MA (minimální anamnéza), někdy označována jak Důvod přijetí

Jednou větou výstižně důvod přijetí pacienta do nemocnice

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

AA (alergická anamnéza)

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

Příklady:
AA: *jahody – kopřivka, PNC - generalizovaný exantém, kontrastní látka - anafylaktický šok*
AA: *jahody – kopřivka, léková alergie není známa*
AA: *alergie není známa*

FA (farmakologická anamnéza)

Výčet všech léčivých přípravků, které pacient užívá, s uvedením názvu, síly a dávkování. U málo obvyklých léků zvážit uvedení generického názvu (v závorce).
Pokud si pacient nepamatuje název, pak alespoň lékovou skupinu (*„nějaké antihypertenzívum, název si nepamatuje"*).
V případě změny chronické léčby krátce před přijetím (vysazení, nový lék, změna dávky, přechodné přerušení) toto uvést a napsat od kdy.
U pacientů přeložených z jiného pracoviště je často vhodné napsat jednak medikaci chronickou, a jednak poslední medikaci před překladem.

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

RA (rodinná anamnéza)

Uvádíme závažná onemocnění s významným podílem dědičnosti u nejbližších příbuzných (rodiče, sourozenci, děti), případně i věk prvních projevů (KVO, nádory), u zemřelých příčinu úmrtí. RA má pochopitelně význam především u mladších pacientů.
U žijících příbuzných uvádíme rok narození, u zemřelých věk.
RA: *otec + v 62 letech na IM, první IM v 48 letech, měl DM 2. typu, art. hypertenzi, matka nar. 1950, má art. hypertenzi, je po operaci prsu pro ca, bratr nar. 1985, polyvalentní alergie, 2 dcery 2010 a 2012, zdrávy*

SPA (sociální a pracovní anamnéza)

Uvádíme zaměstnání (u pacientů v důchodu předchozí), rodinný stav, s kým pacient bydlí.
Zvláště u starších pacientů s omezenou soběstačností jsou důležité údaje o soběstačnosti (*„po bytě soběstačný, sám ven nevychází, nákupy nosí dcera"*), dosažitelnost příbuzných nebo jiných pečujících osob a bytová situace (*„bydlí v bytě ve 3. patře bez výtahu"*).
U osob v invalidním důchodu uvádíme důvod invalidity (v tom případě více uvést v OA)
SPA: SD, dříve učitelka na základní škole, vdova, žije sama ve 3. patře s výtahem, dosud plně soběstačná, dcera bydlí ve vedlejší ulici

GA (gynekologická anamnéza)

Věk menarché, počet porodů/spont. potratů/UPT, gynekologické operace, poslední kontrola, mammografie.
U žen ve fertilním věku: menstruace pravidelné/nepravidelné, datum poslední menstruace, údaj o antikoncepci. U menopauzálních žen rok menopauzy, uvést, pokud užívala/užívá HRT
GA: menopauza od 54 let, 3 porody, poslední kontrola vč. mammografie 7/2018

Abusus (užívání škodlivých návykových látek)

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

Alkohol – uvádíme druh, množství a frekvenci pití (denně, každý víkend, nárazově, příležitostně („*A jak často je příležitost?...*").

Další drogy

Lékové závislosti buď zde, nebo v rámci OA

Pozn.: Pití kávy (a čaje) se za abusus nepovažuje a neuvádí se

Abusus: kouří 20 cigaret denně od roku 1982, alkohol: 2 piva denně, drogy neguje

Bolest

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

Nejvhodnější je uvádět údaj o bolesti jako samostatnou položku vstupního vyšetření.

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

OA (osobní anamnéza)

Výčet onemocnění (včetně operací a závažnějších úrazů) s uvedením

- časového údaje o vzniku nebo stanovení diagnózy
- u chronických chorob vývoj a komplikace onemocnění a změny léčby
- kde je pacient pro dané onemocnění sledován

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

Řazení anamnestických údajů buď podle závažnosti

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

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

OA: ICHS *- 1998 IM spodní stěny - zjištěna nemoc tří tepen, CABG duplex (RIA-LIMA, RMS, ACD)*
- 2011 nestabilní AP - PCI /DES kritické stenózy RCx (VFN)
- dle ECHO 6/2018 dobrá systolická funkce LK (EF 65 %), lehká Mi regurgitace
- sledován na kardiologii v Berouně (dr. Zajíček)

Arteriální hypertenze *od 2005, kompenzovaná medikací, v péči prakt. lékaře*

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

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

NO (nynější onemocnění)

Obtíže, choroba nebo stav, které jsou hlavním důvodem hospitalizace.

Pokud je pacient přijat pro akutní nebo zhoršující se subjektivní obtíže, uvádíme podrobný popis těchto obtíží

- přesný charakter obtíží včetně údaje, co je zhoršuje a co přináší úlevu *(např. tupé bolesti břicha kolem pupku s vyzařováním do zad, s úlevou vleže na břiše, bez souvislosti s jídlem)*
- kdy obtíže začaly, jak se vyvíjejí v čase (zhoršují se?)

- cíleně se ptáme na další možné související příznaky (u bolestí břicha - nevolnost, zvracení, plynatost, změny stolice; u dušnosti - kašel, febrility, bolesti na hrudi, otoky DK; u bolesti na hrudi - palpitace, synkopy, dušnost...)
- návštěvy lékaře v rámci NO (včetně shrnutí výsledků, pokud jsou k dispozici)
- léky, které si pacient sám na svoje obtíže bral nebo které od lékaře dostal, s uvedením, jestli přinesly úlevu
- vlastní líčení obtíží pacienta nepřekládáme do odborných termínů

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

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

Základní funkce

Uvádíme následující negativní údaje (v případě že je pacient uvedené obtíže má, jsou zmíněny v OA nebo NO):

Pacient neudává dušnost, bolesti na hrudi ani palpitace, DK neotékají, chuť k jídlu přiměřená, váhově stabilní, močení a stolice bez obtíží

Bolest

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

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

Objektivní nález:

TK, P, dechová frekvence, tělesná teplota, saturace 0_2, hmotnost, výška, BMI

Při vědomí, orientovaný, spolupracuje, eupnoický. Normostenie, hydratace v normě. Stoj a chůze normální. Kůže anikterická, bez eflorescencí, krvácivých projevů, jizev a jiných patologických projevů, turgor přiměřený.

Hlava na poklep nebolestivá. Výstupy n. trigeminus nebolestivé, inervace n. facialis správná. Uši a nos bez výtoku. Oční štěrbiny symetrické, spojivky přiměřeně prokrvené, skléry bílé. Bulby volně pohyblivé, ve středním postavení, bez nystagmu. Zornice izokorické, fotoreakce +/+. Chrup sanován. Jazyk bez povlaku, plazí ve střední čáře. Tonzily nezvětšené, patrové oblouky symetrické.

Krk symetrický, šíje volně pohyblivá, štítná žláza není zvětšená, karotidy poslechově bez šelestu, náplň krčních žil nezvýšená, uzliny na hlavě a krku nezvětšené.

Hrudník souměrný. Prsy symetrické, bez rezistence a patologických projevů. Uzliny v axilách nezvětšené. Dýchání symetricky čisté, sklípkové, bez vedlejších fenoménů, poklep hrudníku symetricky plný, jasný. Akce srdeční pravidelná, ozvy dvě, jasné, ohraničené.

Břicho v niveau, palpačně měkké, dobře prohmatné, bez rezistence; nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění. Poklep diferencovaně bubínkový, peristaltika přiměřená. Játra nezvětšena, slezina nehmatná, tapotement bilaterálně negativní.

Hybnost končetin bez omezení. Dolní končetiny bez otoků, uzliny v třeslech nezvětšené. Pulzace na obou DK hmatné do periferie. Hommans a plantární znamení negativní, hluboká palpace lýtka nebolestivá.

Per rectum: Okolí anu klidné, tonus svěračů přiměřený, ampula volná, bez hmatné rezistence, (prostata nezvětšená, elastické konzistence), na rukavici zbytky světle hnědé stolice.

Závěr

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

Poznámky:

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

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

Používání zkratek omezit na rozumné minimum