

Anamnéza

Anamnéza (z řec. *αναμνήσις*, anamnesis, tj. rozpomínání, vzpomnutí) je souhrnem informací o předešlém životě nemocného podstatných pro hodnocení jeho aktuálního zdravotního stavu. Podstatu anamnézy dobře vystihuje český ekvivalent *předchorobí*.

Anamnézu lze dělit podle toho, od koho jsou anamnestická data získána, na dvě velké skupiny.

- *Anamnéza přímá* – je odebírána přímo od nemocného.
- *Anamnéza nepřímá* – je odebírána např. od doprovodu pacienta.

Zásadou při vypisování anamnézy je to, že je třeba zaznamenat všechny údaje, které pacient sdělí. Důležitou informací je totiž nejen to, jaké choroby a zdravotní komplikace pacient měl, ale i to, jaké choroby či komplikace pacient neměl.

Malá (minimální) anamnéza (MA)

Minimální anamnéza obsahuje stručné shrnutí důvodu hospitalizace, neměla by být delší než jedna věta. Někdy se minimální anamnéza samostatně vůbec neuvádí a plně ji nahrazuje část **nynější onemocnění**.

CAVE

Je volitelnou součástí anamnézy a obsahuje pouze stručný výpis problémů, které jsou zpravidla rozvedeny v dalších částech anamnézy. Hodnocení je formou pacient má (+)/nemá (–) daný problém. Význam této části je zjevný zejména v okamžiku, kdy jsme nuceni u pacienta řešit akutní stav a nemáme dostatek času ke studování kompletní dokumentace. CAVE obsahuje:

- typ alergie a následnou **alergickou reakci** (je velký rozdíl mezi reakcí typu anafylaktického šoku a např. střevními obtížemi);
- DM (diabetes mellitus) (+/–);
- infarkt (+/–);
- krvácivé stavy a antikoagulační léčba (+/–);
- záchvatovitá onemocnění (+/–) (např. epilepsie).

Nynější onemocnění (NO)

Nynější onemocnění obsahuje podrobné informace o aktuální příčině hospitalizace, tedy podrobnosti o přijetí do nemocnice i o začátku obtíží (např. bolest, nechutenství, horečky,...). Podstatná je informace o začátku obtíží včetně okolností, které ke vzniku obtíží vedly, další vývoj obtíží i kroky, které pacient podnikl ke zmírnění obtíží (např. samoléčba). Uvádí se i to, jakým způsobem se pacient dopravil do nemocnice.

Osobní anamnéza (OA)

Osobní anamnéza je chronologicky uspořádaným přehledem onemocnění, která pacient prodělal od narození po současnost. Zvláštní pozornost si zasluhují i tzv. *běžné dětské nemoci* (někdy dokonce uváděny jen pod zkratkou *bdn*), protože někdy mohou obsahovat cenné vodítko k vysvětlení současného stavu. V osobní anamnéze jsou uváděny i úrazy a chirurgické výkony. Diagnosticky cenné mohou být i stavy, se kterými se pacient neléčil.

Vyšetřující se při odběru onemocnění cíleně ptá na významná prodělaná onemocnění a významné obtíže související s poruchami některých orgánových systémů. V případě kladné odpovědi jsou zjišťovány i informace o způsobu terapie, popř. předešlých způsobech terapie. Sleduje se zejména výskyt následujících poruch:

- kardiovaskulární a respirační systém: hypertenze, ischemická choroba srdeční, prodělaný infarkt myokardu, prodělaná cévní mozková příhoda, bolesti na hrudi, klaudikace, otoky, dušnost, palpitace, kašel,
- endokrinní systém: diabetes mellitus,
- gastrointestinální systém: vředová choroba gastroduodena, žlučnickové obtíže, cholecystolitiáza, biliární kolika, ikterus, infekční hepatitida, průjem, zácpa,...
- urogenitální systém: dysurie, polakisurie, močové konkrementy,...
- centrální nervový systém: bolesti hlavy, závratě, poruchy vědomí,...
- pohybový a opěrný systém: bolesti kloubů a svalů.

Rodinná anamnéza (RA)

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Rodinná anamnéza.*

Rodinná anamnéza obsahuje základní informace o onemocnění a případně i o úmrtích blízkých příbuzných pacienta. Největší důraz je kladen na onemocnění, u kterých je zřetelný **familiární výskyt**, proto jsou zajímaví především pokrevní příbuzní. Někdy může být užitečná i informace o onemocnění pokrevně nepříbuzných osob

žijících s pacientem ve společné domácnosti. Vždy je třeba zachytit alespoň přibližný věk, kdy příslušná osoba onemocněla, a případný **věk úmrtí**. Typicky se sleduje zejména výskyt:

- kardiovaskulárních onemocnění, zejm. hypertenze, ischemické choroby srdeční, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda,
- diabetu
- a nádorových onemocnění.

I když pro řadu chorob existují empiricky stanovené hranice pro rozlišení spontánně vzniklého onemocnění a onemocnění vzniklého v důsledku genetické predispozice, pro hrubou orientaci lze použít hranici padesát let. Onemocnění, které se objeví před padesátým rokem, je spíše podmíněné geneticky, onemocnění, které se objeví po padesátém roce, lze pokládat spíše za získané.

Farmakologická anamnéza (FA)

Farmakologická anamnéza obsahuje informace o tom, jaké látky pacient užívá. Jde především o informaci o užívaných lécích včetně velikosti dávky a dávkovacího schématu. Důležitá je i informace o potravinových doplňcích, vitamínových preparátech a fytofarmakách.

Abúzus neboli toxikologická anamnéza (TA)

Sekce abúzus obsahuje informaci o užívání návykových látek, především tabákových výrobků, alkoholu, dále o konzumaci černé kávy. Podstatná je nejen informace o aktuálním stavu, ale i o nedávné historii. Vzhledem k jednoznačně negativním konotacím mají někteří nemocní tendenci uvádět údaje nižší než je skutečnost.

Alergická anamnéza (AA)

Alergická anamnéza obsahuje informace o alergiích pacienta na léky, potraviny i na ostatní alergeny, dále alergie na transfuzní přípravky.

Gynekologická anamnéza (GA)

 *Podrobnější informace naleznete na stránce Gynekologická anamnéza.*

Gynekologická anamnéza má z pochopitelných důvodů smysl jen u žen. Měla by obsahovat informace o první (menarche) a poslední (menopauza) menstruaci, délce a pravidelnosti cyklu a o případných obtížích během menstruace. Nezbytnou součástí gynekologické anamnézy je i zjištění počtu těhotenství včetně jejich zakončení. Zjišťuje se i užívání hormonální antikoncepce.

Pracovní anamnéza (PA)

Pracovní anamnéza obsahuje důležité informace o současném i předchozích povolání pacienta, případně i informaci o důchodu. Profesní historie může být cenným vodítkem při hodnocení rizikových faktorů některých onemocnění. Obecně významná je informace o psychické a fyzické náročnosti zaměstnání. Někdy může mít význam i konkrétní profese, např. hostinský bývá obvykle silným pasivním kuřákem, veterinární lékař je vystaven vyššímu riziku antropozoonotických infekcí, brusič skla či horník má vyšší riziko silikózy.

Sociální anamnéza (SA)

Sociální anamnéza obsahuje informace o sociálních poměrech pacienta, především pak o tom, jak, kde a s kým bydlí. Jinými slovy, ptáme se: jestli bydlí v domě s výtahem, případně v bezbariérovém bytě, jestli se o pacienta doma někdo stará a jak tu péči zvládá. Sociální anamnéza může hrát roli např. při rozhodování o délce hospitalizace.

Hodnotová anamnéza (HA)

Hodnotová anamnéza obsahuje informace o

1. pacientových **informačních potřebách** a **porozumění** nemoci,
2. pacientově **osobě důvěry** a
3. pacientových **hodnotách** a **preferencích**.

Slouží jako informační základ pro komunikaci a rozhodování v pokročilých stádiích onemocnění a také pro případné zhoršení stavu pacienta.

První část hodnotové anamnézy umožňuje zjistit, zda je pacientovo porozumění nemoci adekvátní a zda jsou jeho informační potřeby uspokojené. Toto je nutné pro jeho zapojení se do medicínského rozhodování ^{[1][2]}. Ptáme se na to, co pacient ví o svém zdravotním stavu, jak tomu rozumí, co dále by potřeboval vědět, jak nakládat s nepříznivými zprávami a co by pro něj nepříznivou zprávou bylo.

Pakliže pacient si diagnostické či prognostické informace o onemocnění nepřeje znát, může rozhovor vedoucí k většímu porozumění nemoci delegovat na **osobu blízkou**, jejíž zjištění je druhou částí hodnotové anamnézy. Identifikace osoby blízké také slouží pro případ takového **zhoršení stavu**, při kterém by pacient nebyl schopen se rozhodovat (např. kvalitativní či kvantitativní porucha vědomí). Ptáme se, *kdo pacientovi pomáhá zvládnout těžké situace, s kým se radí, s kým kromě něj můžeme probírat jeho zdravotní stav, kdo by mohl rozhodovat za něj*.

Třetí část pomáhá formulovat při plánování budoucí péče medicínsky realistické cíle na základě **individuálních hodnot a preferencí pacienta**. Dále může významně zkvalitnit péči zejména o pacienty se závažným pokročilým onemocněním a pro pacienty v závěru života ^{[3][4]}. Znalost a dokumentace hodnot a preferencí pacienta je součástí řady mezinárodních doporučení, např. doporučení pro resuscitaci ^[5]. Právním podkladem jsou pak tzv. participační práva vycházející z Ústavy a Úmluvy o lidských právech a biomedicíně ^[6], která jsou zdůrazněna i v nálezů Ústavního soudu k jednostrannému vydání pokynu DNR ^[7]. Dovednost lékaře vést hodnotově vázaný rozhovor je součástí sylabu českých i zahraničních lékařských fakult ^{[3][8]}. Ptáme se na to, *co je pro pacienta v jeho životě důležité, co mu pomáhá zvládnout vše/nemoc/situaci, co bychom jako lékaři o něm měli vědět jako o člověku, o čem dále přemýšlí kromě nemoci*.

Odkazy

Související články

- Fyzikální vyšetření
- Modelový chorobopis

Reference

1. RAPER, Steven E., Justin T. CLAPP a Lee A. FLEISHER. Improving Surgical Informed Consent. *Annals of Surgery Open*. 2021, roč. 1, vol. 2, s. e030, ISSN 2691-3593. DOI: 10.1097/as9.0000000000000030 (<http://dx.doi.org/10.1097/as9.0000000000000030>).
2. GLASER, Johanna, Sarah NOURI a Alicia FERNANDEZ. Interventions to Improve Patient Comprehension in Informed Consent for Medical and Surgical Procedures: An Updated Systematic Review. *Medical Decision Making*. 2020, roč. 2, vol. 40, s. 119-143, ISSN 0272-989X. DOI: 10.1177/0272989x19896348 (<http://dx.doi.org/10.1177/0272989x19896348>).
3. DZENG, Elizabeth, Jason N. BATTEN a Daniel DOHAN. Hospital Culture and Intensity of End-of-Life Care at 3 Academic Medical Centers. *JAMA Internal Medicine*. 2023, roč. 8, vol. 183, s. 839, ISSN 2168-6106. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.2450 (<http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2450>).
4. DENNEY-KOELSCH, Erin M., Robert HOROWITZ a Timothy QUILL. An Integrated, Developmental Four-Year Medical School Curriculum in Palliative Care: A Longitudinal Content Evaluation Based on National Competency Standards. *Journal of Palliative Medicine*. 2018, roč. 9, vol. 21, s. 1221-1233, ISSN 1096-6218. DOI: 10.1089/jpm.2017.0371 (<http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2017.0371>).
5. NOLAN, Jerry P., Claudio SANDRONI a Bernd W. BÖTTIGER. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Medicine*. 2021, roč. 4, vol. 47, s. 369-421, ISSN 0342-4642. DOI: 10.1007/s00134-021-06368-4 (<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-021-06368-4>).
6. Česká republika. Ministerstvo zahraničních věcí. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In 96. 2001. Dostupné také z URL <<https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>>.
7. Česká republika. Ústavní soud, Brno, TZ 64/2023. Odpovědnost nemocnice za smrt dlouhodobě nemocné pacientky při jednostranném vydání pokynu Do Not Resuscitate („ne-resuscituj“). In TZ 64/2023. 2023. Dostupné také z URL <<http://usoud.cz/aktualne/odpovednost-nemocnice-za-smrt-dlouhodobě-nemocné-pacientky-při-jednostranném-vydání-pokynu-do-not-resuscitate-ne-resuscituj>>.
8. REIDY, Jennifer A., Melissa A. CLARK a Harris A. BERMAN. Paving the way for universal medical student training in serious illness communication: the Massachusetts Medical Schools' Collaborative. *BMC Medical Education*. 2022, roč. 1, vol. 22, s. ?, ISSN 1472-6920. DOI: 10.1186/s12909-022-03702-2 (<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-022-03702-2>).

Použitá literatura

- CHROBÁK, Ladislav, et al. *Propedeutika vnitřního lékařství*. 2. vydání. Grada, 2003. 195 s. ISBN 80-247-0609-1.
- KLENER, Pavel, et al. *Propedeutika ve vnitřním lékařství*. 3. vydání. Galén, 2009. 324 s. ISBN 978-80-7262-643-4.

Pomůcka pro odběr hodnotové anamnézy

