vlevo 2cm. Prostorná je i cisterna magna. Při pravé PK je místy patrný transependymální přestup mozku. Stranový posun doprava 4-6mm. Subdurální efuse vlevo frontoparietálně rozsahu 11cm šíře do 1,5cm. Hypodensita (12HU) při laterální stěně pr. PK tahnoucí se od temporálního rohu (zde až 2x1cm) po tělo PK (zde až 5x1,6cm). Při frontálním pohledu pr. PK je hypodensita

pod 10HU rozsahu 4x1,8cm, zde je zcela zaniklý kortex. Density krve neprokazujeme. Bez známek pneumocefalu. Frontálně v kalvě četné kovové svorky s artefakty v okolí.

CT 14.12./ Hydrocefalus. Subdurální efuse vlevo FP ve velikostní regresii. Pravostranný přetlak 4-6mm. Hypodensita vpravo FP -dekolorovaný hematoma? tvořící se posthemoragická pseudocysta? Hypodensita vpravo frontálně - pseudocysta?

CT C páteře Spirální ct vyšetření provedeno v rozsahu C1-5

Bezpečně ze označit pouze odlomení dorsolaterální hrany pr. laterální masy těla C2 s lehkým posunem fragmentu do normální. kde je susp. útlak nerv. kořene

CT mozku 14.12./ Pravá postraní komora je dnes šíře 35 mm, levá 28 mm, III. komora 34x28 mm, IV. komora 30x25 mm. Subdurální hydrom či hygrom vlevo frontoparietálně se zcela resorbovala /byla roztačena?/. Prosáknutí subependymální mozkové tkáně zejména v okolí rohů postranních komor v důsledku transependymální resorpce mozku. Frontoparietálně od ventrálního rohu pravé postranní komory a parietálně od zadního rohu pravé postr. komory hypodenzity charakteru pseudocysty. Tlaková atrofie mozkové tkáně opět zejména ventrálně od předních rohů postranních komor. Dnes zcela bez stranového přesunu středočárových struktur. Cisterna cerebellomedullaris cisterna magna/ šíře 29 mm, rozšíření cerebellopontiních cysteren. Dorzálně od levé mozečkové hemisféry v.s. subdurální hydrom či hygrom šíře 13 mm.

Závěr: Progrese tetraventrikulárního vnitřního hydrocefalu, zejména v oblasti postranních komor, a to jejich ventraních rohů a stropů je patrný transependymální přestup mozku a atrofie mozkové tkáně. Minimální regrese ve velikosti dvou laterálních pseudocyst v blízkosti pravé postranní komory. Úplná redukce subdurálního hydromu či

hygromu vlevo frontoparietálně. Mírná progresse subdurálního hygromu či hydromu dorzálně od levé mozečkové hemisféry.

Laboratorní vyšetření:

Sérum: Urea: 3,8; 3,1, Kreatinin: **42,0; 52,0**, Sodík: 137; 140, Draslík: 4,1; 4,3, Chloridy: 103; 102, Chloridy korigované: 105; 101, Buffer base-vyp.: 38,1; 42,3, Osmolalita: 284; 288, Bilirubín: 8,3; 5,7, ALT: **3,70**; 0,66, AST **0,90**; 0,35, GMT: **2,31; 1,06** C-reaktivní protein: **5,6; 11,5**

Krev ABR: pH: **7,444**; 7,405, pCO₂: **6,18; 6,44**, pO₂: **15,6; 6,42**, HCO₃ aktuální: **31,6; 29,9**, Aktuální base exces **6,8; 4,6**,

Glukóza - žilní: 5,30; 5,00

Moč - kvalitativně: pH: **8,0**, Bílkovina: **+**, Glukóza: **negativ.**, Aceton: **negativ.**, Urobilinogen: **negativ.**, Bilirubín: **negativ.**, Krev: **pozitiv.**, Leukocyty: **pozitiv.**, Nitrity: **pozitiv.**, Specifická hustota: 1,015, Erytrocyty: **plné po.**, Leukocyty semikvantitativně: **21-40**, Epit.dlaždicovitě: **0-4**, Epit.kulovitě: **0-4**, Bakterie: **plné po.**, Poznámka k sed.1: **leukoshi**

Krvácení - porce 1: **pozitiv.**; **negativ.**, Krvácení - porce 3: **pozitiv.**

Krev - hematologie: Leukocyty: 9,48; 7,44, Erytrocyty: **2,76; 3,52**, Hemoglobín: **86; 100**, Hematokrit: **0,262; 0,303**, Trombocyty: 241; 306,

Bílý krevní obraz: Neutrofilů: 0,673; 0,585, Eosinofilů: **0,074; 0,071**, Monocyty: 0,056; 0,085, Lymfocyty: **0,192**; (Basofily: 0,005; 0,004, Koagulace: Tromboplast. test - INR: 1,14, APTT - ratio: 1,03

Výsledky dnes /20.12.2004/:

Urea: 3,6, Kreatinin: **55,0**, Sodík: **148**, Draslík: 4,5, Chloridy: **107**, Chloridy korigované: 100, Buffer base-vyp C-reaktivní protein: **5,6**

pH: 7,404, pCO₂: **6,25**, pO₂: **8,54**, Oxyhemoglobín: 90,70, HCO₃ aktuální: **29,0**, HCO₃ standardní: **27,7**, Al base excess: **3,8**, Standardní base exc.: 4,1, CO₂ celkový - vyp.: 30,4, O₂ saturovaný-vyp.: 0,92, O₂ volný: 6

Leukocyty: 7,9, Erytrocyty: **3,93**, Hemoglobín: **109**, Hematokrit: **0,335**, Stř.objem ery.: 85,2, Barvivo ery.: 27 Stř.barev.kon.: 32,50, Erytr.křivka [RDW]: 0,134, Trombocyty: 227, Stř.obj.trombo.[MPV]: **11,20**

Tromboplast. test - INR: 1,19, APTT - ratio: 0,9

Konsilia: Neurol. vyš. 22.11.2004 Obj. : pac. při vědomí, reag. s krátkou latencí na oslovení - omez. / pohyb LO, zahýbá prsty phk, pdk, stiskne ruku /, nazn. lehká deviace hlavy ad dx, MN: III.,IV.,VI.: dx komplet.ptosa, mydriasa, nereg. na osvit, chybí přímá i kons. r., konv., sin zornice střed. široká, reag., pohyb bulbů vlevo O / v.s. lese optiku /, VII: nazn.c.p.sin, r. nasopalp.+ sin, frontoorbikul. .+, korneál. dx sníž., sin dobře výb., maseter.+ , šíje volná, okulocefal.+ , amening., hk - vlevo plegie, tonus spíše nižší, hypotrofie svalstva paže, rr. C5/8 nižší sin, dx rr. výb., hybn. zachov. kořenově i akrálně, břicho - arefl., dk - vlevo plegie, nižší tonus a rr.L2-S2, py irit. nazn. bil., dx zachov. část. flexe i ext. v kolenu, pohyb prstů možný, Lass. do 70 st.bil., nejspíše i fatická porucha motor.

Z.: St.p. kraniocerebrálním poranění / dle CT prokrvácená kontuze frontálně dx, fraktura base lebni, frakt. orbity bil., v. obj. nálezu t.č. smíš. levostranná hemiplegie, lehká část. paresa i pravých končetin, komplet. léze n. III.I.dx, velmi pravděp. léze n. II. I.sin / susp. amaurosa /, bez meningeální iritace

Neurol. vyš. 13.12.2004 Obj. : při vědomí, na oslovení reag. s latencí - podá pravou ruku, zahýbá prsty, v.s. fatická porucha motorická, amening., MN: III.,IV.,VI.: dx komplet. ptosa, mydriasa nereg., nejspíše amaurosa, spoj. sufuse, sin bulbos ve střed. post., hybnost nelze pro nesp. hodnotit, zornice střed. šir. obl. foto +, r. nasopalp. +, ciliospinální +, VII: dx koutek níže, aktiv. inv. nelze hodnotit, korneál., lash r. +, maseter. +, hk - dx hypertonus, hybnost zachována, rr. C5/8 výb., Juster +, v Mingaz. instab., vlevo patrné svalové hypotrofie zejm. kořenově, hypotonie, hybnost téměř O, břiš. areflexie, dk - hypertonus bilat., hybnost na lůžku patrná kořenově i akrálně zejm. vlevo, py irit. + bil., Lasseque do 60 st.

Závěr : St.p. KCT, v obj. nálezu kvadruparesa centrální, téměř plegie lhk - chabá / v.s. léze brachiálního plexu/, kompletní paresa n. III.I.dx, velmi pravděp. i léze n. II.I.dx / amaurosa /, fnazn. c.p.n.VII.dx, atická porucha motorická, organ. psychosyndrom - ve srovnání s minulým vyš. mírná progresse

Terapie: Celaskon, Enap, Fraxiparine, Quamatel, KCl, Pirabene, Dithiaden, Diluran, Flavobion, Helicid, Clivarine, Gasec, Amikin, infuze krystaloidů, enterální výživa, dechová a pohybová rehabilitace, oxygenoterapie

Poslední medikace: (ranní léky dostal)

Při překladu kape Ringer 500 ml do periferní žíly

Enap 5 mg 1-0-1 tbl do PEG

Clivarine 0,6 ml s.c. á 24 hod (v 17:00)

Gasec 20 1-0-1 cps do PEG

Flavobion 1-1-1 drg do PEG

Pirabene 800 3-3-0 tbl do PEG

inhalace - Mucosolvan 2 ml + Aqua 2 ml dle potřeby

Anesteziologicko-resuscitační oddělení NsP Rakovník

Dukelských hrdinů 200, 269 01 Rakovník tel.: +420 313 525 421 E-mail.: aro@nemorako.cz

Propouštěcí zpráva

Pacient: [REDAKCE] RČ: [REDAKCE] Poj.: 111

Hospitalizace od: 03.02.05 22:51 do: 07.02.05 11:45

Bydliště: [REDAKCE] 439 86

Zpráva ze dne: 08.02.05 11:35 Zapsal: [REDAKCE] MUDr.

Anamnéza:

OA. 4 roky M. Chron. hypertenze

FA. Asac. Betac. Prestarium, Acidum folicum, Furon, Prednison

AA. negat.

Nynější onemocnění:

Poslední 2 týdny pocítila namáhavou dušnost. Dnes (3.2.) okolo 19.hod se náhle dostavila dušnost doma v klidu spolu s kolapsovým stavem a opocením. Bolesti na hrudi neměla, nezvracela. Přivezena RLP Podbořany na JIP int.odd. později přeložena na ARO.

Objektivní nálezy:

Růžový koorit. bez cyanosy a ikteru, hydratace kůže přim., periferie dobře prokrvená, náplň krč.žil zvýšená. jazyk bez povlaku, Zornice iso, miosa, foto bil.+, bulby ve středním postavení, sklery bílé, spojivky růžové. Akce srd. pravidelná, sinus tachykardie 115 /min, bez ES, puls na periférii dobře plněný, ozvy osran., TK 120/80, CVP+10 cm H₂O, sat94.O₂ %. Dýchání slyšitelné do periferie, čisté, base suché. Břicho pod úrovní, měkké, bez resistance, játra . DK bez otoků, varixů a známek zánětu, Perm.katez odvádí čirou moč v dostatečném množství. afebrilní.

Laborat. vyšetření:

CT vyšetření -angio plic: Masivní plicní embolizace obou hlavních větví a. pulmonalis zasahující i subsegmentálně. Truncus pulmonalis šíře cca 2.8cm. Vyšší postavení pravé bránice. Z nativního vyšetření bezpečné známky ložiskových plicních změn neprokazujeme. Datum potvrzení: 3.2.2005 21:25:00 Potvrdil uživatel: fuchs
CT vyšetření - troncik-měkké tkáně - viz příložené CD s prohlížečem.

Sérum: Urea: **11,6; 11,9**, Kreatinin: **123,0**; 100,0, Kyselina močová: **494**, Sodík: 139; **126**, Draslík: **3,5; 5,5**, Chloridy: **92**; 100, Chloridy korigované: 92; 110, Buffer base-vyp.: **50,5; 31,5**, Osmolalita: **303**; 284, Osmolalita-vyp.: 314, Osmol.eфекt-vyp.: **302** Hofčik: **0,96**, Bilirubin: 10,1; 6,4, ALT: **1,03**; 0,40, AST: **1,23**; 0,43, GMT: **1,20**, CK - MB mass: 2,660; 1,730, Fosfatáza alkalická: 2,10, Cholesterol: **6,33**, HDL Cholesterol: 2,54, LDL Cholesterol: 3,31, Triacylglycerol: 1,31, Index aterogenity K: 1,5, Rizikový index-vyp.: 2,49, Celková bílkovina: 70,0, Glukóza: **24,40**, Glukóza - Reficron: **7,13**, Myoglobin: 71,94; 50,63, Troponin T: <0,01; **0,054**, NT-proBNP: **923,0** C-reaktivní protein: **25,1; 20,5**

Krev ABR: Typ krve: **capillar: capillar**, Hemoglobin: 12,2; **6,7**, Teplota aktuální: 37,0; 36,5, pH: **7,356; 7,295**, pCO₂: **4,50; 4,32**, pO₂: **8,23; 6,67**, Oxyhemoglobin: 86,50; 81,10, HCO₃ aktuální: **18,6; 15,4**, HCO₃ standardní: **19,5; 16,2**, Aktuální base excess: **-5,8; -9,9**, Standardní base exc.: -6,1; -10,0, CO₂ celkový - vyp.: 19,6; 16,4, O₂ saturovaný-vyp.: 0,90; 0,80, O₂ volný: 6,9; 3,4, Glukóza - žilní: **18,40; 10,80** Moč porcovaná: Objem 1.porce: 1330; 879, za čas: 430; 1440, Glukóza 1 - kvalita: +; 0, Glukóza - 1.porce: 0,7; **1,2**, Glukóza-1.porce-od.: 0,9; 2, Aceton - 1.porce: 0; 0

Moč - kvalitativně: pH: 5,0; 5,0, Bílkovina: **negativ.; +**, Glukóza: **negativ.; negativ.**, Aceton: **negativ.; +**, Urobilinogen: **negativ. negativ.**, Bilirubin: **negativ.; negativ.**, Krev: **pozitiv; negativ.**, Leukocyty: **negativ.; pozitiv**, Nitrity: **negativ. negativ.**, Specifická hustota: 1,015; 1,020, Erytrocyty: **5-10; 0-4**, Leukocyty semikvantitativně: **5-10; 21-40**, Epi.dlaždicovitá: **0-4; 5-10**, Epi.tr.kulovitá: **0-4**, Bakterie: ++; +, Bakterie tyčovitá: +, Hlen: +, Drt: ++, Válce hyalinní: **0-4; 0-4** Válce granulované: **0-4**

Krev - hematologie: Leukocyty: **16,0; 23,67**, Erytrocyty: 5,00; **2,05**, Hemoglobin: 124; **61**, Hematokrit: 0,385; **0,173**, Stř.objem ery.: **77,0; 84,4**, Barvivo ery.: **24,8; 29,8**, Stř.barev.kon.: 32,20; 35,30, Erytr.křivka [RDW]: 0,156; 0,151, Trombocyty: 22; **115** Stř.obj.trombo.[MPV]: 10,10; 10,90

D - dimer: 14,40; 26,30 Koagulace: Tromboplast. test - INR: **1,61; 1,53**, APTT - ratio: **4,88; 4,89**, Fibrinogen koaguli: **nesráží; 1,12**

EKG: Sinus. 105 min. intervaly v normě, rotace doleva, ST v isoel.linii, neg. T II,III,aVF,V2-5, křivka bez čerstvých oziskových změn. bez známek hypertrofie LK.

Medikace:

Infuze G. krystal. rozt. kloidů. AMK. transfuze celkem 6 TU, Sufenta, Midazolam, Ketonal, Prednison,

Torecan, Ibalgin, Fentanyl, Heparin, NA, Furosemid, Hydrocortison, Pentasa, Novalgin, HMR, KCl, O₂.

Epikríza:

Po přijetí 3.2. na interní JIP NsP Rakovník provedeno CT angio plic s pozitivním nálezem bilat. embolizace a. pulmonalis - viz výsledky. Podána Streptokinasa 1,5 ml, poté pro dušnost a zhoršení saturace překlad na ARO Rakovník k intenzivnímu sledování. Zde pokračujeme v aplikaci Heparinu kontin., hyperglykemie řešena kontin. podáváním HMR v dávkovači dle akt. glykemií. Kanylace centrální žíly byla komplikovaná pro nepříznivé anat. poměry, vpravo punkce v. subclavia zcela neúspěšná, pak zakanylována levostranná v. subcl. bez problémů. První den průběh klidný, nemocná je bez dušnosti, normosaturace, bez stenokardií. Od 2. dne začíná narůstat hematoma okolo pravého klíčku a objevily se i další hematomy - v okolí kanylace v. subcl. l. sin., na pravém boku a na hlavě po pádu ještě doma. Jiné příznaky krvácení neměla, bez hematurie v moč. sedimentu, bez metrorragie, při zvracení bez hematinu. Sníženo dávkování Heparinu na 800 j/hod, ale k největšímu rozvoji hematomu měkkých tkání na pravé straně hrudníku dochází až 3. den a to při téměř normálních hodnotách hemokoagulace! (APTT 1,24, INR 1,11, fibrinogen 1,12). Nemocná měla silné bolesti v oblasti hematomů, ale perorální analgetika byla bez efektu, nebo je nesnášela /zvrací/, nakonec je nutné podávání analgosedace v kontin. dávkování (Sufenta + Midazolam). I přes masivní parenterální přívod krystaloidů, koloidů a transfuzí je nemocná hypotenzní, oligurická, přistoupeno k aplikaci Noradrenalinu ve zvyšujícím se dávkování, podáván i Furosemid. Dnes dopoledne po transfuzi třesavka, transfuze nedokončena. Dnes také provedeno CT vyšetření měkkých tkání hrudníku, kde kolekce krve cca 4 l !!! Nemocná je na parenterální výživě pro nechutenství a opakované zvracení, ale Prednison 20 mg dnes dostala.

Doporučení:

Infuze: kape Clinomel N7 2500 ml + PIN 120j r. 80 ml/hod
Před transportem dostala 1 TU krve
NA 4 amp ve 20 ml r. 10 ml/hod
Furosemid forte 125 mg ve 20 ml r. 3 ml/hod
Prednison 20 - 20 - 0 mg - ráno dostala
Kefzol 1 g á 8 hod i.v. - dostala v 11,00
Sufenta forte 1 amp + Midazolam 20 mg ve 20 ml - r. 0,6 ml/hod
Heparin 20.000 j ve 20 ml r. 0,8 ml/hod
Oxygenoterapie

Diagnózy:

I260 Plicní embolie s akutním cor pulmonale
St.p. terapii streptokinasou 3.2.05
V.s. ruptura v. subclavia l.dx. po neúspěšné kanylaci
Masivní hematoma měkkých tkání hrudníku vpravo
Vícečetné hematomy na P boku a hlavě
R739 Hyperglykémie, NS
I10 Esenciální (primární) hypertenze
K509 Crohnova nemoc, NS
DM nový záchyt?, nyní na HMR.
Hypotenze, oligurie

Pacientku po předchozí dohodě s MUDr. [redacted] a doc. [redacted] překládáme na ARO1 FN Motol.

Osobní doklady (průkaz zdr. pojišťovny) předány s pacientem.

Přiložena 2 CD s prohlížečem CT dokumentace, dále přikládáme 1 TU krve.

Děkujeme za převzetí pacienta.

V Rakovníku: 24.2.2005

Ošetřující lékař: [redacted] MUDr.

Zprávu zaslat: MUDr. [redacted]

Prim. MUDr. [redacted]

vedoucí oddělení

Propouštěcí zpráva

Pacient: [REDACTED]
Hospitalizace od: 30.08.04 01:42 do: 03.09.04 07:04
Místo: Kolečov 71, 270 03 Hořovičky

RČ: [REDACTED] Poj.: 111

Přijetí ze dne: 06.09.04 17:30 Zapsal: [REDACTED]

Diagnózy:
07 St. subileosus
06 Zhoubný novotvar vaječníku general.
07 St.p. adnexectomiam et HYE abdominalem radicalem
04 St.p. hemicolecetomiam l. dx., resectionem omenti totalem, ileotransversoanast.
10 Gastroezofageální refluxní onemocnění s ezofagitidou

Průběh:
bezv.
běžné dětské inf. nemoci
úrazy: 0
operace: září 2003 -bilat. adnexektomie, abdomin. HYE, pravostranná hemikolektomie, totální omentektomie, ileotransversoanast. end-to-side (na gyn. odd. - Dg: C 56
asi před týdnem fibroskopie na inter. odd. Rakovník - Dr. Kolářová, průkaz refluxní esofagitidy II. při inkompetenci kardiie.
Jinak vážněji nestonala.
Léčba: Ganaton: 3x1, Omepirex 20 mg: 1-0-1, Algifen neo 3x20 gtt
negat.

Nějsší onemocnění:
c. po abdom. operaci v září 2003 na gyn. odd. pro dg. C 56,
d. týdnem pro asi 2 týdny trvající bolesti v nadbříšku provedeno fibroskopické vyšetření Dr. Kolářovou
inter. odd. Rakovník, průkaz refluxní esofagitidy II. st., medikace však pac. nepomáhá, nadále
přetrvává bolestivost břicha, zhoršování odchodu střevních plynů. V posledních 3 dnech opakovaně
pac.
střevní katky bez krve, spíše navečer, hořké, nažloutlé (biliogastr. reflux).

Objektivní nález:
pac. dehtovaná, anikteriická, bez cyanózy, klidově bez dušnosti.
120/85, P:103/min., T:36,8 °C
localis: Břicho lehce nad niveau hrudníku, dýchá celé, stěna měkká, vzedmuté, bez zn.perit. dr., bez
patné rezistence, poslechově živá šplouchavá peristaltika, občasné probublávání plynu, vyšší kovové
ky distendovaného střeva před překážkou. Maximum se zdá být vzhledem k stavu po pravostranné
mikolektomi v oblasti předpokl. ileotransversoanastomosy end-to side na hranici pravého podžebří a
edního mesogastria, kde též palpačně bolestivost, zatímco nikde jinde na břiše bolesti nejsou, jen
k. Dekomprese nebolí. Tapott. bilat. negat. Klidná jizva DSL prodloužená zleva nad pupek po výše
ed.operaci bez kýl, pevná.
patní somat. nález v mezích, odpovídá věku.

Diagnózy:
07 St. subileosus
06 Zhoubný novotvar vaječníku general.
07 St.p. adnexectomiam et HYE abdominalem radicalem
04 St.p. hemicolecetomiam l. dx., resectionem omenti totalem, ileotransversoanast.
10 Gastroezofageální refluxní onemocnění s ezofagitidou

Indikace: chron. medikace, 2x Ringer, Ubretid 1 amp i.m., Algifen 20-20-20gtt

Sledky: Serum: S_UREA_AS: 5,0, S_CREA_AS: 70,0, S_Na: 140, S_K: 4,1, S_Cl: 102, S_BBS_*: 42,1,
OSME: 287, S_BIL: 10,0, S_BILK: 2,9, S_ALT: 1,03, S_AST: 0,50, S_ALP: 2,25, S_AMS: 1,06, S_GLU: 7,00,
rum - bílkoviny: S_ICRP: 15,8, Krev ABR: B_KREV: capillar, B_HB1: 13,2, B_TAKT: 37,0, B_PH: 7,425, B_pCO2:
2, B_PO2: 8,35, B_OXHB: 89,50, B_AKTB: 25,0, B_ABE_*: 0,9, B_TCO2: 26,2, B_VO2_*: 7,6, Moč - kvalitativně:

Pasáž kličkami tenkého střeva vodným roztokem

Po vypití vodného roztoku k. l. přetrvává náplň v žaludku i na snímku za 2 hod, jen naznačena
patrná náplň v dilatovaných kličkách jejunu. Na snímcích za 5 hod k. l. přítomna již v colon
descendens a za 9 hod v oblasti ampuly recta. Asi v polovině vyšetření pacientka defekovala.
Závěr: Porucha pasáže kličkami tenkého střeva -

Datum potvrzení: 31.8.2004 12:39:00

Potvrzující lékař: [redacted]

SONO břicha

Játra norm. tvaru i velikosti, dif. vyšší echogenity, bez patrných ložiskových změn. Žlučník bez konkrementů, žlučové cesty jsou štíhlé. Pankreas norm. tvaru, velikosti i echogenity, bez patrných ložiskových změn. Slezina není zvětšena. Ledviny bilat. norm. tvaru, velikosti (pravá 10,6cm, levá 12,5cm) i echogenity, bez dilatace dutého systému a konkrementů, parenchym bilat. přim. šíře. Vlevo hypertrofická columna Bertini. Adenom levé nadledviny popisovaný CT vyš. s jistotou nediferencují. Močový měchýř má anechogenní obsah, hladkou stěnu.

Zá: SONO známky dif. laese jaterního parenchymu.

Datum potvrzení: 30.8.2004 08:41:00

Potvrzující lékař: dr. Viktor FUCHS

Gynekolog. konzilium Zpráva ze dne: 30.08.04 11:35 Zapsal: [redacted] MUDr.

Diagnózy:

R104 Jiná a neurčená břišní bolest

C56 Zhoubný novotvar vaječníku

Z907 Získané chybění pohlavního(-ch) orgánu(-ů)

Pac. s asi 2 týdny trvajících křečovými bolestmi břicha- údajně v celém rozsahu- prý asi rok po HyE + BSO pro Ca ovárií, krvácení z rodidel nejuje.

zevně- jizva po střední LPT- klidná, břicho v niveau, měkké, prohmatné, palp. pouze citlivé, bez perit. zn.

v zrc. - poševní pahýl ukončen transverzální jizvou- z ní uprostřed vyrůstá křehká laločnatá tkáň se zmoženými pravidelnými cévami, kontaktně krvácející- susp. caro luxurians- [redacted]
palp.- břicho volně prohmatné, palp. pouze lehce citlivé, CD bpn.

UZ vag- močový měchýř norm. vzhledu, s malou náplní, za ním nevelké množství volné tekutiny, patol. strukturu v malé pánvi nevidím.

Zá- st. p. HyE cum BSO+ omentektomie a revize uzlin a resekce caeka pro mucinózní Ca ovárii bilater.-před rokem; v.s. caro luxurians z jizvy v pochvě, malé množství volné tekutiny v dutině břišní. In.- excize tkáně z jizvy v pochvě k histol. ověření, další ev. po domluvě s primařem odd.

Poznámka k hospitalizaci: Pac. po přijetí již nezvrací, stolice pravidelná, břicho nebolí. Provedena pasáž vodným roztokem, gynekol. konzilium. Nyní pac. bez obtíží, prop. do dom. péče.

Doporučení: Kontrola na gynekol. amb s odstupem cca týdne pro výsledek histologie, při obtížích kontrola kdykoliv na chir. amb.

V Rakovniku: 18.10.2004

Ošetřující lékař: [redacted]

Zprávu zaslat: [redacted]

[redacted]
vedoucí oddělení

Anesteziologicko-resuscitační oddělení NsP Rakovník

Dukelských hrdinů 205, 269 06 Rakovník tel.: +420 313 525 421 E-mail.: aro@nemorako.cz

Konziliární zpráva

Pacient: Jaroslav

RČ: Poj.: 217

Bydliště: Stochov, 273 03

Práva ze dne: 03.02.05 16:32 Zapsal: MUDr.

Anamnéza:

A: Z90.4 - st.p. apne 2.1.05, respir. selhání - st.p. UPV, tracheostomii 7.1.05, šokový stav
35.9 - Appendicitis gangrenosa, st.p. paralyt. ileu pooper., decubites sacralis prof.
40. - Esenciální (primární) hypertenze
st.p. plic embolií před lety, warfarinizován, VCHGD anamn. před lety
3.9 - varices extrem inf l. utr.
96.0 - Akutní respirační selhání, I50.1 selh. LK, T 17.8 st.p. aspiraci
st.p. sutuře traum ruptury úponu kvadricepsu fem. vlevo před lety,
40. - Zbytnění prostaty - hyperplasia prostatae
st.p. fr. MTT ?, distorze ATC recid.
66.8 - Jiná obezita
70.9 - cirm. hepatis alkoh. susp.
poslední medikace na ARO: Furon tbl 1-0-0, KCl 1-1-1, Nitrazepam 0-0-1, Degan 1-1-1, Coaxil 1-0-1,
Ibretid 1-0-0, Apo-famotidin 0-0-1
A: negat.
A: matka TBC
A: dříve na šachtě
A: ženatý
abusus: nepopírá alkohol, nekuřák 18let

Prošlé onemocnění:

Pacient přeložen z ARO, kde pro respir. selhání v pooper. období. T.č. dušnost O, kašel. O, močeti nemá, močení - cévka odvádí, moč světlá, na stolici byl včera normálně, jí norm.-dieta 9. bez potíží.

Objektivní nález: TK 150/90 Teplota 36,5

1) Celkový vzhled, hydratace, výživa: Eupnoe, hydratován, obesní

2) Psychický stav, hybnost, stav kůže: orientován místem i časem, hybný, kůže bez eflorescence

Slava: pokl. nebol. nVII: inerv. sym. Zornice: izo, foto r. p. i. nepř. + Spojivky: rúž.

Jazyk: plazi středem, bez povlaku Tonsily: klidné Krk: sym. Krční uzliny: nezv. Hrdelnice: bez kongesce

Štítná žláza: nehm. Karotidy: pulz sym., bez šelestu Hrudník: sym. Sternokostální skloubení: nebol.

Oklepl plic: plný, jasný Poslech plic: dých. čisté sklípkové

Srdce (velikost, úder hrotu): srdce pokl. nezv. Poslech: akce srdeční reg., 2 ohr. ozvy

Břicho (bolestivost, resistance): měkké, bez patol. rezistence, palp. nebol. Játra: pod oblouk Slezina: nehm.

Žíly: oJizvy: po APPE Tapott. bilat. neg.

Páteř (skoliosa, atd.): Hybnost a bolestivost páteře: páteř pokl. nebol. Ming. neg., amening., šije volná, Lassegue

bilat. 90 st. nebol. Horní končetiny: sym. Otok: oCévy: +Reflexy: +Dolní končetiny: sym. Otok: bez otoku

Žíly: klidné Arterie: pulz do perif. hmatný Reflexy: +Genitál: mužský

Prákrální dekubit prům cca 40x50mm

OK s bandážemi včetně pat. lýtky měkká, bez zn. HŽT

Výsledky:

Moč:

U_VOLUME_DTP: 2113. U_TIME_DTP: 24, U_OSM: 529, fU_OSM: 1118

Sérum:

S_Na: 138, S_K: 4.0, S_Cl: 102, S_Clc: 103, S_BBS. *: 40, S_OSM: 280

Krev ABR:

B_KREV: capillar; capillar; capillar, B_HB1: 12,4; 12,9; 12,5, B_TAKT: 36,5; 36,6; 36,0, B_PH: 7,386; 7,425;
7,458, B_pCO2: 5,61; 5,19; 4,90, B_PO2: 6,7; 11,8; 6,92, B_OXHB: 83,40; 95,20; 87,00, B_AKTB: 24,9; 25,3; 25,9,
3_SBC: 24,2; 25,4; 26,2, B_ABE. *: 0,1; 1,2; 2,3, B_SBE: 0,2; 1,1; 2,1, B_TCO2: 26,2; 26,5; 27,0, B_SO2: 0,85;
0,97; 0,88, B_VO2. *: 5,6; 7,9; 6,9

Clearance:

C_CSM: 0,046, C_H2O: -0,022

CO - Hb 120, urea 3, g.c 6

KG: sinus, 95/min., el. osa doleva, int. v normě, PZ ve V5, repol. bez dg. změn. Z: LPH

Diagnózy:

Z904 st.p. appe 2.1.05, respir. selhání - st.p. UPV, tracheostomie 7.1.05

Anemie sek. - v.s. v pooper. období

K359 Appendicitis gangrenosa, st.p. paralyt. ileu pooper., decubites, sacralis prof.

I10 Esenciální (primární) hypertenze komp.

st.p. plic embolii před 15 a 10 lety, warfarinizován byl dlouhodobě, VCHGD anamn. před mnoha lety

I839 varices extrem inf l.utr.

J960 Akutní respirační selhání, I50.1 selh. LK, T 17.8 st.p. aspiraci

st.p. sutuře traum ruptury úponu kvadricepsu fem. vlevo před lety,

N40 Zbytnění prostaty - hyperplasia prostatae

st.p. fr. MTT ?, distorze ATC recid.

E668 Jiná obezita

K709 cirh. hepatitis alkoh. susp.

Doporučení: warfarin už znovu nenasazovat, po dimisi kontrola v hematologické ambulanci k vyloučení poruchy koagulace/recid. embolie plicní v anamneze/

medikace: Furon 40mg 1/2-0-0, Verospiron 25 1-0-1, Coaxil 1-0-1, KCl 1-0-0, Simepar 1-1-1,

Helicid 20 1-0-0

kontroly urey, krea, iontů, JT a glykémie, KO, PSA, moč KTC

po dimisi pravidelné interní kontroly

dieta šetřící, abstinence

Výkony:

11022 1x CÍLENÉ VYŠETŘENÍ INTERNISTOU 2

Chirurgické oddělení

elských hrdinů 202, 26903 Rakovník tel.: +420 313 525 415 E-mail.: chirurgie@nemorako.cz

Operační zpráva - importovaná

ant: [REDAKCE] RČ: [REDAKCE] Poj.: 111
stě: [REDAKCE] 270 04 [REDAKCE]

ce zahájena: 15.04.03 v [REDAKCE] hod.
ce ukončena: 16.04.03 v [REDAKCE] hod. Doba trvání oper.: [REDAKCE]
nost operace: [REDAKCE]

kace: [REDAKCE]
tér: 31001067
nti: 31001173, 31001304,
aziolog: 31001083 Typ anestezie: [REDAKCE]
mentářka: [REDAKCE]

ční diagnózy:
Akutní zánět slinivky břišní - pancreatitis acuta
ční výkony: [REDAKCE]

né celkové anestezii přistupujeme k oúperaci pro suspekci z pneumoperitonea, Otevíráme dutinu břišní nad a
upek, Volný vzduch nenalzáme, jen něco málo hnisavé tekutiny, Revidujeme tené kličky, které jsou bez
log změn. růžové se živou peristaltikou. Tlusté střevo je rovněž bez patfolog změn. V oblasti malé pánve
a v involuci rovněž tak i ovaria. Pravá tuba přirostlá k appendixu - bez známek zánětl změn. Žaludek i jádra jsou
stlé ke stěně po předchozí CHCE. Žaludek uvolněn v ovlasti malé kurvarury je ojedinělá v.s. Balzerova nekrosa
ré vzata histologie. Poté reviduje omentální bursum kde je palpačně zvětšená hrbolatá slinivka. Nález
áme jako akutní pancreatitis, vyplachujeme dutinu břišní i oment bursu. Nakládáme drain do bursy i do obou
říšků, Vpravo paracékálně vlevo do Douglasu.

ačnbí prádlo souhlasí.
stolog v.s. Balzerova nekrosa
a v anatomických vrstvách.
dena jejunální a NG sonda.

Dr. [REDAKCE]

Zahájena: 10.10.04 v 21:30 hod.

Ukončena: 10.10.04 v 22:41 hod. Doba trvání oper.: 01:11

Doba operace: Do 6h

Operace:

Prostředí:

Indikace:

Chirurg: [redacted] Typ anestezie: 7. s relaxací, dlouhodobá celková

Asistentka: [redacted]

Diagnóza:

Haemoperitoneum cum dilaceartu art. mesenter. et venae mesenter.

in sanguinationem gravis, contusio et haematomae intestini tenuis

Dilaceratio omenti et lig. gastrocolic. ruptura parva lienis.

Průběh výkony:

Laparotomie explorat., recidivující cavi peritonei cum ligatura art.

arteriae mesenterii, resectio omenti partialis, sutura lig. gas

trocolici. Přístupujeme pro progredující známky haemoperitonea, ověřeného

CT vyšetřením.

U celkové anestezie provedena střední laparotomie, kdy již přes peritoneum prosvítá krev. Po otevření břišní dutiny nacházíme značné množství krve - zateklá kolem jater, kolem sleziny v l. podbránič. prostoru, krev ale není v celém břiše. Proto laparotomie rozšířena až pod pupek. Odsáto asi 1200 ml a použito 24 plně nasáklých gázových tamponů. Palpačně vyšetřena játra a slezina, ale zde zdroj krvácení nenalezen, krev stále přibývá. Proto revidována mesenteria, kde nacházíme rupturu mesenteria na přechodu jejunu a ilea, která jde od stěny tenké kličky až do mesenteria, kde krvaví mohutná tepna a žíla. Tyto zachyceny peanly, krvácení dočasně zastaveno. Poté vyšetřeno břicho - je ještě dilacerované omentum, jehož volný, dlouhý cíp resekován, hematomy na tenkých stěnách a přilehlém mesenteriu po kuntusi v průběhu bezpečnost. pásu. Ty ale pouze povrchní. Další trhliny nacházíme ještě v lig. gastrocolicum, kde je otevřena oment. bursa a je i malá trhlina dol. pólu sleziny, v místě adheze, nejvíce - spíše stržená část pouzdra - asi 1 x 1 cm. V místě naložených peanů safil. opichy a sutura mesenteria, z známek krvácení. Klička nad trhlinou je živá.

U části dilacer. omenta, zbytek suturován, sutura lig. gastrocolicum. Vysušení břicha a ještě další revise břicha provedeny jak tenké, tak i tlusté kličky, bez známek perforace. Játra, žaludek, duodenum, palpačně i pankreas normální nález. Drén do Morrison. prostoru a parakolicky vlevo. Kontrola operačního prádla, které souhlasí a sutura uzavřena ve vrstvách PDS Loopem.

Čistota: ztráta 2 500 ml krve, operace 70 min.

Sil.

zahájena: 08.10.04 v 09:45 hod.
ukončena: 08.10.04 v 13:10 hod. Doba trvání oper.: 03:25
post operace: Plán.

ce:

r: [REDACTED]
i: [REDACTED]

ciolog: [REDACTED] Typ anestezie: 7. s relaxací, dlouhodobá celková

entářka: [REDACTED]

ní diagnózy:

st.subileosus chronicus

carcinosis peritonei

p. per. CA ovarii

ní výkony:

resectio intestini tenui, anastomosis No II, ileotransverso

evacuatio intestini tenui, drain cavi Douglasi

Indikaci přistupujeme pro protrahovaný subileosní stav u pacientky po operaci gynekolog. TU s pravostrannou omentectomií.

Břišní otevíráme v původní jizvě. Obsahuje serosní výpotek. Celé tenké střevo je výrazně dilatované se silnou

Na nástěném peritoneu i tenkých kličkách mnohočetná carcinomatosa. Některé kličkymetastázami srostlé,

udké ohyby. V oblasti ileotransverso anastomosi je konvolut kliček fixovaných metastázami. Po jejich rozrušení

me, že ileo transverso anastomosa je prorostlá metastázami- příčina ileu. Transversum je aborálně již tenké,

atace. Abychom získaly přístup do dutiny břišní, tenké střevo na 2 místech odsáváme- obsahuje množství

i charakteru stolice s rostlinnými zbytky (entčrotomie uzavíráme ve 2 vrstvách). Zadní stěna peritonea vlevo

i povlakem carcinomatozy, který zabíhá až k moč. měchýři, k němuž je do metastázy fixována tenká klička.

srůst uvolňujeme v dostatečné vzdálenosti od m. měchýře, přitom se klička perforuje, proto tento její úsek

jeme a provádíme anastomosu ve 2 vrstvách pokračovacím stehem. Další srůst je fixován k mesenteriu- zde

e při jeho rozrušení přerušit tepnu- zhoršuje se vitalita asi 5 cm tenkého střeva proto jej resekujeme a

íme anastomosu. V místě distální enterotomie provádíme ileo transverso anastomosu side to side na intaktní

ersum asi 7 cm za původní anastomosu. Vyplachujeme opakovaně dutinu břišní, vkládáme Drain do malé

a vyvádíme ho v lev. podbřišku. NJ sondu nezavádíme protože epigastrium je infiltrováno mnohočetnými

ázami. Sečítáme operační prádlo a nástroje- souhlasí. K histologii odesíláme 2 resekáty tenkého střeva a

1 metastazu z peritonea.

zahájena: 17.10.04 v 17:30 hod.
ukončena: 17.10.04 v 17:57 hod. Doba trvání oper.: 00:27
ost operace: Plán.

ice:
r:
i:
iolog:
entářka:
ní diagnózy:

Typ anestezie: 3. celková dlouhodobá

dehisc. anastom. int. tenui mult.,
peritonitis

dehisc. pariet. abdom. ventr. complet.

ní výkony:

sutura int. tenui

JZÁVĚR STĚNY BŘIŠNÍ PO EVISCERACI

celk. anestezii přistupujeme k operaci pro kompletní dehisc. střední laparotomie, kdy tenké klíčky vylézají z
o karcinomatosis peritonei a mnohočetné suturustěvnbi pro ileus při předcház. operaci s mnohočet. rozpady
provádíme pouze paliativní zákrok. Srůsty a slepaniny nerozrušujeme, pouze na viditelném místě provedena
sutura stěny střevní. Nedomnívám se však, že je to jediná dehisc. stěvná sutury, jelikož z hloubky dutiny břišní
ekrece chat. obsahu tenk. klíčků střevních. Provedena sutura jen kůže samoadapt. stehy. Dol. polem vyveden
erý uložen ploštěn pod místo sutura kožní.

[Redacted]

SOUHRN CHOROBOPISU - ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍMU LÉKAŘI

██████████, r.č. ██████████, poj. 217, byla hospitalizována na našem odd. pro respirační insuficienci při stenoze trachey cel. 004. Dne 14.10.2004 v 08:00 hod. z důvodu sanitárního týdne na odd. přeložena na ARO Rakovník.

léky: viz souhr dg. v Závěru, AA:0
(bron.): Alkalit 3x11ž., Furon 1x1tbl. ob den, Afonilum 250mg tbl., Tramal 100mg 1x1tbl., Ambrobene 3x4ml, Nitrazepam na noc.

o onemocnění: Jedná se již o 6. hospit. pac. na našem odd. po op. perfor. žaludku. V klin. obraze vždy dominovala resp. Pacientka nyní hospitalizována na GaRC, kde dochází k rozvoji ační insuficience při inspir. stridoru, pro horšící se stavena na naše odd. Ihned přistoupeno k OTI a řv. Podán Thiopental a Succinyl 100mg, po intubaci asi 5 min. neměřitelný TK, po ru pravidelná akce, podáno celkem 6mg Adrenalinu a FR 500mg NA, poté obnovena hemodynamicky účinná srdeční akce. Mydriatické se stahují, foto ++, přidechuje si.

ojetí: Lapavé dechy, centrální cyanosa, další průběh viz výše. zornice iso, foto ++, divergentní postavení bulbů, spojivky, náplň krčních žil přiměřená, štítná žláza nezvětšená, jizva po ojeaná, AS pravidelná, ozvy ohraničené, P 170/min., TK 150/90, ní sklípkové, souměrné, retenční fenomény oboustranně, břicho bez rezistence, jizva po laparotomii ještě nezhojena, DK bez a známek zánětu, dekubitus na sakru.

oení: TK 130/50, P 105/min, T 37. °C
KO(11.10.2004): ery 3.76, Hb 100, Htk 0.31, Leu 14.7, Thr 373
p: pH 7.492, pCO₂ 4.66, pO₂ 6.52, HCO₃akt. 26.7, HCO₃st. 30.4, B_e 4.0

biologie (odběr 11.10.): hemokult. centrální: Pseudomonas aer. na gentamicin, ciprofloxacin, amikacin, piperacilin zidim), sputum: Pseudomonas aerug. 10exp3 zárodků/ml, moč da sp. méně než 10exp3 zárodků/ml

P+S(9.10.): infiltr. plic vlevo s fluidoth. a susp. dystelektat. změnami, v.s. infiltr. plic vpravo, hraniční nález v malém oběhu (0.9.): susp. stp. Q IM spodní st., susp. stp. nonQ IM anterolat.

lia: Neurol.(6.10.): hraniční dekortik. stadium s možností lepšení, na HK i možný podíl perif. leze?

le: Permanentní katetr, žal. sonda, OTI, centrální žíla, trachee, řízená/podpůrná ventilace.

ace: Fraxiparine, Syntophyllin, HMR, Geratam, Tensiomin, rone, Ambrobene, Furosemid, Plasmalyte, fyziol. roztok, 10% glu, on, Aminomix, KCl, NaCl, Multibionta, Amikin, Fortum, Augmentin, illin, Paralen, Dormicum, Sufenta, Degan, Tracrium, Arduan, M, Afonilum, Adrenalin, Rohypnol

h: Pac. se z hypoxické ataky během poslední decomp. resp. insuf. vědomí již neprobrala, není oslovitelná, na alg. podnět je extenzí HK a flexí DK. Reakce na alg. podnět v posledních i živější, nicméně zůstává neoslovitelná, GCS 4-3-TS (?), závislý ventilátoru (režim CPAP+PPS 1.6 kPa, PEEP 0.8 kPa, FiO₂ 45%), otenzní (donedávna na 25 mg, poté na 12.5 mg Tensiominu), N ld., sinus 105/min, moči dobře, stolice+. Nyní afebrilní, ale tvý záchyt Pseudomonád v hemokultuře i ve sputu.

ci: spirační insuficience při stenoze trachey, stp. tracheostomií
p. bronchoskopickém snesení granulací 8/04
p. SIRS a MODS při peritonit. po op. perfor. žaludečního vředu
HS po IM spodní stěny, stp. susp. nonQ IM anterolat.

pertenze
II. typu
p. nefrolitiáze s bilat. subrenálním blokem
p. susp. plicní embolizací

učení: pokrač. v zavedené udrž. th. (viz sesterská překl. zpráva ndenci sniž. vent. podporu (bez přehnaných ambicí). Za převzetí do péče a její navrácení po tel. domluvě (ne dříve než 22.10) ce děkujeme.

V Kladně 14.10.2004

prim. MUDr. ██████████

MUDr. ██████████

24.02.05

04 10:30 Zapsal: [REDAKCE] MUDr.

4.8.1999 - laboratoř, SONO,... - viz. tam.
MUGD.

dostal od O.L. asi před 2 týdny Nolicin 400 mg tbt., po něm (?) měl průjem- vodnatý, světle
enu. Nezvracel, nezvrací. Trvale afebrilní. Nyní již ustupující bolestivost pravého
ho podbřišku. Včera ještě citlivost i při zakašlání, dnes již lépe- zakašlání neindukuje bolesti

ich bolestí břicha. Stolice normální, hnědá, formovaná, bez krve, bez hlenu.

nausea 0. Mikce bez potíží, bez strangurie.

2x za noc.

16 /min., T:36,0°C

osy, klidově bez dušnosti.

iveau hrudníku, dýchá celé, měkké, prohmatné. Palpační citlivost při hlubší palpaci v pravém
n podbřišku, bez hmatné rezistence, dekomprese nebol., Rowsing negat.

tt. bilat. negat. játra k obl., Murphy negat.

v mezích, odpovídá věku.

lezu (lékařské zprávy) přiložena zde k ambulantní chir. kartě, originál ponechávám pacientovi

oblouk, jsou difuzně vyšší echogenity, v přehledných částech bez ložiskových změn.

zšířené, DHCH š. 4,7 mm. Žlučník bez volně pohyblivých konkrémentů. Pankreas v

je nezvětšený, má vyšší echogenitu. Slezina nezvětšena. Ledviny obvyklého tvaru, LL mírně

hé ose 11,7 cm, LL 11,5 cm - šíře parenchymu 14-16 mm, ve střed.úseku LL šíře až 27 mm.

zšířené, konkrémenty nediferencují. Moč.měchýř není naplněn, stav po vymočení.

a v pravém mezogastriu.

tn v pravém podbřišku bez patol. změněných echogenit.

difuzní lézí jaterního parenchymu

a pankreatu

rtini levé ledviny

atosa v pravém mezogastriu - nepřehledná oblast

žím vhodně doplnit irrigo

8.2004 09:49:00

UDr. [REDAKCE]

B, vyšší bili, CRP,... - viz. laboratoř

suchar, Priessnitz na břicho,

v pondělí 16.8. dopoledne.

ZHORŠENÍ STAVU KONTROLA ZDE KDYKOLI (DŘÍVE) HNED !!! (tel. [REDAKCE])

É VYŠETŘENÍ VŠEOBECNÝM CHIRURGEM 2