

PROCEDURI DE NURSING

EX PONTO Constanța - 2007

AUTORI:

Udma Florica
Stanciu Maria
Ruxanda Matilda
Gulie Ecaterina
Iancu Elena
Fercală Elena

COLABORATORI:

Olaru Viorica
Răducanu Oana
Crețu Iuliana
Tănase Cristina

REDACTARE:

Gulie Ecaterina
Toma Cristina
Bidilică Mirela

ISBN: 978-973-644-702-0

© ASOCIAȚIA DE NURSING DIN ROMÂNIA

"In memoriam "

Dedic această carte doamnei Gabriela Bocec, model de demnitate și profesionalism, care și-a închinat întreaga viață promovării nursingului și valorizării profesiei de asistent medical în România

Cuvânt înainte

Lucrarea „Proceduri de nursing” se adresează tuturor celor care se pregătesc pentru a deveni asistenți medicali (nurse) dar și profesioniștilor care desfășoară deja activități de îngrijire.

Ideea elaborării acestei lucrări aparține unui grup de profesioniști din domeniul educației și din activitatea clinică, profesioniști care au încercat să îmbine armonios experiență acumulată de-a lungul timpului.

A acorda îngrijiri de calitate respectând standardele profesionale implică o responsabilitate deosebită și o pregătire asiduă.

Noul curriculum pentru asistent medical generalist are la bază standardul profesional în care sunt precizate competențele ce trebuie dobândite în timpul formării și demonstrate în cadrul procesului de evaluare, a practicării ocupației.

Pregătirea pe bază de standarde permite precizarea clară a activităților și finalităților, a reperelor de ordin calitativ asociate acestora, a cunoștințelor teoretice și a deprinderilor practice, a conținutului și cerințelor ocupației de asistent medical generalist. Impune formarea unui stil unitar de lucru în procesul de îngrijire, permite individualizarea îngrijirilor ținând seama permanent de particularizarea persoanelor îngrijite.

Scopul utilizării standardelor în evaluare este recunoașterea a ceea ce este capabil candidatul să facă în raport cu cerințele ocupației indiferent de cine sau unde se face evaluarea.

Pregătirea pentru profesia de asistent medical generalist impune cerințe riguroase în vederea executării a sute de proceduri corecte și sigure pentru pacient.

În acest scop este nevoie de o informare clară, actuală și completă, accesibilă,

care să ghideze viitorul profesionist în domeniul îngrijirilor și deopotrivă pe cei care lucrează deja, să-și formeze și, respectiv, să-și consolideze deprinderi corecte de muncă, să vină în întâmpinarea nevoilor pacientului pentru a-l ajuta să-și mențină sau să-și recapete sănătatea și autonomia.

Cartea cuprinde proceduri de bază în nursing urmând ca cele specifice îngrijirilor pe afecțiuni să fie prezentate în altă lucrare.

Pentru ca procedurile să fie ușor folosite și mai ales pentru formarea unui stil unitar de lucru, sunt redată în același format.

Fiecare procedură cuprinde mai multe etape care dau posibilitatea transmiterii unor informații pertinente:

- o Obiectivul;
- o Pregătirea psihică și fizică a pacientului insistându-se asupra consimțământului informat și a reacțiilor acestuia;
- o Efectuarea procedurii descrisă în pași mărunți pentru a contribui la însușirea gesturilor;
- o Notarea procedurii;
- o Îngrijirea pacientului după procedură;
- o Reorganizarea locului de muncă;
- o Evaluarea eficacității - cuprinde rezultatele așteptate sau dorite și oferă câteva soluții în caz de rezultate nedorite. Noutatea, de altfel, a lucrării de față rezidă tocmai în aceste aspecte care invită la reflecție, stimulează judecata și gândirea practică.

Lucrarea se dorește a fi un ghid practic, un auxiliar curricular în care sunt descrise procedurile cuprinse în unitatea de competență / modulul TEHNICI PE NURSING ȘI INVESTIGAȚII care se studiază în anul I la Școala Postliceală Sanitară.

În speranța că această carte va fi consultată de cât mai multe persoane din domeniul educației și al practicii clinice, așteptăm cu mult interes sugestiile și părerile dumneavoastră.

CUPRINS

CAPITOLUL I

1. Internarea și primirea pacientului
 - 1.1. Internarea pacientului
 - 1.2. Transferul pacientului
 - 1.3. Externarea pacientului

CAPITOLUL II

2. Igiena și confortul pacientului
 - 2.1. Schimbarea lenjeriei patului neocupat (fără pacient)
 - 2.2. Schimbarea lenjeriei patului ocupat de pacientul imobilizat - cu bolnavul în poziție șezând și în decubit
 - 2.3. Schimbarea alezei
 - 2.4. Schimbarea lenjeriei de corp la pacientul imobilizat - schimbarea pijamalei
 - 2.5. Schimbarea lenjeriei de corp la pacientul imobilizat - schimbarea cămășii
 - 2.6. Toaleta pacientului imobilizat
 - 2.6.1. Baia parțială la pat
 - 2.6.2. Îngrijirea ochilor
 - 2.6.3. Îngrijirea mucoasei nazale
 - 2.6.4. Îngrijirea urechilor
 - 2.6.5. Îngrijirea cavității bucale
 - 2.6.6. Îngrijirea protezelor dentare
 - 2.6.7. Îngrijirea unghiilor
 - 2.6.8. Îngrijirea părului
 - 2.7. Schimbarea poziției pacientului imobilizat dinamic

- 2.8. Mobilizarea pacientului
- 2.9. Captarea eliminărilor fiziologice și patologice
 - 2.9.1. Captarea urinei
 - 2.9.2. Colectarea materiilor fecale
 - 2.9.3. Captarea sputei
 - 2.9.4. Captarea vărsăturilor

CAPITOLUL III

- 3. Alimentarea pacientului
 - 3.1. Alimentarea activă și pasivă
 - 3.2. Alimentarea prin gastrostomă
 - 3.3. Alimentarea prin sondă nazogastrică

CAPITOLUL IV

- 4. Controlul infecțiilor nosocomiale
 - 4.1. Spălatul mâinilor
 - 4.2. îmbrăcarea și dezbrăcarea mănușilor
 - 4.3. Controlul parazitologic și deparazitarea

CAPITOLUL V

- 5. Măsurarea și înregistrarea funcțiilor vitale
 - 5.1. Măsurarea temperaturii corpului
 - 5.2. Măsurarea respirației
 - 5.3. Măsurarea pulsului radial
 - 5.4. Măsurarea presiunii sângelui
 - 5.5. Măsurarea înălțimii și greutateii

CAPITOLUL VI

- 6. Pansamente și bandaje
 - 6.1. Pansamentul
 - 6.2. Tipuri de pansamente
 - 6.3. Bandaje (Fixarea pansamentului)

CAPITOLUL VII

- 7. Sondaje, spălături, clisme
 - 7.1. A. Tubajul nazo-gastric - introducerea sondei
B. Tubajul nazo-gastric - retragerea sondei
 - 7.2. Tubajul duodenal
 - 7.3. Sondajul vezical la femei
 - 7.4. Sondajul vezical la bărbat
 - 7.5. Spălătura vezicală
 - 7.6. Spălătura vaginală
 - 7.7. Clisma evacuatoare

CAPITOLUL VIII

- 8. Administrarea medicamentelor
 - 8.1. Administrarea medicamentelor la adult
 - 8.2. Administrarea medicamentelor la copil
 - 8.3. Administrarea medicamentelor pe suprafața tegumentelor
 - 8.4. Administrarea medicamentelor pe mucoasa conjunctivală
 - 8.5. Administrarea medicamentelor pe cale nazală
 - 8.6. Administrarea medicamentelor în conductul auditiv extern
 - 8.7. Administrarea medicamentelor pe cale vaginală
 - 8.8. Administrarea medicamentelor pe cale rectală
 - 8.9. Administrarea oxigenului pe sondă
 - 8.10. Administrarea medicamentelor pe cale parenterală
 - 8.10.1. Aspirarea medicamentelor din fiolă
 - 8.10.2. Injecția intradermică

- 8.10.3. Injecția subcutanată
- 8.10.4. Injecția intramusculară
- 8.10.5. Injecția intravenoasă

CAPITOLUL IX

9. Recoltarea produselor biologice și patologice pentru examene de laborator

- 9.1. Recoltarea sângelui
 - 9.1.1. Metode de recoltare
 - a) Puncția capilară
 - b) Puncția venoasă.
 - 9.1.2. Recoltarea sângelui pentru hemoleucogramă
 - 9.1.3. Recoltarea sângelui pentru probe de coagulare
 - 9.1.4. Recoltarea sângelui pentru VSH
 - 9.1.5. Recoltarea sângelui pentru examene biochimice
 - 9.1.6. Recoltarea sângelui pentru examene serologice
 - 9.1.7. Recoltarea sângelui pentru examene bacteriologice
- 9.2. Recoltarea urinei
 - 9.2.1. Recoltarea urinei pentru examenul sumar
 - 9.2.2. Recoltarea aseptică a urinei (urocultura)
- 9.3. Recoltarea materiilor fecale pentru examene de laborator
- 9.4. Recoltarea exudatului faringian
- 9.5. Recoltarea sputei prin expectorație
- 9.6. Recoltarea secreției uretrale la bărbat
- 9.7. Recoltarea secrețiilor purulente din leziuni

CAPITOLUL I. INTERNAREA ȘI PRIMIREA PACIENTULUI

FIȘA Nr. 1.1. INTERNAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

Primirea și Internarea pacientului în cel mai scurt timp de la sosirea în UPU. Stabilirea unei relații pozitive cu pacientul sau / și aparținătorii
 Obținerea de informații despre starea de sănătate trecută și prezentă, despre sistemele funcționale. Asigurarea unei îngrijiri de calitate conform cu nevoile și așteptările pacientului / familiei.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Registru de intrări al UPU

Planul de îngrijire / Foaia de observație clinică

Materiale și instrumente pentru măsurarea funcțiilor vitale și vegetative și pentru examenul fizic: termometru, tensiometru, stetoscop, spatulă linguală, sursă de lumină, recipient, recipient pentru colectarea urinei.

PREGĂTIREA PACIENTULUI/ CLIENTULUI

a) PSIHICĂ:

Oferiți pacientului / familiei informații clare, despre necesitatea internării. Obțineți consimțământul informat de la pacient / familie.

b) FIZICĂ:

Așezați pacientul în poziție confortabilă adaptată stării de sănătate, Asigurați intimitatea pacientului.

Intrduceți-vă cu numele și stabiliți o relație terapeutică nursă-pacient

Observați și notați starea fizică, emoțională și intelectuală a pacientului.

Observați dizabilitățile sau limitările fizice sau / și psihice.

Evaluați gradul de confort sau disconfort al pacientului.

Măsurați greutatea și înălțimea pacientului.

Apreciați semnele vitale și obțineți o mostră de urină.

Faceți inventarul bunurilor de valoare ale pacientului conform cu politica serviciului medical.

Efectuați anamneză și o apreciere nursing cat mai completă a pacientului.

Identificați problemele, nevoile și așteptările pacientului legate de internare.

Explicați pacientului / familiei, regulamentul și rutinele spitalului - orarul

meselor și al vizitelor.

Informați pacientul despre procedurile sau intervențiile nefamiliare.

Completați planul de îngrijire a pacientului cu informațiile obținute : data / ora, nume și prenume, vârstă, starea la internare, valorile funcțiilor vitale, orientarea în timp și în spațiu, măsurile aplicate la UPU, prelevările de produse biopatologice, numele medicului care a făcut internarea.

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul se simte binevenit, relaxat și are încredere în echipa medicală.
- Culegerea de date este completată în primele 24 ore sau chiar mai puțin de la internare.
- Familia se simte confortabil întrucât pacientul este în siguranță.

Rezultate nodurile / Ce faceți

Pacientul are un nivel înalt de anxietate sau dezorientare care-i amenință siguranța.

- Comunicați cu pacientul
- Asigurați condiții optime de confort

Pacientul sau altă persoană semnificativă este incapabilă să furnizeze informații despre istoricul stării de sănătate.

- Puneți întrebări scurte, accesibile
- Cercetați documentele vechi în caz de reinternare
- Pacientul refuză internarea exprimându-și dorința de a părăsi UPU în ciuda recomandărilor medicale
- Consemnați refuzul pacientului în documentele medicale sub semnătură

FIȘA Nr. 1.2.

TRANSFERUL PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

Stabilirea condițiilor optime pentru transfer

Asigurarea securității pacientului în perioada transferului.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Biletul de transfer, semnat și parafat de medic.

F.O. a pacientului, dacă este cazul.

Foaia de evidență și mișcare zilnică a secției.

Efectele pacientului.

Alte bunuri de valoare ale pacientului, care au fost inventariate (acolo unde este cazul).

PREGĂTIREA PACIENTULUI/ CLIENTULUI

a) PSIHICĂ:

Anunțați pacientul/familia despre necesitatea transferului și unitatea/secția de transfer.

Obțineți consimțământul informat al pacientului/familia

b) FIZICĂ:

Evaluați starea fizică și asigurați mijlocul de transport adecvat pentru transferul în siguranță al pacientului.

EFECTUAREA PROCEDURII

Obțineți recomandarea medicului.

Comunicați cu unitatea/secția de transfer pentru a stabili perioada optimă de transfer.

Informați și discutați cu pacientul/familia condițiile apropiatului transfer.

Pregătiți lucrurile care-i aparțin pacientului, biletul de transfer sau/și F.O.

Pregătiți mijlocul de transfer adecvat fotoliu rulant, brancarda sau căruciorul rulant.

Acoperiți pacientul pentru a-l proteja de curenții de aer, de frig și a evita expunerea pe durata transportului.

Însoțiți personal pacientul până la secția sau unitatea de transfer.

Prezentați-l personalului de îngrijire când ajungeți în secția/unitatea în care s-

a transferat.

Prezentați asistentei-șefe dosarul pacientului sau/și biletul de transfer.

Notăți numele medicului când transferul pacientului s-a realizat.

Scoateți pacientul din evidențele secției

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul/familia acceptă transferul după ce primește informații clare, accesibile.

- Pacientul este transferat în condiții de siguranță.

- Pacientul este mulțumit de modul de organizare și desfășurare, a transferului

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul/familia refuză transferul,

- Consemnați refuzul pacientului/familiei în foaia de observație, sub semnătură

- Pacientul este nemulțumit de modul de organizare / desfășurare a transferului.

- Discutați cu pacientul și explicați-i condițiile de realizare a

transferului

- Pacientul se simte amenințat și în nesiguranță în secția/unitatea în care a fost transferat

- Comunicați blând cu pacientul

- Asigurați-i un climat de încredere și siguranță

FIȘA Nr. 1.3.

EXTERNAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

Stabilirea condițiilor adecvate stării pacientului la externare.

Asigurarea securității pacientului în timpul externării.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Registrul de ieșiri al secției.

Foaia de evidență zilnică și mișcare a secției.

Biletul de externare semnat și parafat de medic.

Rețeta medicală, dacă e cazul.

Efectele pacientului și celelalte bunuri de valoare inventariate (acolo unde este cazul),

PREGĂTIREA PACIENTULUI/ CLIENTULUI

a) PSIHICĂ:

Anunțați pacientul / familia cu cel puțin 12 ore înainte de externare.

Identificați impactul emoțional și psiho-social pe care externarea îl are asupra pacientului sau / și familiei.

b) FIZICĂ:

Evaluați starea fizică la externare și asigurați mijlocul de transport adecvat acestuia.

Oferiți indicații legate de: firele de sutură (dacă e cazul), activitatea fizică, indicații, control

EFECTUAREA PROCEDURII

Revedeți detaliile externării împreună cu pacientul / familia

Asistați pacientul la igienă, îmbrăcare.

Revedeți instrucțiunile și răspunsurile la întrebările legate de medicație, îngrijirea fizică, satisfacerea nevoilor.

Determinați disabilitățile și limitările care vor continua după externare.

Identificați punctele forte ale pacientului.

Faceți un inventar al nevoilor de îngrijire și asistență medicală la domiciliu și luați legătura cu o fundație de îngrijiri la domiciliu dacă este necesar.

Organizați transportul pacientului, la nevoie.

Luați-vă la revedere de la pacient / familie.

Scoateți pacientul din evidențele secției.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul este mulțumit de îngrijirea primită.
- Starea fizică și psihică la externare este bună fiind o premisă a reintegrării socio-profesionale.
- Pacientul / familia au informații clare, precise despre îngrijirile ulterioare la domiciliu și despre necesitatea prezentării la control în perioada planificată sau în caz de complicații

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Externarea are un impact negativ asupra pacientului, mai ales dacă este singur și are nevoie de îngrijire la domiciliu.
 - Luați legătura cu o fundație de îngrijiri la domiciliu
- Familia / aparținătorii sunt incapabili să îngrijească pacientul la domiciliu.
 - Puneți-i în legătură cu o fundație de îngrijiri la domiciliu
- Pacientul / familia refuză externarea.
 - Consemnați în foaia de observație refuzul pacientului/familiei sub semnătură

CAPITOLUL II

IGIENA ȘI CONFORTUL PACIENTULUI

FIȘA Nr.2.1.

SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT NEOCUPAT - fără pacient

OBIECTIVUL PROCEDURII

Asigurarea condițiilor de igienă și de confort.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Cărucior pentru lenjerie

Mănuși de unică folosință

Cearșaf de pat

Cearșaf de pătură/plic

Fața de pernă

Pătură

Aleza, mușama (material impermeabil)

Două scaune cu spetează

EFFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

Verificați materialele alese

Transportați materialele în salon

Îndepărtați noptiera de lângă pat

Așezați cele două scaune cu spătar, spate în spate lângă patul pacientului, lateral, în partea dreaptă spre capul patului

Puneți sacul pentru lenjeria murdară în partea opusă a patului, la picioare

Așezați materialele pregătite pe cele două scaune astfel: pătura și cearșaful de pătură pliate în armonica; mușama și aleza rulate din două părți egale până la mijloc; cearșaful de pat rulat la fel; fața de pernă.

Îndepărtați lenjeria murdară și introduceți-o în sacul special pregătit

Spălați-vă pe mâini, îmbrăcați mănuși

Puneți cearșaful de pat peste saltea la mijloc

Întindeți cu o mână o parte a cearșafului spre cap, iar cu cealaltă spre picioare (partea opusă)

Introduceți cearșaful adânc sub saltea la capetele patului și cu mâna de lângă pat prindeți partea liberă a cearșafului la o distanță de colț egală cu lungimea marginilor care atârnă și ridicați-o în sus lângă (pat) saltea

Introduceți sub saltea partea din triunghiul format care o depășește, apoi lăsați în jos partea ridicată și introduceți sub saltea restul triunghiului împreună cu partea laterală a cearșafului realizând un plic

Procedați la fel și pentru celelalte colțuri

Așezați mușamaua și aleza la mijlocul patului și derulați-le ca pe cearșaful de pat

Introduceți mușamaua și aleza adânc sub saltea pe părțile laterale ale patului

Intindeți cearșaful plic în lungimea patului și peste el pătura

Introduceți pătura în cearșaf și fixați colțurile

Fixați cearșaful și pătura la picioarele patului introducându-le sub saltea

Efectuați pliul de confort (cu o mână deasupra patului iar cu cealaltă dedesubt, trageți spre picioare și formați această cută)

Aranjați colțurile de la capătul distal al patului sub formă de plic

Introduceți pătura și cearșaful pe părțile laterale ale patului

Puneți la capul patului perna înfășată

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

Reașezați noptiera la locul ei de lângă pat

Puneți cele două scaune la loc

Scoateți sacul cu rufe murdare din salon

Aerisiți salonul

Îndepărtați mănușile

Spălați-vă pe mâini

NOTAREA PROCEDURII

Notati:

- procedura în fișa de proceduri și în dosarul/planul de îngrijire
- data și ora

FIȘA Nr. 2.2.

SCHIMBAREA LENJERIEI PATULUI OCUPAT DE PACIENTUL IMOBILIZAT - cu pacientul în poziție șezândă și în decubit

OBIECTIVELE PROCEDURII

Asigurarea condițiilor de igienă și confort

Evitarea complicațiilor la pacientul imobilizat

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Cărucior pentru lenjerie

Cearșaf plic

Cearșaf de pat

Față de pernă

Aleza, mușama (material impermeabil)

Îneloare de flanelă sau o pătură moale

Două scaune cu spătar

Mănuși de unică folosință

Sac pentru rufe murdare

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

Informați pacientul și asigurați-l de inofensivitatea procedurii

Explicați pacientului modul de desfășurare a procedurii și contribuția sa la realizarea acesteia Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

Verificați dacă s-a măsurat temperatura și pulsul

Schimbați lenjeria după efectuarea toaletei

Alegeți metoda de schimbare în funcție de poziția în care poate fi așezat pacientul și de limitele sale de mobilizare

EFFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

A. La pacientul care se poate ridica în poziție șezândă (se folosește schimbarea în lățime)

- Aduceți materialele în salon
- Îndepărtați noptiera de lângă pat
- Așezați cele două scaune spate în spate
- Pregătiți materialele astfel:

- Rulați cearșaful de pat pe dimensiunea mică (în lățime) și așezați-l pe spătarele scaunelor; dacă pacientul necesită aleză și mușama rulați-le împreună cu cearșaful

- Îndepărtați pătura și lăsați pacientul acoperit cu cearșaful sau înlocuiți cu o pătură moale

- Introduceți pătura în cearșaful plic și împachetați în armonică în trei la început pe lățime și apoi încă o dată reducând cele două dimensiuni (lungime, lățime) la o treime, așezați pe scaun

- Fața de pernă

- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși

- Degajați cearșaful murdar de sub saltea

- Acoperiți pacientul și ridicați-l în poziție șezândă

- Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul

- Îndepărtați perna și rulați cearșaful murdar până aproape de pacient

- Poziționați echidistant cearșaful curat la capătul patului și pe suprafața acestuia pentru a putea fi fixat sub saltea

- Derulați cearșaful curat până aproape de cel murdar

- Schimbați fața de pernă și așezați perna pe pat

- Culcați pacientul în decubil dorsal și rugați-l dacă poate să se ridice puțin pentru a continua schimbarea

- Introduceți mâna dinspre capul pacientului sub regiunea fesieră și ridicați în același timp cu ajutorul

- Cu cealaltă mână rulați spre picioarele pacientului lenjeria murdară și întindeți cearșaful curat

- Ridicați în același mod picioarele și continuați rularea și respectiv derularea

- Introduceți cearșaful murdar în sac

- Întindeți bine cearșaful de pat, eventual mușama și aleza și fixați sub saltea

B. La pacientul care nu se poate ridica

(se folosește schimbarea în lungime)

- Rulați cearșaful de pat într-o singură direcție, pe dimensiunea mare (lungime)

- Așezați materialele pe scaune ca și în cazul precedent

- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși

- Îndepărtați cearșaful murdar de sub saltea

- Întoarceți pacientul în decubit lateral sprijinindu-l sub axilă, sub umeri și la nivelul genunchilor

- Trageți perna spre marginea patului și așezați-o sub capul acestuia

- Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul susțineți-l amândouă

- Rulați cearșaful murdar până lângă pacient și derulați cearșaful curat având grijă să fie bine poziționat pentru a putea fi fixat la capete și pe laturi

- Aduceți pacientul în decubit dorsal apoi în decubit lateral pe partea opusă sprijinind capul pe antebraț

- Trageți perna sub capul pacientului

- Continuați rularea cearșafului murdar și derularea celui curat

- Introduceți cearșaful murdar în sac

- Aduceți pacientul în decubit dorsal

- Întindeți bine cearșaful curat și fixați la capete și pe margini executând colțul

- Schimbați fața de perna

Schimbarea cearșafului plic în ambele situații

- Așezați cearșaful cu pătura deasupra pacientului încât marginea liberă de desubt să fie sub bărbia bolnavului, iar cea de deasupra să fie orientată spre picioarele pacientului

- Rugați pacientul sau o altă persoană să țină marginea cearșafului sub bărbia acestuia

- Așezați-vă de o parte a patului, iar ajutorul de cealaltă

- Prindeți cu mâna dinspre capul pacientului colțul liber al cearșafului curat, iar cu cealaltă pe cel al cearșafului murdar

- Cu o mișcare rapidă, sincronizată, întindeți cearșaful curat împreună cu pătura

și/sau învelitoarea și îndepărtați-l pe cel murdar

- Introduceți cearșaful murdar în sac
 - Verificați dacă cearșaful de pat și lenjeria de corp sunt bine întinse
- Efectuați pliul de confort la picioarele pacientului și eventual fixați sub saltea, să nu alunece

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă sau în cea recomandată de afecțiunea și starea sa
- Observați confortul și măsurați funcțiile vitale

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați învelitoarea și acoperiți pacientul cu pătura
- Îndepărtați sacul cu rufe murdare
- Reașezați noptiera la locul ei deasemenea cele două scaune
- Îndepărtați mănușile, spălați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați data, ora și metoda folosită
- Descrieți reacția pacientului și starea sa
- Consemnați orice manifestare care ar putea schimba ceva în planul de îngrijire

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate dorite

- Schimbarea s-a făcut în condiții bune
- Pacientul are o stare de confort

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul acuză oboseală, dureri
 - Lucrați blând, lăsați pacientului timp de odihnă
- Pacientul refuză schimbarea:
 - Discutați încă o dată cu pacientul
 - Apelați la aparținători dacă este cazul

FIȘA Nr. 2.3.

SCHIMBAREA ALEZEI

OBIECTIV

- Asigurarea condițiilor de igienă, de confort și siguranță

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Aleza curată
- Sac pentru lenjerie murdară
- Alcool
- Talc
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

PSIHICĂ

- Informați, încurajați și susțineți moral pacientul
- Explicați scopul procedurii, efectele acesteia
- Obțineți consimțământul informat

FIZICĂ

- Așezați pacientul în poziția potrivită în funcție de starea sa

EFFECTUAREA PROCEDURII

a) Schimbarea alezei la pacientul care se poate ajuta

- Rulați aleza curată în lațime
- Ridicați pătura așezând-o în triunghi de o parte
- Rulați aleza murdară
- Întindeți cearșaful și materialul impermeabil
- Derulați aleza curată fixând-o sub saltea
- Treceți de partea opusă a patului
- Cereți pacientului să-și ridice trunchiul în arc dacă poate sau susțineți regiunea lombară a pacientului cu mâna dinspre cap

- Trageți aleza murdară introducând-o în sacul de rufe murdare
- Derulați rapid restul alezei curate și fixați-o sub saltea de partea cealaltă a patului
- Rearanjați patul punând totul în ordine
- b) Schimbarea alezei la pacientul care nu se poate ajuta
- Procedați ca în cazul schimbării cearșafului de pat în lungime (FIȘA nr. 2.2.)
- Controlați starea regiunii sacrale, se masează cu alcool și se pudrează cu talc
- c) Schimbarea alezei împreună cu materialul impermeabil
- Procedați ca în cazul schimbării lenjeriei de pat cu pacientul în decubit lateral
- Pregătiți aleza și mușamaua rulându-le împreună în lațime
- Introduceți lenjeria murdară în sacul special
- Efectuați pliul de confort la picioarele pacientului (acesta da lejeritate mișcărilor pacientului fără să se dezvelească)
- Introduceți pătura și cearșaful de jur împrejurul patului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați faciesul pacientului și măsurați pulsul
- Întrebați pacientul dacă este obosit sau dacă are dureri

NOTAREA PROCEDURII:

Notați:

- Procedura în planul de îngrijire și în fișa de proceduri
- Numele și prenume persoanei care a efectuat procedura
- Data și ora, eventuale constatări privind starea tegumentelor, controlul sfincterelor

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați lenjeria murdară în coș
- Reașezați noptiera și scaunele la locul lor
- Scoateți sacul cu lenjerie murdară din salon
- Aerisiți salonul
- Îndepărtați mănușile
- Spălați-vă pe mâini

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate dorite

- Procedura și-a atins scopul
- Pacientului i s-a asigurat confortul necesar
- Pacientul este destins cu facies relaxat, comportament adecvat, simțindu-se în siguranță

Rezultate nedorite / ce faceți

- Pacient nemulțumit, morăcănos, prezintă disconfort din cauza agitației, s-au format cute care-l deranjează
 - Rezervați mai mult timp pentru a sta de vorba cu pacientul
 - Verificați cu grijă lenjeria să fie bine întinsă
- Pacientul refuză să i se schimbe aleza
 - Apelați la nevoie la o persoană semnificativă pentru bolnav, care să vă ajute să stabiliți relații de colaborare.

FIȘA Nr.2.4.

SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL PACIENTULUI IMOBILIZAT -I-

- Schimbarea pijamalei-

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea stării de igienă și confort
- Prevenirea escarelor de decubit
- Creșterea demnității pacientății
- Păstrarea identității

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pijama încălzită
- Cuvertură
- Pudră de talc
- Sac pentru lenjeria murdară
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și explicați-i necesitatea procedurii
- Explicați pacientului cum poate participa la procedură
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Asigurați intimitatea și respectați pudoarea
- Întrebați pacientul dacă are nevoie de ploscă sau urinar înainte de procedură

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Așezați lenjeria curată pe un scaun în apropierea patului
- Obțineți informații despre posibilitățile de mobilizare a pacientului
- Apreciați resursele fizice ale pacientului
- Explicați-i procedura
- Pliati pătura la picioarele pacientului
- Înveliți pacientul cu un pled încălzit
- Spălați-vă mâinile, îmbricați mănuși de cauciuc

a) Dezbrăcarea și îmbrăcarea bluzei la pacientul care se poate ridica în poziție șezândă

- Descheiați nasturii pijamalei
- Ridicați pacientul în poziție șezândă
- Rulați pijamaua de la spate spre ceafă și treceți-o peste cap rugând pacientul să flecteze capul
- Rulați fiecare mânecă și îmbrăcați pe rând brațele
- Scoateți mâinile în afara mânecilor
- Ridicați bluza pe spatele bolnavului și îmbrăcați umerii
- Fricționați ușor spatele pacientului
- Încheiați nasturii

b) Dezbrăcarea și îmbrăcarea bluzei la pacientul care nu se poate ridica

- Descheiați nasturii
- Întoarceți pacientul în decubit lateral și dezbrăcați brațul eliberat
- Întoarceți pacientul în decubit lateral invers și dezbrăcați celălalt braț îndepărtând bluza
- Mențineți pacientul în decubit lateral
- Rulați mâneca și îmbrăcați brațul liber
- Întoarceți cu blândețe pacientul în decubit lateral invers și îmbrăcați celălalt braț întinzând bluza pe spate
- Aduceți pacientul în decubit dorsal
- Încheiați nasturii

c) Îndepărtarea și îmbrăcarea pantalonilor

- Ridicați regiunea lombosacrată a pacientului și trageți cu grijă pantalonii spre picioare
- Așezați pacientul pe pat
- Ridicați ușor membrele inferioare și continuați dezbrăcarea
- Puneți pantalonii murdari în sac
- Observați aspectul membrelor inferioare
- Rugați persoana care vă ajută să ridice membrele inferioare ale pacientului
- Îmbrăcați pe rând fiecare membru și trageți pantalonii până aproape de șezut
- Coborâți și așezați pe pat membrele inferioare
- Ridicați regiunea fesieră și trageți în sus pantalonii
- Verificați dacă cearșaful e bine întins
- Încheiați nasturii

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă

- Observați faciesul, măsurați pulsul
- Refaceți patul și înveliți pacientul cu pătură
- Verificați dacă pacientul se simte bine

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- îndepărtați sacul cu lenjerie murdară
- îndepărtați învelitoarea
- îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

- procedura, data, ora
- orice observație legată de starea și reacția pacientului

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Schimbarea s-a făcut fără incidente
- Pacientul exprimă starea de confort, nu are dureri
- Nu se observă modificări la nivelul tegumentelor

Rezultate nedorite / Ce faceri

- Pacientul prezintă eritem la nivelul punctelor de sprijin
 - aplicați pudra de talc
 - schimbați poziția pacientului
- Pacientul reclamă manevre brutale și oboseală, dureri
 - liniștiți pacientul, rămâneți o vreme lângă el
 - administrați un calmant dacă medicul recomandă
- Lenjerie nu este bine întinsă, pacientul acuză jenă
 - se reasează patul după schimbarea lenjeriei, se întind bine cearșefurile

FIȘA Nr. 2.5.

SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL BOLNAVULUI IMOBILIZAT -II-

- Schimbarea cămășii de noapte -

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea stării de igiena și confort
- Prevenirea escarelor de decubit
- Creșterea demnității pacientului
- Păstrarea identității

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cămașa de noapte încălzită
- Cuvertură
- Pudra de talc
- Sac pentru lenjerie murdară
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și explicați-i necesitatea procedurii
- Explicați pacientului cum poate participa la procedură
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Asigurați intimitatea și respectați pudora
- Întrebați pacientul dacă are nevoie de ploscă sau urinar înainte de procedură

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Așezați lenjerie curată pe un scaun în apropierea patului
- Obțineți informații despre posibilitățile de mobilizare a pacientului
- Apreciați resursele fizice ale pacientului
- Explicați procedura
- Pliati pătura la picioarele pacientului
- Înveliți pacientul cu o cuvertură încălzită
- Spălați mâinile

A. La bolnavul care se poate ridica în poziție șezândă

a) Dezbrăcarea cămășii

- Ridicați șezutul pacientului și trageți în sus cămașa
- Ridicați apoi pacientul în poziție șezândă dacă este posibil
- Rulați cămașa până la ceafă și treceți cămașa peste cap
- Scoateți mânecile prin coborârea brațelor
- Introduceți cămașa murdară în sacul de rufe
- Observați punctele de sprijin
- Pudrați cu talc

b) Îmbrăcarea cămășii

- Rulați cămașa curată de la poale către guler
- Rulați pe rând fiecare mânecă și îmbrăcați brațele
- Treceți cămașa curată și caldă deasupra capului lăsând-o să alunece până lângă șezut

- Ridicați șezutul și întindeți bine cămașa

- Încheiați nasturii

- Întindeți și fixați bine cearșaful de pat

B. La bolnavul care nu se poate ridica schimbarea se face de către două persoane:

a) Dezbrăcarea cămășii

- Ridicați șezutul introducând mâinile sub regiunea fesieră și trageți cât mai mult cămașa spre regiunea lombară
- Întoarceți pacientul cu blândețe în decubit lateral și strângeți cămașa până la axilă
- Readuceți pacientul în decubit dorsal, apoi decubit lateral de partea opusă și strângeți cămașa
- Readuceți pacientul în decubit dorsal, ridicați ușor umerii și trageți cămașa peste cap

- Dezbrăcați brațele

- Introduceți cămașa murdară în sac

b) Îmbrăcarea cămășii

- Rulați cămașa de la poale spre guler
- Rulați pe rând fiecare mânecă și îmbrăcați brațele
- Ridicați capul și umerii pacientului și treceți cămașa peste cap
- Întoarceți cu blândețe pacientul în decubit lateral și întindeți cămașa
- Readuceți pacientul în decubit dorsal și apoi decubit lateral de partea opusă și procedați la fel
- Așezați pacientul în decubit dorsal, ridicați și întindeți bine cămașa și încheiați nasturii

- Întindeți și fixați bine cearșaful de pat

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă (sau recomandată de medic)

- Observați faciesul pacientului, măsurați pulsul

- Întrebați pacientul dacă este obosit sau dacă are dureri

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- îndepărtați învelitoarea și acoperiți pacientul cu pătura

- îndepărtați sacul cu lenjerie murdară

- îndepărtați mănușile și spalați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

- procedura, data, ora

- orice observație legată de starea și reacția pacientului

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Schimbarea s-a făcut fără incidente

- Pacientul exprimă starea de confort, nu are dureri

- Nu se observă modificări la nivelul tegumentelor

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul prezintă eritem la nivelul punctelor de sprijin

- aplicați pudră de talc
- schimbați poziția pacientului
- Pacientul reclamă manevre brutale și oboseală, dureri
 - liniștiți pacientul, rămâneți o vreme lungă el
 - administrați un calmant dacă medicul recomandă
- Lenjerna nu este bine întinsă, pacientul acuză jenă
 - se reasează patul după schimbarea lenjeriei, se întind bine cearșafurile

Observații:

- dacă bolnavul este inconștient, folosiți o bluză de pijama care să nu ajungă sub regiunea fesieră a acestuia
- după schimbarea lenjeriei de corp aplicați pe pat aleză și mușama

FIȘA Nr. 2.6.1.

TOALETA PACIENTULUI IMOBILIZAT BAIA PARȚIALĂ LA PAT

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea pielii în stare de curățenie
- Prevenirea apariției leziunilor cutanate
- Asigurarea stării de igienă și confort a pacientului prin spălarea întregului corp pe regiuni, descoperind progresiv numai partea care se va spăla

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan
- Șort de unică folosință pentru nursă/e
- Masă mobilă pentru materiale, acoperită cu un câmp
- Trei prosoape de culori diferite
- Mănuși de baie de culori diferite (față, trunchi și membre, organe genitale)
- Mănuși de unică folosință
- Săpun neutru și sapunieră
- Perii de unghii
- Foarfece pentru unghii / pilă de unghii
- Perie de dinți / pastă de dinți
- Pahar pentru spălat pe dinți
- Pahar cu soluție antiseptică pentru gargară
- Lighean/bazin cu apă caldă / termometru de baie
- Ploscă (bazinet), găleata pentru apă murdară
- Mușama, aleză
- Cuvertură de flanelă /un cearșaf
- Alcool mentolat
- Pudră de talc
- Deodorant
- Pijamale și lenjerie de pat curate
- Sac pentru lenjeria murdară

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați și explicați pacientului procedura
- Stabiliți de comun acord cu pacientul ora efectuării toaletei ținând seama de orarul mesei, investigațiilor, tratamentului
- Obțineți consimțământul informat și aflați preferințele sale în legătură cu igiena

b) FIZICĂ

- Apreciați starea pacientului pentru a evita o toaletă prea lungă, obositoare
- Dacă starea pacientului îi permite încurajați-l să spele singur, asigurându-i independența și ajutați-l doar la nevoie
- Asigurați intimitatea pacientului
- Întrebați pacientul dacă dorește să i se servească urinarul sau plosca

EFECTUAREA PROCEDURII

- Asigurați-vă că temperatura din salon este peste 20°C
 - Asigurați-vă că geamurile și ușa să fie închise pe tot timpul procedurii
 - Așezați paravanul în jurul patului
 - Umpleți bazinul 2/3 cu apa caldă (37°C–38°C), controlând temperatura apei cu termometrul de baie
 - Așezați pacientul în poziție decubit dorsal
 - Dezbrăcați și acoperiți cu cearșaf și flanelă
 - Pliati pătura și așezați-o pe un scaun sau pe pat la picioarele bolnavului
 - Descoperiți progresiv numai partea care se va spăla
 - Îndepărtați una dintre perne, iar pe cealaltă acoperiți-o cu o mușama și cearșaf, sau aleza
 - Puneți în fața bolnavului un prosop pentru a proteja învelitoarea
- RESPECTAȚI ORDINEA ÎN CARE SE VA EFECTUA TOALETĂ

FAȚĂ ȘI G-T

- Spălați-vă mâinile
- Îmbrăcați prima mănușă de baie, umeziti-o, și spălați ochii de la comisura internă la cea externă; folosiți părți separate din mănușă pentru fiecare ochi
- Ștergeți imediat cu primul prosop
- Spălați fruntea de la mijloc spre tâmpile
- Spălați cu mișcări circulare regiunea periorală și perinazală
- Insistați la urechi în șanțurile pavilionului și regiunea retroauriculară
- Spălați cu / fără săpun, limpeziți de câteva ori cu apă și ștergeți imediat
- Spălați gâtul, limpeziți
- Uscați prin tamponare cu prosopul
- Schimbați apa și mănușa

PARTEA ANTERIOARA A TORACELUI

- Spălați cu mișcări ferme, evitând gâdilarea pacientului; insistați la axile
- Limpeziți și uscați foarte bine: folosiți deodorant, dacă pacientul dorește
- Insistați la femei, la pliurile submamare
- Observați respirația pacientului și eventuale iritații ale pielii sau alte modificări
- Acoperiți toracele și membrele superioare

MEMBRELE SUPERIOARE

Mutați mușama și aleza și întindeți-le sub întreg membrul superior, desupra învelitorii

- Spălați prin mișcări lungi și blânde; începeți de la articulația pumnului spre umăr, stimulând astfel circulația venoasă
- Limpeziți cu apă și ștergeți imediat cu al doilea prosop
- Dacă este posibil așezați mâna pacientului în bazinul cu apă caldă, pentru a tăia mai ușor unghiile sau pentru a le curăța: spălați mâna pacientului cu săpun insistând în spațiile interdigitale: limpeziți cu apă și uscați foarte bine.
- Spălați celalalt membru superior după același principiu

ABDOMENUL

Dezveliți abdomenul pacientului

- Insistați la nivelul pliurilor inghinale, unde datorită transpirației și lipsei de igiena a unor persoane pot apărea foarte ușor iritații ale pielii.
- Insistați la nivelul ombilicului care la unii pacienți poate fi foarte murdar; procedați astfel:
 - a) îndepărtați depozitul de murdărie cu ajutorul unui tampon de vată îmbibat în benzină și montat pe un porttampon
 - b) spălați ombilicul cu apă și săpun
 - c) uscați foarte bine și ungeți regiunea cu vaselină
- Acoperiți pacientul cu cearșaful și flanela

PARTEA POSTERIOARĂ A TORACELUI ȘI REGIUNEA SACRATĂ

- Așezați pacientul în poziție de decubit lateral, fiind susținut de o altă nursă
- Mutați mușama și aleza și întindeți-le sub trunchiul pacientului

- Spălați, limpeziți și uscați regiunea
- Masați spatele pacientului cu alcool mentolat; observați proeminențele osoase și verificați starea pielii în punctele de sprijin
- Aplicați pudra de talc într-un strat foarte subțire
- Acoperiți spatele pacientului
- Spălați regiunea anală dinspre față spre spate, astfel încât să evitați contaminarea regiunii perineale; limpeziți și uscați foarte bine regiunea
- Observați atent starea pielii în zonele predispuse apariției escarelor

MEMBRELE INFERIOARE

- Înlocuiți apa, mănua de baie și prosopul cu altele curate
- Întindeți mușamaua și aleza sub jumătatea inferioară a pacientului
- Readuceți pacientul în decubit dorsal,
- Insistați la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea tendonului lui Ahile și a calcaneului
- Spălați cu apă și supun prin mișcări blânde dinspre gleznă spre șold pentru a stimula circulația venoasă;

ATENȚIE! NU SE MASEAZĂ!

- După fiecare săpunire limpeziți bine cu apă și uscați cu prosopul
- Observați atent starea pielii în zonele predispuse apariției escarelor
- Spălați picioarele prin introducerea lor într-un bazin cu apă, așezat pe pat; protejați patul cu mușamaua, această metodă ușurează curățirea și tăierea unghiilor!
- Pudrați într-un strat foarte subțire plicile naturale
- Taiati unghiile
- Acoperiți pacientul cu cearșaful și flanela

ORGANELE GENITALE ȘI REGIUNEA PERIANALĂ

Încheie toaleta la pat a pacientului; dacă starea generală a pacientului îi permite, acesta se poate spăla singur, în timp ce asistenta va controla dacă s-a efectuat corect

- Înlocuiți apa, mănua de baie și prosopul cu altele curate
- Îmbrăcați mănua de unică folosință
- Așezați bolnavul în poziție ginecologică
- Izolați patul cu mușama și aleza pe care le introduceți sub regiunea sacrată
- Introduceți plosca sub pacient
- Îmbrăcați mănua de baie peste mănua de cauciuc
- Spălați regiunea genitală dinspre anterior spre posterior, evitând regiunea anală; folosiți săpun neutru (neiritant pentru piele și mucoase)
- Limpeziți cu apă curată foarte atent pentru îndepărtarea săpunului; se poate face cu ajutorul

unui jet de apă turnat dintr-o cană

- Puteți folosi tampoane și o pensă porttampon, având grijă să curățați toate pliurile și să schimbați des tampoanele pentru a nu transporta germeni dinspre regiunea anală spre cea genitală
- Îndepărtați bazinetul de sub pacient și ștergeți foarte bine organele genitale și regiunea din jur folosind al treilea prosop

ÎN TIMPUL PROCEDURII EXAMINAȚII TEGUMENTELE ȘI OBSERVAȚI EVENTUALE MODIFICĂRI (ROȘEAȚĂ/ IRITAȚIE)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Fricționați cu alcool mentolat, în special regiunile predispuse la escare, pentru activarea circulației sanguine
- Schimbați lenjeria de corp și pat și întindeți bine pătura pentru a nu jena pacientul
- Acoperiți pacientul și asigurați-vă că este într-o poziție de confort fizic și psihic
- Supravegheați funcțiile vitale
- Dacă pacientul este purtător de sonde asigurați-vă că sunt permeabile și bine poziționate

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Strângeți materialele folosite și lenjeria murdară în recipiente speciale
- Curățați materialele în vederea dezinfecției și depozitării
- Îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați

- Data și ora efectuării, numele persoanei care acorda îngrijirea
- Orice fel de modificări ale aspectului pielii și informați medicul
- Măsurile de prevenire ale escarelor
- Nivelul de participare al pacientului la efectuarea toaletei
- Eventualele modificări ale funcțiilor vitale

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate dorite

- Observați reacția pacientului la efectuarea toaletei
- Starea de mulțumire și de confort a pacientului răsplătește pe deplin munca dumneavoastră
- Pacientul nu prezintă modificări ale tegumentelor

Rezultate nedorite / ce faceți?

- Pacientul acuză dureri în timpul manevrelor
 - Lucrați blând, cu mișcări lente și comunicați permanent cu pacientul
 - Rezervați-vă suficient timp pentru a nu apela la manevre grăbite/brutale
 - Consultați medicul dacă poate fi administrat un calmant
- Pacientul prezintă eritem la nivelul punctelor de sprijin fiind predispus la escare
 - Stabiliți măsuri concrete de prevenire și combatere; a escarelor (masaj, schimbarea poziției, pudrarea cu talc, etc.)
 - Comunicați informațiile semnificative colegelor care asigură continuitatea îngrijirilor
- Pacientul prezintă iritare la nivelul plicilor
 - Evitați transpirația și umezeala
 - Aplicați unguente recomandate de medic

FIȘA Nr. 2.6.2.

ÎNGRIJIREA OCHILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea infecțiilor oculare și îndepărtarea secrețiilor
- Menținerea ochiului umezit (corneea expusă la pacienții comatoși sau paralizați)

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Soluție de ser fiziologic, soluție acid boric
- Soluție de Vit. A și picurator
- Lacrimi artificiale sau unguent oftalmic, prescris de medic
- Tampoane de tifon / comprese sterile
- Pansament steril și bandă adezivă nealergică
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și explicați necesitatea dacă acesta este colaborant
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Așezați pacientul în decubit cu capul ușor întors spre ochiul care va fi spălat primul
- Efectuați îngrijirea în cadrul toaletei zilnice sau independent

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Spălați-vă mâinile și îmbrăcați mănușile
- Îndepărtați secrețiile sau crustele aderente de gene/pleoape prin ștergere ușoară de la comisura externă spre cea internă folosind un tampon steril îmbibat în ser fiziologic

- Folosiți un nou tampon steril pentru fiecare ștergere până când ochiul este curat
- Repetați procedura și pentru celalalt ochi înclinând ușor capul
- Instilați lacrimi artificiale sau unguent oftalmic la indicația medicului
- Rugați pacientul să închidă ochii și apoi aplicați soluție de Vit. A pe pleoape, protejând astfel pielea fragilă
- Pentru a menține ochii umeziți, aplicați un pansament steril îmbibat în ser fiziologic și fixații cu bandă adezivă; pansamentul se va schimba frecvent
- În cazul pacientului comatos se urmează aceiași pași descriși mai sus, nursa fiind cea care va deschide pleoapa pacientului, folosind câte o compresă sterilă pentru fiecare pleopă
- Instilați în sacul conjunctival câte o picătură de vit.A de 2ori/zi

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Schimbați frecvent pansamentul
- Repetați îngrijirea conform orarului stabilit de medic

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați materialele folosite în recipiente speciale, mai ales dacă secrețiile sunt purulente
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

- Data, ora, soluțiile medicamentoase folosite
- Aspectul secrețiilor, dacă s-au recoltat probe pentru examenul de laborator

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Procedura s-a desfășurat fără incidente
- Corneea este umedă

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul este agitat, există risc de lezare a corneei
 - Liniștiți pacientul și solicitați ajutor
 - Nu vă apropiați prea mult de ochiul pacientului
- Pacientul prezintă cruste
 - Aplicați comprese umezite, călduțe și îndepărtați apoi cu blândețe

FIȘA Nr.2.6.3.

ÎNGRIJIREA MUCOASEI NAZALE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea permeabilității căilor respiratorii superioare și prevenirea apariției leziunilor la pacienții cu sonda nazofaringiană sau nazogastrică
- Îndepărtarea secrețiilor și crustelor

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală
- Tampon sterile montate pe bețișoare
- Soluție sterilă de ser fiziologic
- Soluție de apă oxigenată diluată
- Taviță renală
- Manual de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și rugați-l să nu se miște
- Explicați-i pacientului colaborant cum poate participa la executarea procedurii
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Așezați pacientul în decubit dorsal
- Rugați-l să-și întoarcă ușor capul într-o parte

EFECTUAREA PROCEDURII

- Spălați-vă mâinile și îmbrăcați mănușile
- Curățați fiecare fosă nazală cu câte un tampon steril îmbibat în ser fiziologic

Dacă pacientul prezintă sonda nazofaringiană sau nazogastrică:

- dezlipiți romplastul cu care este fixată sonda
 - retrageți sonda cca 5-6cm
 - curățați tubul cu un tampon de urmele de romplast
 - îndepărtați crustele de pe mucoasa nazală cu un tampon umezit în H₂O₂;
- reintroduceți sonda gastrică; sonda pentru oxigenoterapie se poate reintroduce în cealaltă fosă nazală
- fixați sonda

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Controlați funcționalitatea sondelor după curățarea mucoasei nazale
- Supravegheați respirația pacientului
- Observați aspectul mucoasei

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Strângeți materialul folosit în recipiente speciale
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data și ora, observațiile făcute
- Ora reintroducerii sondei

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Procedura s-a desfășurat fără incidente
- Căile respiratorii sunt libere, respirația se face normal
- Nu sunt leziuni pe mucoasă

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Mucoasa nazală sângerează
 - Informați medicul pentru a stabili conduita
 - Acționați conform prescripției

FIȘA Nr. 2.6.4.

ÎNGRIJIREA URECHILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea stării de curățenie a pavilionului urechii și a conductului auditiv extern
- Îndepărtarea depozitelor naturale (cerumen) sau a celor patologice

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tava medicală
- Tampon montat pe bețișoare
- Tavița renală
- Apă și săpun
- Mănușa de baie
- Prosop

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și explicați necesitatea procedurii
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Așezați pacientul în decubit dorsal și rugați-l să-și întoarcă ușor capul într-o parte

EFECTUAREA PROCEDURII

- Curățați conductul auditiv extern cu un tampon uscat executând cu blândețe mișcări de rotație - Curățați fiecare ureche cu un tampon separat
- Spălați pavilionul urechii cu mătura de bumbac cu săpun și insistați în șanțurile pavilionului și regiunea, retroauriculară
- Observați eventuale iritații retroauriculare sau leziunile produse prin compresiune la bolnavii imobilizați
- Limpeziți și uscați bine cu prosopul, conductul și pavilionul urechii

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Introduceți un tampon de vată absorbant în conductul auditiv extern
- Asigurați confortul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Strângeți materialul folosit în recipiente speciale
- Îndepărtați-vă mănușile și spălați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data și ora, observațiile făcute

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul nu acuză disconfort

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul acuză dureri
- Pacientul prezintă secreții otice
 - anunțați medicul pentru a solicita un consult de specialitate dacă este cazul

FIȘA Nr.2.6.5.

ÎNGRIJIREA CAVITĂȚII BUCALE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Îndepărtarea plăcii bacteriene
- Evaluarea stării de sănătate orală
- Reducerea posibilităților de infecție
- Îndepărtarea gustului și mirosului neplăcut al cavității bucale
- Să promoveze confortul pacientului și educarea acestuia când este posibil

A. LA BOLNAVUL CONȘTIENT

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Periuța personală
- Pasta de dinți cu fluor
- Pahar cu apă
- Tavița renală (recipient) pentru apă folosită
- Ața dentară
- Șervetele de hârtie, prosop, mușama
- Apa de gură, dacă e solicitată
- Tava pentru materiale

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și explicați necesitatea menținerii igienei cavității bucale
- Apreciați resursele fizice ale pacientului pentru a stabili modul de participare a acestuia, capacitatea de autonomie, starea mintală
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Așezați pacientul în poziția adecvată:

a) Șezând și puneți un prosop în jurul gâtului, dacă starea permite

b) Decubit lateral cu capul ușor ridicat și sprijinit pe o pernă protejată cu prosop

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Aduceți materialele pregătite lângă bolnav
- Ajutați pacientul să se așeze în poziție adecvată stării sale
- Serviți pacientului periuța cu pasta și paharul cu apă
- Susțineți tăvița renală sub bărbia pacientului sau în apropierea feței acestuia așezată pe perna acoperită cu mușama și prosop
- Sfătuiți pacientul să perie dinții timp de 2-3 minute în sens vertical, pe ambele fețe pentru îndepărtarea depozitelor sau resturilor de alimente
- Invitați pacientul să-și clătească gura cu multă apă și la sfârșit cu apă de gură dacă dorește
- Oferiți pacientului așezat în decubit o cană cu cioc sau cu un tub de suctiune.

B. LA BOLNAVUL INCONȘTIENT

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Periuța personală
- Pasta de dinți cu fluor
- Prosop
- Tamponare pe porttampon
- Deschizător de gură
- Compresse de tifon sterile
- Apa boricată, glicerină boraxată 2%, glicerină boraxată cu stamicin
- Spatulă linguală
- Tăviță renală
- Mănuși de unică folosință
- Vaselină pentru buze
- Seringă pentru aspirarea lichidului

PREGĂTIREA PACIENTULUI

- Luați în considerare diagnosticul, tratamentul, dieta
- Observați starea pacientului și apreciați nevoia de îngrijire, starea de hidratare, aspectul buzelor
- Pacientul fiind necolaborant, îngrijirea se realizează de către nursă

FIZICĂ

- Așezați pacientul în decubit lateral, cu toracele ușor ridicat; dacă nu este posibil întoarceți capul într-o parte

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși
- Aduceți materialele lângă pacient
- Protejați perna cu un prosop și așezați alături tăvița renală și o seringă pentru aspirație
- Îndepărtați maxilarele cu ajutorul unui deschizător de gură și fixați între molarii din spate pentru a menține gura deschisă
- Periați suprafața externă a dinților folosind o cantitate mică de pastă și apă
- Aspirați cu seringă lichidul pentru a nu ajunge în căile respiratorii
- Renunțați la pastă și periuță dacă există riscul de aspirare în căile respiratorii
- Folosiți o spatulă linguală și tamponare pentru a îndepărta obrazii și buzele și pentru a curăți mucoasa bucală
- Curățați suprafața internă a dinților și limba, bolta palatină folosind tamponare cu glicerină boraxată
- Observați mucoasa orală, starea gingiilor și dinților, limba
- Stabiliți îngrijirile ulterioare în funcție de constatare
- Ungeți buzele cu vaselină

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Asigurați pacientului o poziție adecvată în raport cu starea sa generală
- Asigurați hidratare corespunzătoare pentru a preveni uscarea buzelor și mucoasei bucale

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele folosite colectând în containere speciale pe cele cu potențial de infecție

- Plasati obiectele bolnavului in noptiera
- Indepartati manusele
- Spalati mainile.

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

- Data, ora, soluțiile folosite
- Aspectul mucoasei, existența eventualelor leziuni, sângerarea gingiilor, mirosul, depozite

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul nu prezintă leziuni la nivelul mucoasei bucale
- Nu sunt semne de apariția candidozei bucale

Rezultate nedorite/ce faceti?

- Aspirarea lichidului în cale respiratorii
 - anunțați medicul.
- Lezarea mucoasei bucale și dinților cu deschizătorul sau porttamponul
 - Lucrați cu atenție, solicitați ajutor la nevoie

FIȘA Nr. 2.6.6.

ÎNGRIJIREA PROTEZELOR DENTARE

OBIECTIVUL PROCEDURII

- Menținerea igienei protezei și a cavității orale

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pahar mat
- Periuță
- Pasta de dinți
- Mănuși de unică folosință

EFFECTUAREA PROCEDURII

Rugați pacientul conștient să-și scoată proteza, să o curețe și noaptea să o pună într-un pahar propriu netransparent

Asigurați intimitatea acestuia dacă se jenează să-și scoată proteza în prezența altor persoane

În cazul bolnavului inconștient:

- Îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Prindeți proteza cu o bucată de tifon și îndepărtați-o cu blândețe
- Spălați proteza cu pastă și periuță
- Păstrați proteza într-un pahar special, mat
- Redați pacientului proteza când își recapătă starea de conștiență - clătiți proteza înainte de a o reda

FIȘA Nr. 2.6.7.

ÎNGRIJIREA UNGHIILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

Se face în cadrul băii pe regiuni sau separat, după caz pentru:

- Îndepărtarea depozitului subunghial
- Evitarea leziunilor prin grataj la pacienți, cu prurit
- Obținerea unei aparențe îngrijite a pacientului

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Apă și săpun, bazin (lighean)
- Periuță de unghii
- Forfecuță și pilă de unghii
- Prosop, aleză
- Mănuși de unica folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul asupra necesității procedurii
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Așezați pacientul în poziție de decubit dorsal cât mai comod

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați-vă mâinile și îmbrăcați mănușile
- Introduceți mâna/piciorul pacientului în bazinul cu apă caldă și săpun pentru cca 5 minute - - Așezați apoi mâna/ piciorul pe un prosop, timp în care introduceți în bazin cealaltă mână , respectiv picior
- Tăiați cu mare atenție unghiile, la nivelul degetului, apoi piliți-le; fragmentele tăiate strângeți-le pe o bucată de pânză (aleză) sau un prosop

EVITAȚI LEZAREA ȚESUTURILOR ADIACENTE.

RISC DE INFECȚII - PANARIȚII LA DIABETICI.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Strângeți apoi materialul folosit
- Îndepărtați-vă mănușile și spălați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notati:

- Data, ora, observațiile făcute
- Observații privind culoarea, eventualele striatțiuni, îngroșări, modificări de formă

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul exprimă stare de confort

FIȘA Nr. 2.6.8.

ÎNGRIJIREA PĂRULUI

FIȘA Nr. 2.6.8

A. ÎNGRIJIREA ZILNICĂ A PĂRULUI PRIN PIEPTĂNARE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea igienei părului și a stării de bine a pacientului
- Menținerea unui aspect fizic plăcut și păstrarea demnității

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pieptene și perie personale
- Clame, panglici
- Un prosop sau o aleză

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului/pacientei necesitatea menținerii igienei părului
- Evaluați resursele pacientului/pacientei pentru a stabili dacă își poate pieptăna singur/singură părul sau are nevoie de ajutor

b) FIZICĂ:

- Așezați pacientul/pacienta într-o poziție în care-i permite starea generală (șezând sau decubit lateral)
- Acoperiți umerii sau perna cu un prosop, o bucată de pânză, în funcție de poziția pacientului/pacientei

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Serviți pacientul/pacienta cu materialele necesare și ajutați-i să se pieptene singuri
- Așezați pacientul/pacienta într-o poziție confortabilă
- Acoperiți umerii sau perna pacientului/pacientei cu un prosop sau aleză
- Îmbrăcați mănuși dacă pacientul prezintă leziuni la nivelul scalpului
- Pieptănați și periați părul scurt, pe rând pe fiecare parte

- Împărțiți părul lung sau buclat în suvițe și pieptănați dinspre capăt spre rădăcina firului de păr
- Împlețiți părul lung având grijă să nu jeneze pacientul/pacienta când stă în decubit

- Observați eventualele leziuni ale scalpului cât și aspectul părului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție confortabilă (dacă este cazul)

- Reașezați parul

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele folosite și eventualele fire de păr căzute

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Notați în planul de îngrijire eventuale leziuni

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate:

- Pacientul exprimă stare de confort

- Nu prezintă leziuni sau paraziți

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul prezintă paraziți

- efectuați deparazitarea

- Pacientul are urme de sânge sau alte substanțe

* nu tăiați părul decât dacă este absolut necesar; obțineți consimțământul

FIȘA Nr. 2.6.8.

B. ÎNGRIJIREA ZILNICĂ A PĂRULUI PRIN SPĂLARE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea igienei părului și a stării de bine a pacientului

- Îndepărtarea excesului de sebum

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Lighean

- Găleată pentru colectarea apei folosite

- Vas cu apă caldă, termometru de baie

- Săpun lichid/șampon

- Mușama și aleză

- Prosoape

- Uscător de păr

- Perie, pieptăne

- Paravan

- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul/pacienta și stabiliți de comun acord ora spălării

- Evaluați resursele pacientului/pacientei pentru a putea aprecia contribuția acestuia. Obțineți consimțământul.

b) FIZICĂ:

- Asigurați poziția în funcție de starea generală:

1) șezând, pe scaun cu spatele sau cu fața spre lavoar (sau în picioare aplecat deasupra lavoarului)

2) șezând pe un scaun cu spătar alături de care se așează al 2-lea scaun pe care se pune ligheanul

3) decubit dorsal cu toracele ușor ridicat și cu salteaua îndoită sub torace lăsând somiera liberă spre capătul patului

4) decubit dorsal, orientat oblic, cu capul spre marginea patului

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Asigurați-vă că temperatura din salon este de peste 20°C, geamurile și ușa sunt închise

- Asigurați intimitatea izolând patul cu un paravan
 - Spălați mâinile și îmbrăcați mănușile
 - Procedați în continuare în funcție de poziția aleasă și starea pacientului
- Cu pacientul în poziție șezând
- Așezați pacientul pe un scaun sau în fața lavoarului
- Cu pacientul în poziție de decubit
- Rulați salteaua și acoperiți cu mușama și aleză pe care se sprijină spatele și capul pacientului / pacientei.
 - Așezați ligheanul pe partea de somieră rămasă liberă și introduceți capătul liber al mușamalei făcut sul în găleata pentru a permite scurgerea apei
 - Așezați pacientul/pacienta oblic pe pat cu capul spre margine. Introduceți sub capul și umerii pacientului/pacientei mușama și aleza. Așezați găleata pentru colectarea apei murdare în vecinătatea patului și introduceți capătul liber al mușamalei făcut sul
 - Susțineți cu o mână (dacă este cazul) capul pacientului, iar cu cealaltă umeziți și șamponați părul. Apelați la ajutorul altei persoane (dacă este necesar)
 - Masați ușor pielea capului cu vârful degetelor și spălați de 2-3 ori
 - Limpeziți cu multă apă
 - Acoperiți părul cu un prosop cald și ștergeți bine

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacientul/pacienta să se așeze în pat
- Verificați dacă este cazul funcțiile vitale
- Evitați curenții de aer
- Acoperiți capul pacientului/pacientei dacă este necesar sau solicitați

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați apa murdară și materialele folosite
- Curățați și dezinfecțați materialele folosite, așezați-le la locul de păstrare
- Îndepărtați mănușile și spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Notați în planul de îngrijire data, observațiile făcute

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul exprimă stare de confort
- Nu prezintă leziuni ale scalpului

Rezultate nedorite / Ce faceți?

- Pacientul prezintă leziuni ale scalpului:
 - informați medicul, eventual se va consulta un dermatolog

FIȘA Nr.2.7.

SCHIMBAREA POZIȚIEI PACIENTULUI IMOBILIZAT, ADINAMIC

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea complicațiilor (escare, tromboze, încetinirea tranzitului)
- Promovarea stării de confort

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Perne
- Pătura făcută sul, suluri din materiale textile
- Sprijinitor pentru picioare sau sac de nisip

PREGĂTIREA PACIENTULUI

- Informați pacientul asupra necesității schimbării poziției
- Explicați pacientului importanța schimbării poziției la anumite intervale de timp

EFFECTUAREA PROCEDURII:

Participă 1 sau 2 persoane, una având rol de coordonator

A.

1. Schimbarea poziției din decubit dorsal în decubit lateral
 - Identificați pacientul și evaluați resursele acestuia
 - Aduceți materialele auxiliare lângă pat
 - Așezați-vă de partea patului spre care întoarceți pacientul
 - Ridicați pătura și pliați-o spre partea opusă
 - Prindeți cu mâna dinspre cap umărul pacientului, ridicați-l cu blândețe și introduceți pătura sub spate (sau un sul) pentru a-l sprijini
 - Susțineți toracele pacientului pentru a-i asigura stabilitate și cu mâna dinspre picioare rotați bazinul și membrele inferioare
 - Sprijiniți spatele pacientului cu un sul de cearșaf
 - Flectați membrul inferior de deasupra și introduceți sub el o perna
 - Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l când va fi o nouă schimbare
2. Schimbarea poziției din decubit lateral în decubit dorsal
 - Așezați-vă de partea patului spre care este orientat spatele pacientului și rugați o persoană să vă ajute
 - Prindeți pacientul de sub axilă și sprijiniți-i capul pe antebraț
 - Rugați ajutorul să introducă o mână sub bazinul pacientului ,
 - Sincronizați-vă mișcările și executați o mișcare de rotație aducând pacientul în decubit dorsal
 - Introduceți sub regiunea lombară și sub genunchi pernuțe subțiri sau materiale textile împăturite pentru a respecta curbura fiziologică a coloanei și pentru a evita hiperextensia membrelor
 - Întindeți lenjeria de corp și de pat
 - Acoperiți pacientul
 - Anunțați ora următoarei schimbări

B.

1. Schimbarea poziției din decubit dorsal în poziție șezând
 - a) de către o singură persoană
 - Îndoiiți/pliați pătura și dezveliți pacientul până la mijloc
 - Așezați-vă față în față cu pacientul, rugându-l să întoarcă puțin capul într-o parte
 - Prindeți cu o mână regiunea axilară
 - Îmbrățișați cu cealaltă mână spatele pacientului sprijinindu-i capul pe antebraț
 - Rugați pacientul care are resurse fizice să vă prindă de umeri, să-și flecteze genunchii și să se sprijine pe tălpi
 - Comandați mișcarea de ridicare folosind un cuvânt de îndemn (de. Ex. "sus")
 - Ajutați pacientul să se ridice în timp ce se sprijină și deplasați-l ușor spre capul patului
 - Sprijiniți spatele cu perna sau cu rezemătorul mobil al patului
 - Asigurați menținerea poziției introducând un sul sub genunchi și punând la tălpi un sprijinitor sau un sac de nisip
 - b) de către două persoane
 - Așezați-vă de o parte și de alta a patului
 - Încrucșițați antebrațele pe spatele pacientului
 - Introduceți cealaltă mână în axilă
 - Comandați mișcarea de ridicare și executați-o în același timp
 - Fixați poziția cu perne sau cu rezemătorul mobil
 2. Reașezarea pacientului în decubit dorsal din poziția șezând
 - Îndepărtați pernele și sulurile
 - Prindeți pacientul ca și în cazul ridicării
 - Lasați ușor pe spate
 - Reașezați patul, întindeți lenjeria
 - Fixați sulurile sub regiunea lombară și genunchi
- C. Readucerea pacienților alunecați din poziție semișezând sau șezând
- Rugați pacientul să întoarcă fața spre partea opusă
 - Rugați-l să se sprijine pe tălpi și să se ridice puțin la comandă
 - Introduceți mâna sub axile și conduceți mișcarea de ridicare ajutând pacientul

să se deplaseze ușor spre capătul patului

a) dacă aveți un ajutor

- Așezați-vă de o parte și de alta a patului
- Prindeți cu o mână din axilă sau încrucisați antebrațele pe spatele pacientului
- Introduceți cealaltă mână sub regiunea fesieră a pacientului și acționați sincron la comandă ridicând pacientul până la nivelul dorit

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Asigurați-vă că pacientul este relaxat, se simte bine.
- Verificați lenjeria și materialele auxiliare folosite să nu jeneze pacientul
- Vizitați pacientul între două schimbări pentru a vedea dacă acuză durere
- Măsurați dacă este cazul: pulsul; TA; respirația

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele inutile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați orarul schimbării poziției și comportamentul pacientului în timpul procedurii
- Notați aspectul tegumentelor la nivelul punctelor de sprijin

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultatul așteptat

- Pacientul exprimă stare de bine, nu sunt modificări tegumentare în punctele de presiune și al valorilor funcțiilor vitale

Rezultat neașteptat / Ce faceți

- Pacientul acuză manevre brutale care-i provoacă dureri
 - Comunicați cu pacientul pentru a culege mai multe informații despre starea sa și acționați cu mai multă blândețe
- La nivelul punctelor de sprijin apar semne de compresiune
 - Aplicați și alte măsuri de prevenire a escarelor

FIȘA Nr. 2.8.

MOBILIZAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea complicațiilor
- Stimularea tonusului fizic și psihic

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cadru mobil
- Agățători
- Baston
- Cârje

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Anunțați pacientul și descrieți mișcările care se vor face
- Explicați pacientului importanța mobilizării precoce
- Evaluați resursele fizice ale pacientului

b) FIZICĂ:

- Ajutați pacientul să se îmbrace corespunzător
- Măsurați pulsul

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Consultați medicul privind tipul de mobilizare și durata

1. Mobilizarea pasivă

- Faceți mișcări de flexie și rotație ale capului
- Continuați să faceți exerciții ale membrelor superioare și inferioare prin mișcări de flexie, extensie, abducție, adducție, supinație și pronatie - mobilizați toate articulațiile cu blândețe
- Comunicați cu pacientul pentru a afla dacă are dureri și observați faciesul
- Masați membrele în sensul circulației de întoarcere
- Controlați pulsul

2. Ridicarea în poziție șezând

a) În pat

- Ajutați pasiv pacientul să se ridice și sprijiniți-l cu perne sau folosiți rezeamătorul mobil
- Montați deasupra patului o agățătoare mobilă și stimulați pacientul să se ridice, sprijinindu-l cu perne dacă este necesar

b) La marginea patului

- Executarea de către o singură persoană
 - Introduceți o mână sub regiunea omoplaților, iar cealaltă sub regiunea poplitee
 - Dacă este cazul rugați pacientul să se prindă de gâtul dumneavoastră
 - Rotiți picioarele pacientului într-un unghi de 90° și lăsați-le să atârne ușor la marginea patului
 - Observați faciesul pacientului
- Executarea de către 2 persoane
 - Așezați-vă spre capul pacientului și introduceți mâinile sub omoplați
 - Rugați ajutorul să introducă mâinile sub regiunea poplitee
 - Sincronizați mișcările și ridicați spatele pacientului rotind picioarele cu 90° și aduceți-le la marginea patului
 - Mențineți pacientul în această poziție - la început câteva minute, apoi creșteți treptat timpul
 - Reașezați pacientul pe pat, executând mișcările în sens invers

c) Așezarea pacientului în fotoliu

- Așezați pacientul la marginea patului
- Oferiți pacientului papucii
- Așezați fotoliul cu rezeamătoarea laterală lipită de marginea patului
- Așezați-vă în fața pacientului și introduceți mâinile sub axile, rugându-l să țină capul întors într-o parte
- Dacă aveți ajutor, așezați-vă de o parte și de alta a pacientului
- Prindeți fiecare pacientul pe sub axilă și ridicați-l în picioare
- Rotiți pacientul cu spatele spre fotoliu și așezați-l cu grijă în fotoliu
- Acoperiți pacientul cu un pled dacă situația o cere (temperatură mai scăzută în încăperea)
- Reașezați pacientul în pat executând mișcările în sens invers

d) Ridicarea pacientului în poziție ortostatică

- Repetați mișcările de aducere a pacientului în poziție șezând, cât mai aproape de marginea patului
- Așezați-vă de o parte a pacientului și sprijiniți-l de sub axile
- Ridicați pacientul în picioare
- Observați faciesul pacientului și mențineți-l în ortostatism câteva minute
- Întrebați pacientul dacă se simte bine
- Așezați pacientul pe pat dacă acuză amețeli
- Reașezați pacientul pe pat executând mișcările în ordine inversă

e) Efectuarea primilor pași

- Întrebați medicul dacă pacientul se poate deplasa
- Ridicați pacientul mai întâi în poziție șezând cât mai aproape de marginea patului și apoi în ortostatism
- Sprijiniți pacientul de braț și apoi ajutați-l să facă primii pași prin salon
- Creșteți distanța de deplasare în funcție de recomandarea medicală
- Oferiți pacientului un cadru mobil dacă starea generală îi permite să se deplaseze singur
- Supravegheați pacientul în timpul deplasării
- Încurajați pacientul să se ridice și să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Observați starea pacientului și măsurați P, R, TA, dacă este cazul
- Așezați pacientul în poziție comodă
- Întindeți lenjeria pentru a preveni apariția escarelor

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Așezați materialele folosite în locurile de depozitare

- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Tipul de mobilizare, durata, numărul mobilizărilor, orarul acestora și comportamentul pacientului

- Informații utile legate de recomandările medicale.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- pacientul se mobilizează conform programului

- nu prezintă complicații favorizate de imobilizare

Rezultate nedorite / Ce facem dacă:

- Pacientul refuză mobilizarea

Cercetați cauza

- prezintă dureri

- se teme de durere

- este slăbit

- prezintă amețeli

Încurajați pacientul

- acordați-i mai mult timp

- asigurați-l că sunteți acolo pentru a-l ajuta

Administrați un calmant înainte de mobilizare (la recomandarea medicului)

- acționați cu blândețe

Reduceți durata mobilizării

(dacă pacientul se simte slăbit sau are amețeli)

FIȘA Nr. 2.9.1.

CAPTAREA URINII

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Gölirea vezicii urinare la pacientul imobilizat

- Măsurarea cantității de urină eliminată

- Observarea aspectului urinei

- Obținerea unei mostre de urină pentru examinare

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan

- Ploscă sau urinar

- Hârtie igienică

- Materiale pentru toaleta locală (dacă este cazul)

- Mușama și aleză pentru protecția patului

- Materiale pentru spălarea mâinilor pacientului

- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Încurajați pacientul să-și invingă jenă și să solicite plosca sau urinarul când are nevoie

- Asigurați pacientul că-i va fi respectată pudoarea

b) FIZICĂ:

- Izolați pacientul cu un paravan

- Evaluați resursele pacientului ca să vedeți dacă poate participa

- Așezați pacientul într-o poziție adecvată care să-i permită evacuarea

EFFECTUAREA PROCEDURII:

1. La pacientul în stare gravă, care necesită ajutor

- Spălați mâinile

- Îmbrăcați mănuși de unică folosință

- Ridicați pătura

- Protejați patul cu mușama și aleză

- Dezbrăcați partea inferioară a corpului (daca este cazul)
- Încălziți plosca sau urinarul prin clătire cu apă caldă și uscați prin ștergere cu hârtie igienică
- Introduceți plosca sub pacient respectând pașii de la captarea materiilor fecale sau așezați urinarul între coapsele pacientului

2. La pacienții de sex masculin, penisul se introduce în urinar sau se orientează spre plosca (bazinet)

- Lăsați pacientul câteva minute singur
- Îndepărtați plosca și urinarul
- Ajutați pacientul să-și spele mâinile

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacientul să se îmbrace (daca este cazul)
- Așezați pacientul într-o poziție comodă sau într-o poziție recomandată
- Întindeți lenjeria de corp și de pat
- Îndepărtați aleza sau înlocuiți-o dacă s-a umezit

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați paravanul
- Îndepărtați plosca sau urinarul în vederea golirii
- Măsurați cantitatea și observați aspectul după care goliți și clătiți plosca sau urinarul

NOTAREA PROCEDURII

- Notați cantitatea, culoarea și aspectul, întreruperea jetului, eventualele senzații neplăcute (jenă, usturime)

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATUL AȘTEPTAT

- Pacientul își golește cu ușurință vezica, exprimă stare de confort și nu acuză jenă
- Cantitatea este normală, culoarea gălbuie, aspect clar

REZULTATE NEDORITE/ CE FACEȚI?

- Urinează cu dificultate, în cantitate mică, acuză usturimi
- Urina este tulbură, decolorată, hiper Cromă, roșie (conține sânge)
 - Se anunța medicul
 - Se culeg informații în legătura cu medicamentele administrate care se elimină prin urină și produc modificări

FIȘA Nr. 2.9.2.

CAPTAREA MATERIILOR FECALE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Asigurarea intimității pacientului imobilizat în vederea eliminării asistate a materiilor fecale

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan
- Bazinet (ploscă)
- Materiale pentru efectuarea toaletei
- Hârtie igienică
- Materiale pentru spălarea mâinilor pacientului
- Mușama, aleză
- Manuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Încurajați pacientul să-și învingă jena și să solicite servirea ploștii atunci când are nevoie
- Asigurați pacientul că i se va respecta pudoarea și intimitatea
- Stabiliți cu pacientul un orar (de ex. dimineața și seara)

b) FIZICĂ:

- Așezați pacientul într-o poziție adecvată

- Evaluați resursele pacientului pentru a stabili cum poate participa

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați-vă mâinile
- Îmbrăcați mânușile de unică folosință
- Ridicați pătura și protejați patul cu aleză și mușama
- Dezbrăcați pacientul de la brâu în jos
- Încălziți bazinetul metalic prin clătire cu apă caldă; uscați-l prin ștergere cu hârtie igienică
- Asigurați confortul psihic prin ridicarea capătului cefalic al patului dacă starea pacientului o permite
- Așezați mușama sub bazinul pacientului/clientului
- Rugați pacientul să se ridice sprijinindu-se pe coate și plante
- Introduceți o mână pe sub mijlocul pacientului pentru a-l susține
- Introduceți plosca/bazinetul sub pacient cu cealaltă mână și asigurați-vă că este bine așezat
- Solicitați ajutorul unei alte persoane pentru ridicarea pacientului dacă starea nu-i permite să participe
- Asigurați-vă că la pacienții de sex masculin penisul este orientat în bazinet
- Acoperiți pacientul până termina actul defecării
- Lasați pacientul singur, dar nu vă îndepărtați foarte mult, astfel încât să vă poată anunța când termină
- Oferiți pacientului hârtie igienică după defecare, dacă starea acestuia o permite
- Îndepărtați bazinetul/plosca, acoperind-o cu un material impermeabil
- Efectuați la nevoie toaleta regiunii perianale pe alt bazinet special pregătit
- Oferiți apă, săpun și prosop pacientului pentru spălarea mâinilor dacă a folosit hârtie igienică

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Îndepărtați mușama
- Coborâți capătul cefalic al patului până la o poziție comodă pentru pacient
- Verificați lenjeria de pat și de corp să nu fie umedă sau cutată
- Ajutați pacientul să îmbrace pantalonul de pijama
- Așezați pacientul în poziție comodă

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați paravanul și aerisiți salonul
- Îndepărtați materialele utilizate și asigurați-vă că plosca a fost golită și curățată

NOTAREA PROCEDURII

- Notați cantitatea eliminată în foaia de temperatură sau în planul de îngrijiri
- Descrieți eventuale aspecte patologice ale scaunului (culoare, formă, prezența sângelui, puroiului, mucusului), prezența durerii
- Prezentați la vizită scaunul cu aspect modificat

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Scaunul eliminat de pacient este de aspect și consistență normale
- Pacientul prezintă stare de confort

Rezultate nedorite:

- Ce faceți dacă:

Pacientul/clientul nu poate elimina

- Verificați dacă stă în poziție comodă
- Verificați dacă nu prezintă fecaloame
- Lasați pacientul singur pentru a-i respecta pudoarea și intimitatea
- Informați medicul

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea răspândirii infecției
- Observarea aspectului
- Obținerea unor mostre pentru examene de laborator

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pahar conic gradat, scui pătoare sau cutie Petri sterilă
- Soluție dezinfectantă (pentru inactivarea germenilor)
- Șervețele de hârtie

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului importanța colectării sputei pentru prevenirea răspândirii infecției și protecției mediului
- Înștiințați pacientul să nu înghită sputa

b) FIZICĂ:

- Tapotați ușor toracele și rugați pacientul să tușească pentru a se desprinde mai ușor secrețiile

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Identificați pacientul care tușește și expectorează
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Dați pacientului scui pătoarea sau cutia Petri în care ați pus soluție dezinfectantă cu excepția situațiilor în care se urmărește recoltarea pentru examene de laborator
- Instruiți pacientul să elimine sputa numai în colectorul primit și să nu arunce pe jos, să nu scuie în batistă, să acopere vasul de fiecare dată, să nu pună resturi de țigară
- Schimbați scui pătoarea/ cutia Petri de cel puțin 2 ori pe zi sau de câte ori este nevoie

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacientul imobilizat să-și clătească gura cu apă pentru a îndepărta senzația de greață și oferiți-i șervețele de hârtie pentru a se șterge
- Sfătuiți pacientul să stea într-o poziție care să faciliteze o mai bună respirație și eliberarea căilor respiratorii

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați conținutul scui pătorii după ce ați observat aspectul, culoarea, cantitatea
- Respectați cu strictețe precauțiunile universale pentru prevenirea transmiterii infecțiilor
- Asigurați-vă că după golire, colectoarele au fost spălate cu apă rece apoi cu apă caldă folosind o perie ținută în soluții dezinfectante
- Păstrați scui pătorile în locuri izolate și asigurați-vă că se sterilizează corect în vederea folosirii

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Cantitatea (măsurată cu paharul gradat) dacă este necesar
- Culoarea, forma și compoziția (roșie, roz, brună, spumoasă, purulentă)

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE DORITE

- Pacientul respectă recomandările făcute, nu sunt posibilități de răspândire a infecției

REZULTATE NEDORITE / CE FACEȚI?

- Pacientul nu este colaborant, nu respectă recomandările făcute
 - Rezervați-vă mai mult timp pentru a sta de vorbă și a educa pacientul
 - Solicitați ajutorul familiei pacientului dacă este necesar
- Există risc de infecții nosocomiale
 - Aplicați toate precauțiunile universale
 - Informați medicul

FIȘA Nr. 2.9.4.
CAPTAREA VĂRSATURILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Evitarea murdăririi lenjeriei
- Evitarea aspirării conținutului gastric în căile respiratorii

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- 2 tăvițe renale curate, uscate
- Mușama
- Aleză
- Pahar cu apă
- Șervețele de hârtie, prosop

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Încurajați pacientul să respire adânc pentru a reduce puțin senzația de vomă
- Asigurați pacientul că sunteți lângă el

b) FIZICĂ:

- Ridicați pacientul în poziție șezând dacă starea permite sau așezați-l în decubit cu capul întors într-o parte cu un prosop sau o aleză sub cap

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Îndepărtați proteza dentară dacă există
- Sustineți cu o mână fruntea pacientului iar cu cealaltă tăvița renală sub bărbie sau lângă fața pacientului în funcție de poziție

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Oferiți pacientului un pahar cu apă să-și clătească gura și colectați într-o tăviță renală curată
- Ștergeți gura pacientului cu un șervețel sau oferiți-i șervețelul dacă starea permite
- Ajutați-l să se așeze într-o poziție comodă
- Supravegheați atent pacientul așezat în decubit să nu-și aspire conținutul stomacal dacă vărsătura se repetă

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați tăvița renală din salon
- Goliți, spălați și dezinfectați tăvița (dacă nu este nevoie să păstrați conținutul)
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notăți:

- Data, ora
- Conținutul (mucos, alimentar, bilios, fecaloid, sânge)
- Cantitatea, mirosul
- Simptome premergătoare
- Alte acuze ale bolnavului

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE

- Pacientul exprimă stare de confort, fără senzație de vomă

REZULTATE NEDORITE / CE FACEM?

- Senzația de vomă se menține, vărsătura se repetă
 - Sfătuiți pacientul să respire adânc
 - Nu serviți aceeași tăviță care conține voma deoarece simpla vedere declanșează reflexul de vomă
 - Anunțați medicul
- Vărsătura conține sânge, resturi de medicamente sau alimente
 - Păstrați vărsătura și prezentați-o medicului
 - Recoltați o mostră din vărsăturile care conțin resturi de medicamente sau alimente ingerate (dacă este indicat)

CAPITOLUL III. ALIMENTAREA PACIENTULUI

FIȘA Nr. 3.1.

ALIMENTAREA ACTIVĂ ȘI PASIVĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Asigurarea necesităților calorice și calitative în funcție de vârsta și starea organismului
- Favorizarea procesului de vindecare, consolidarea rezultatelor terapeutice și prevenirea cronicizării unor îmbolnăviri

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Veselă și tacâmuri
- Cană simplă
- Cană specială cu cioc sau în funcție de starea pacientului, tub pentru administrarea lichidelor
- Tavă, cărucior pentru alimente
- Alimente conform regimului recomandat
- Șervetele de masă
- 2 prosoape (șervete) pentru protecția lenjeriei de corp și pat

PREGĂTIREA PACIENTULUI

CULEGEȚI DATE DESPRE:

- Afecțiuni, regim, orarul meselor, repartizarea alimentelor pe mese
- Posibilitățile de mobilizare, dacă pacientul este imobilizat, dacă are indicație de repaus
- Posibilitatea de a-și folosi membrele superioare și nivelul de autonomie (se poate alimenta singur-activ, sau este alimentat de altă persoană- pasiv)
- Efectuarea unor examene care impun un anumit regim sau restricții alimentare înainte sau după acestea
- Administrarea unor medicamente înainte, în timpul mesei sau după masă
- Preferințele alimentare ale pacientului

a) PSIHICĂ:

- Stimulați autonomia
- Explicați pacientului importanța alimentației și a respectării regimului pentru evoluția favorabilă a bolii

b) FIZICĂ:

- Respectați recomandările cu privire la mobilizarea ei asigurați pacientul de ajutorul dumneavoastră
- Ajutați pacientul să se spele pe mâini
- Așezați pacientul într-o poziție confortabilă în raport cu starea sa generală:
 - Șezând la masă în salon sau în pat
 - Semișezând pentru pacientul care se poate ridica puțin
 - În decubit lateral stâng dacă pacientul este dreptaci, cu capul ușor ridicat

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați dacă sunt îndeplinite condițiile pentru servirea mesei: salonul este aerisit, au fost îndepărtate ploștile și urinarele, nu se fac tratamente, nu se face curat în salon
- Identificați pacientul și regimul alimentar recomandat
- Ajutați pacientul să-și spele mâinile
- Pregătiți alimentele pe o tavă acordând atenție aspectului estetic
- Îmbrăcați un halat curat și manșii

a) Alimentarea activă

Servirea mesei la pat în poziție șezând sau semișezând

- Așezați pacientul în poziție confortabilă
- Protejați lenjeria pacientului cu ajutorul unui prosop dacă este cazul
- Așezați tava cu alimente în fața pacientului sau adaptați o masuță specială
- Ajutați pacientul să taie alimentele dacă este necesar

- Observați dacă pacientul consumă toate alimentele
- Alimentarea activă la pat în poziție de decubit lateral
- Așezați pacientul în decubit lateral lăsând liber brațul dominant (de obicei drept)
- Ridicați ușor capul pacientului și protejați patul pacientului cu un prosop curat
- Așezați sub bărbia pacientului un prosop curat
- Puneți tava cu alimente pe marginea patului, pe un taburet sau pe noptieră așa încât pacientul să vadă ce mănâncă
- Taiati alimentele în bucăți mici
- Ajutați pacientul să bea lichide prin sucțiune sau cu ajutorul unei căni speciale

b) Alimentația pasivă

- Așezați pacientul în poziție șezând (dacă are membrele superioare afectate) sau semișezând (dacă este imobilizat, adinamic, epuizat, în stare gravă)
- Protejați lenjeria de pat și de corp folosind prosoape curate
- Plasați tava cu alimente pe noptieră, pe un taburet sau pe o măsuță adaptabilă la pat
- Așezați-vă în partea dreaptă a pacientului (de regulă) pe un scaun, verificați temperatura alimentelor
- Ridicați cu o mână (stânga) capul bolnavului cu pernă și administrați supă cu lingura pe jumătate plină
- Asigurați-vă că pacientul a înghițit înainte de a administra o nouă cantitate
- Rezervați-vă suficient timp pentru a putea face mici pauze dacă este nevoie
- Taiati alimentele în bucăți mici fără să le atingeți cu mâna
- Încurajați pacientul să consume alimentele purtând o discuție agreabilă
- Folosiți lingurița sau o pipetă dacă pacientul este în stare foarte gravă sau are tulburări de deglutiție
- Observați permanent faciesul pacientului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă dacă nu poate singur
- Refaceți patul, îndepărtați eventualele firmituri sau schimbați lenjeria dacă este necesar
- Verificați dacă prezintă cumva senzație de greață
- Ajutați pacientul să-și facă toaleta cavității bucale

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați vasele murdare și resturile alimentare
- Aerisiți încăperea

NOTAREA PROCEDURII

- Notați în dosarul de îngrijire cantitatea de alimente și lichide ingerate
- Modificările de apetit: dispariția, diminuarea, exagerarea, refuzul alimentelor, nu-i place mâncarea, respectă restricțiile religioase, refuză anumite alimente
- Prezintă sete exagerată
- Acuză senzație de greață, de rău în timpul mesei sau după masă
- Acuză senzația de plenitudine
- Refuză regimul recomandat, consumă alimente nepermise
- Recomandări speciale care trebuie comunicate turei următoare: mese mici și dese, în timpul nopții, restricție alimentară pentru examinările din zilele următoare

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul consumă întreaga cantitate de alimente și se hidratează corespunzător
- Exprimă stare de confort
- Respectă regimul alimentar, o parte din simptome au dispărut

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul nu consuma întreaga cantitate de alimente
 - Cercetați cauzele: apetit diminuat, condiții necorespunzătoare de servire a mesei, nu-i plac alimentele, consumă alimente aduse de aparținători, își respecta religia

- Pacientul refuză anumite alimente, acuză greață
 - Se consemnează observațiile și se anunță medicul

FIȘA Nr. 3.2.

ALIMENTAREA PRIN GASTROSTOMĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Punerea în repaus a esofagului obstruat sau lezat de ingestia accidentală sau voluntară de substanțe caustice.
- Asigurarea aportului hidric și nutrițional înaintea intervenției pentru esofagoplastie

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- O pâlnie din plastic
- Recipientul cu lichid alimentar (supă, ceai)
- Regimul de stenoză esofagiană: alimente solide tocate mărunt și pasate
- Bagheta pentru propulsarea alimentelor pe sondă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Oferiți pacientului informații clare, accesibile despre modul de alimentare pe stoma pentru a-i reduce teama și a obține colaborarea sa
- Încurajați pacientul să se alimenteze singur pentru a-și recăpăta autonomia

b) FIZICĂ:

- Așezați pacientul în poziție șezând, pe marginea patului sau pe un scaun cu spătar, astfel încât sonda să fie menținută în poziție verticală, paralelă cu toracele

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Explicați pacientului care se alimentează singur:
 - să-și spele mâinile
 - să îndepărteze dopul de la sondă
 - să adapteze pâlnia la capătul sondei menținând-o în poziție verticală
 - să introducă pe rând felurile de mâncare din regimul de stenoză, astfel:
 - lichidul să-l toarne încet pe pâlnie, nu mai mult de 100 ml o dată pentru a nu destinde brusc stomacul
 - alimentul solid pasat să-l verse în pâlnie și să-l împingă pe sondă cu ajutorul baghetei de plastic sau lemn
 - să adauge din când în când lichid alimentar, pentru a ușura înaintarea alimentului pasat
 - să nu introducă la o "masă" mai mult de 400 g de alimente pasate datorită tulburărilor de digestie și de absorbție existente
 - să termine totdeauna "masa" cu lichid pentru a spăla lumenul sondei
 - să astupe capătul sondei cu dopul de plastic sau cauciuc
 - să fixeze sonda în poziție verticală, paralelă cu toracele
 - să evite poziția de decubit dorsal după masă întrucât favorizează "regurgitarea" conținutului pe sondă
 - să-și spele mâinile după masă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Observați tegumentul din jurul stomei
- Protejați pielea cu un unguent cu zinc și refaceți pansamentul din jurul stomei în cazul regurgitării sucului gastric.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul este compliant și respectă indicațiile oferite.
- Toleranța digestivă este bună.
- Cantitatea de alimente este adaptată posibilităților de digestie și de absorbție ale stomacului.

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul nu este compliant.

- Pacientul manifestă atitudini de respingere a imaginii corporale modificate.
- Incurajați pacientul să-și accepte imaginea
- Toleranța digestivă este scăzută.
- Capacitatea de digestie și de absorbție a stomacului este redusă iar pacientul prezintă semne de denutriție.
- Informați medicul pentru a stabili conduita terapeutică

FIȘA Nr. 3.3.

ALIMENTAREA PACIENTULUI PRIN SONDA NAZO-GASTRICĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea alimentelor în stomac folosind sonda nazo-gastrică la:
 - Pacienții inconștienți,
 - Pacienții cu tulburări de deglutiție,
 - Pacienții cu negativism alimentar, cu intoleranță sau hemoragii digestive,
 - Pacienții operați pe tubul digestiv și organele anexe,
 - Pacienții cu stricturi esofagiene și ale cardiei, care împiedică pătrunderea bolului alimentar din cavitatea bucală în stomac

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pe o taviță medicală se vor pregăti:

- Sonda gastrică, sonda duodenală Einhorn, sonde intestinale din cauciuc sau sonde din polietilen
- Pâlnie, tub de cauciuc, prestub
- Soluție de cocaină 2%
- Glicerină sau ulei de vaselină pentru lubrefiere
- Leucoplast
- Seringi
- Aparat de perfuzie a alimentelor
- Tavă medicală, mușama
- Mănuși de unică folosință
- Rația de lichide alimentare
- Amestecuri alimentare: ouă crude, lapte, zahăr, cacao, sare, vitamine, unt, smântână

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați mâinile și îmbracați mănuși
- Introduceți sonda gastrică, verificați poziția acesteia și fixați extremitatea liberă a sondei cu leucoplast de fața și urechea pacientului (vezi tubajul nazo-gastric)
- Controlați conținutul gastric și la nevoie aspirați staza
- Folosiți amestecurile preparate pentru alimentarea pe sondă, lipsite de grunji sau alte conglomerate, care ar putea astupa sonda (vor fi strecurate prin tifon împăturit în 8 straturi)
- Pregătiți aparatul de perfuzie, umpleți rezervorul picuratorului, eliminați aerul din tubul de legătură și racordați perfuzorul la sondă
- Introduceți rația zilnică în 4-6 doze, foarte încet, cu aparatul de perfuzie atașat la extremitatea liberă a sondei
- Încălziți lichidul alimentar la temperatura corpului
- Verificați viteza de scurgere a picuratorului; nu se va administra mai mult de 200-250 ml într-o oră
- Administrați pe sondă 200-300 de ml de apă pentru spălarea perfuzorului și a sondei, apoi insuflați puțin aer, pentru a o goli complet și închideți extremitatea liberă cu o clamă Hoffmann sau o pensa Pean, împiedicând picurarea rămășițelor de lichid din sondă în faringe și laringe, acestea putând fi aspirate de bolnavul inconștient, lipsit de reflexul tusei.
- Asigurați-vă că pacientul primește rația adecvată, cantitativ și calitativ și i se asigură necesarul de lichide

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul într-o poziție comodă și includeți sonda între două administrări
- Urmăriți pacientul pentru a sesiza apariția grețurilor, vărsăturilor, balonării, crampelor, diareei
- Îndepărtați sonda când se termină indicația de alimentare artificială, respectând pașii de la tubajul nazo-gastric sau la intervale stabilite de medic (2-3 zile - sondele de cauciuc, 4-7 zile - sondele de polietilen)
- Lasați un interval liber de 6-8 ore pe timpul nopții până la montarea unei noi sonde, pentru refacerea circulației la nivelul mucoasei și, dacă nu există o contraindicație, schimbați nara
- Mobilizați sonda rămasă pe loc pentru a evita lezarea mucoasei
- Verificați dacă senzația de foame a dispărut sau a diminuat

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați mânușile și materialele folosite în containere speciale;
- Spălați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Procedura și numele celui care a efectuat-o
- Data, ora, cantitatea și felul alimentelor administrate
- Reacții adverse, intoleranță (greață, vomă)

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul a tolerat bine administrarea alimentelor pe sonda gastrică
- Pacientul este satisfăcut

Rezultate nedorite / Ce faceți:

Pacientul prezintă greață, vărsături

- Consultați medicul
- Poate fi o intoleranță sau o reacție la unele alimente

Pacientul prezintă leziuni la nivelul mucoasei nazale și uscăciunea mucoasei bucale

- Asigurați o bună igienă a cavității bucale ,
- Mobilizați sonda
- Schimbați nara după asigurarea unui repaus între îndepărtarea și repunerea sondei

Pacientul prezintă tuse și semne de sufocare

- Ati greșit procedura și alimentele au ajuns în căile aeriene
- Retrageți sonda și o reintroduceți pe cale esofagiană
- Anunțați medicul pentru a stabili măsuri de prevenire a bronhopneumoniei de aspirație
- Acordați o atenție deosebită pacientului inconștient

RECOMANDĂRI

- Sondele de cauciuc pot fi lăsate pe loc 2-3 zile, menținerea lor peste acest termen poate cauza leziuni ale mucoasei nazale
- Sondele de polietilen pot fi menținute și tolerate mai mult, până la 4-7 zile.
- Este recomandabil ca sonda să fie mobilizată de mai multe ori în cursul zilei, favorizând prin aceasta circulația sanguină normală la nivelul suprafețelor apăsate de ea;
- La 3-5 zile, sonda trebuie îndepărtată pentru 6-8 ore (repausul de noapte), după care se va putea reintroduce, însă prin nara de parte opusă.
- Este important ca alături de aportul caloric și vitaminic, pacientul să primească și rația corespunzătoare de lichide pentru acoperirea necesităților hidrice care trebuie calculate exact.

CAPITOLUL IV. CONTROLUL INFECȚIILOR NOSOCOMIALE

FIȘA Nr. 4.1.

SPĂLATUL MĂNII

OBIECTIVELE PROCEDURII

Prevenirea și controlul extinderii infecțiilor

- de la pacient la personal
- de pe mâinile personalului la pacient în timpul unor acte de îngrijire sau medicale invazive
- de la un pacient la altul

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Apă caldă
- Săpun obișnuit, săpun lichid sau săpun antimicrobian
- Săpunuri antimicrobiene care conțin gluconat de clorhexidină, alcool și iodoform; acestea însă pot irita pielea
- Prosop, eventual de unică folosință
- Perie pentru unghii
- Un bețișor de plastic pentru cuticule - Soluții alcoolice - folosite în următoarele circumstanțe: focare de infecție în evoluție, endemie, circulația intensă a unor germeni rezistenți la condițiile de mediu
 - Săpunul antimicrobian este folosit înainte de executarea unei proceduri invazive (ex. inserția și îngrijirea cateterului)
 - Săpunul antimicrobian este folosit când nursele trebuie să reducă numărul total de microorganisme, ex. atunci când sunt în contact cu nou născuții, copiii sau clienții mai în vârstă, cu imunitate scăzută sau clienții care au în pericol sistemul tegumentar (plăgi sau arsuri)
 - O alternativă a spălării mâinilor sunt soluțiile alcoolice

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați mâinile în următoarele situații
 - Când se începe serviciul
 - Când murdăria este vizibilă
 - Înainte și după contactul cu clientul
 - După contactul cu o sursă de microorganisme (sânge, secreții, excreții), membrane mucoase, pielea neintactă sau obiecte care pot fi contaminate (echipamente, instrumente)
 - În timpul îngrijirilor între proceduri aplicate aceluiaș client dacă situația o cere
 - Înainte de executarea procedurilor invazive așa ca plasarea i.v. a unui cateter
 - Înainte de pregătirea și după administrarea medicamentelor
 - Înainte de prepararea sau servirea alimentelor
 - Înainte și după suflarea nasului și folosirea toaletei
 - Înainte și după îndepărtarea mănușilor (îmbrăcarea mănușilor nu îndepărtează necesitatea spălării mâinilor)
 - După terminarea serviciului

Procedați astfel:

- Stați în fața chiuvetei. Nu lăsați uniforma să atingă chiuveta în timp ce vă spălați.
- Înlăturați bijuteriile, dacă este posibil și asigurați-vă că le lăsați într-un loc sigur sau lăsați doar verigheta la locul ei. Este de dorit să nu purtați bijuterii în timpul serviciului
- Înlăturați ceasul de la mână
- Porniți apa și ajustați debitul ei, reglați temperatura până este caldută
- Udați mâinile și zona încheieturii mâinilor. Tineți mâinile mai jos de cot pentru a permite apei să curgă spre vârful degetelor.
- Folosiți aproximativ o linguriță de săpun lichid (3-5ml) din rezervorul special sau folosiți săpun și săpuniți bine, acoperind toate părțile mâinilor cu săpun.
- Limpeziți săpunul iar și întoarceți-vă la recipientul cu săpun.
- Spălați palmele și spatele mâinilor, fiecare deget, zona dintru degete, încheietura mâinii și antebrațul cu mișcări ferme și circulare.
- Spălați cu câțiva cm peste zona contaminată. Dacă mâinile nu sunt vizibil murdărite, spălați până la câțiva cm deasupra încheieturii mâinii.

- Continuați această mișcare de frecare 10-15 secunde
- Utilizați unghiile celeilalte mâini sau un baț special pentru a curăța sub unghii
- Limpeziți bine.
- Uscați mâniile cu un prosop de hârtie începând cu degetele și mișcând în sus spre antebraț, și aruncați-l imediat, sau folosiți un aparat cu aer cald.
- Opriți robinetul folosind un alt prosop curat
- Folosiți loțiune de mâini dacă doriți
- Folosiți antiseptic după spălare dacă îmbrăcați mănuși sterile pentru ca microorganismele să nu se dezvolte sub acestea.
- Procedați la fel după îndepărtarea mănușilor precum și în cazul în care mănușile se rup sau se înțepă.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Nu s-a dezvoltat nici o infecție
- După efectuarea procedurilor de către nursă, pacientul/clientul este în siguranța, la fel și nursa

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Uscăciunea pielii, crăpături, fisuri și iritații; acestea sunt cele mai comune după utilizarea repetată a antisepticului, în special la persoane cu pielea sensibilă
 - aplicați o cremă emolientă pe mâini după fiecare spălare sau contact cu agenți de curățare
 - consultați specialistul în caz de dermatită

FIȘA Nr. 4.2.

ÎMBRĂCAREA ȘI DEZBRĂCAREA MĂNUȘILOR

A. ÎMBRĂCAREA MĂNUȘILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Furnizarea unei bariere adiționale împotriva extinderii unei infecții

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Pregătiți mănuși sterile.
- Spălați și uscați cu grijă mâinile.
- Poziționați pachetul cu mănuși sterile pe o suprafață curată, uscată deasupra taliei dumneavoastră.
- Deschideți ambalajul de sus prin luarea cu grijă a stratului de sus. Înlăturați pachetul dinăuntru, atingând doar exteriorul.
- Deschideți cu grijă pachetul interior și expuneți mănușile sterile cât mai aproape de dumneavoastră.
- Cu degetul mare și cel arătător prindeți cu mâna nedominantă mănușa pentru mâna dominantă.
- Ridicați și țineți mănușa cu degetele în jos. Aveți grijă să nu atingeți obiecte nesterile.
- Introduceți cu grijă mănușa pe mâna dominantă și puneți-o bine. Lăsați manșeta în jos până puneți și cealaltă mănușă.
- Puneți degetele mâinii cu mănușă sub manșeta celeilalte mănuși ținând policele în afară și trageți de mănușă în sus.
- Introduceți cu grijă mâna nedominantă în mănușă.
- Asezați/ajustați mănușile pe ambele mâini atingând doar părțile sterile.

B. DEZBRĂCAREA MĂNUȘILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Îndepărtarea mănușilor folosite pentru executarea proceduri de îngrijire sau medicale în vederea prevenirii extinderii infecției

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Prindeți cu mâna dominantă manșeta mănușii de pe cealaltă mână și dezbrăcați ținând zona contaminată spre interior

- Continuați să țineți mănuașă
 - Introduceți degetele mâinii dezbrăcate (nedominantă) în interiorul mănuii rămase
 - Prindeți mănuașă din interior și înlăturați-o întorcând-o peste mână și peste cealaltă mănuașă
 - Aruncați mănuișile în container
- REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectați mănuișile folosite în containerul special respectând precauțiile universale

FIȘA Nr. 4.3.

CONTROLUL PARAZITOLOGIC ȘI DEPARAZITAREA

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Îndepărtarea și distrugerea paraziților care pot transmite îmbolnăviri
- Evitarea leziunilor de grataj și păstrarea integrității tegumentelor

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan
- Piepten foarte des
- Soluție insecticidă
- Mănuișă de unică folosință
- Bonetă din material plastic
- O bucată de pânză

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Anunțați cu tact pacientul că veți face controlul parazitologic
- Explicați necesitatea acestui control

b) FIZICĂ:

- Examinați părul pacientului pentru a depista ouăle și paraziții adulți
- Dezbrăcați pacientul de hainele proprii și controlați cusăturile
- Examinați celelalte zone piloase ale pacientului

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Asigurați intimitatea cu ajutorul unui paravan
- Așezați pacientul într-o poziție adecvată stării sale
- Asigurați o sursă de lumină
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuișă
- Acoperiți capul și dacă este cazul despletiți părul
- Împărțiți părul în suvițe și aplicați insecticidul
- Acoperiți părul cu boneta de material plastic și apoi cu o bucată de pânză sau basma și mențineți cel puțin 24 de ore după care ajutați pacientul să-și spele capul
- Scurtați părul numai cu acordul pacientului
- Se examinează celelalte părți păroase
- Verificați cu atenție hainele și trimiteți-le la etuvare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Plasați pacientul într-o cameră izolată
- Verificați efectul insecticidului prin controlul părului pentru a observa persistența sau îndepărtarea lindinelor
- Pieptănați deasupra unei bucăți de pânză albă

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați paravanul și materialele folosite
- Așezați soluțiile rămase la locul de păstrare
- Îndepărtați mănuișile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați în planul de îngrijiri:

- Constatările făcute cu ocazia inspecției

- Existența și tipul paraziților
- Data și ora efectuării

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate

- La controlul efectuat nu se observă paraziți
- Pacientul exprimă stare de confort
- Nu prezintă leziuni de grataj

Rezultate nedorite/Ce faceți?

- La controlul efectuat se observă paraziți vii sau ouă (lindini):
 - Repetați procedura de deparazitare
 - Folosiți un amestec din otet cu acid boric pentru a dizolva prin care ouăle se prind de firul de păr

CAPITOLUL V. MĂSURAREA ȘI ÎNREGISTRAREA FUNCȚIILOR VITALE

FIȘA Nr. 5.1.

MĂSURAREA TEMPERATURII CORPULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea nivelului curent a căldurii corpului;
- Aprecierea evoluției unor boli;
- Detectarea răspunsului pacientului la măsurile inițiate de creșterea sau de scăderea temperaturii corpului;
- Evaluarea refacerii pacientului după boală

PREGĂTIREA MATERIALELOR

În funcție de calea aleasă pentru măsurare, pregătiți pe o tavă medicală:

- Termometru din sticlă, oral sau rectal;
- Termometru usual pentru axilă.
- Lubrifiant dacă se folosește calea rectală;
- Mănuși de unică folosință (opțional), comprese de tifon;
- Ceas de mână;
- Culoare albastră (creion, pix, cariocă);
- Foaie de temperatură (f.t.)
- Caiet de adnotări personale;
- Recipient cu soluție de cloramină 1%

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați procedura pacientului pentru a obține colaborarea sa;

b) FIZICĂ:

- Așezați pacientul în poziția cea mai adecvată căii utilizate pentru măsurarea temperaturii corporale:
 - Decubit dorsal - pentru măsurarea în cavitatea bucală și axilară;
 - Decubit lateral - pentru măsurarea în cavitatea rectală

EFFECTUAREA PROCEDURII:

1. METODA ORALĂ

- Spălați-vă mâinile
- Clătiți termometrul cu apă rece dacă a fost păstrat în soluție dezinfectantă;
- Ștergeți termometrul cu o compresă de tifon pentru a îndepărta urmele soluției chimice;
- Prindeți strâns termometrul cu degetul mare și celelalte degete;
- Scuturați-l printr-o mișcare puternică din articulația mâinii până la coborârea mercurului sub 36°C (sau 95°Fahrenheit);
- Plasați bulbul cu mercur al termometru lui pe dreapta sau stânga a cavității sublinguale;
- Instruiți pacientul să închidă gura, apropiind buzele în jurul termometrului;

- Mențineți termometrul sub limbă timp de 3 min;
- Îndepărtați termometrul și ștergeți-l cu tifon;
- Citiți gradajia de pe scala termometrului;
- Înregistrați temperatura în carnetul personal notând numele, data înregistrării, valoarea (ex. Td= 36,5°C);
- Spălați termometrul cu apă caldă și detergent și clătiți cu apă rece;
- Uscați termometrul și plasați-l fie în ambalajul său din plastic, fie în recipientul special pentru termometre;
- Spălați-vă mâinile;

2. METODA AXILARĂ

- Spălați-vă mâinile;
- Asigurați intimitatea pacientului și descoperiți axila;
- Spălați și ștergeți termometrul dacă a fost ținut în soluție dezinfectantă;
- Scuturați termometrul pentru a cobori mercurul în rezervor, dacă este cazul;
- Plasați bulbul termometrului în centrul axilei, paralel cu toracele;
- Apropiati brațul pacientului de trunchi și flectați antebrațul pe torace;
- Mențineți termometrul în axilă 10 minute;
- Îndepărtați termometrul și citiți gradajia;
- Înregistrați valoarea termică în carnetul personal, notând: numele pacientului, data înregistrării, temperatura ca în exemplul următor

Data	Ora	T [∞]	Nume
10X	18 ^{∞∞}	37 ^{∞C}	Ion Mihail

- Spălați, clătiți și ștergeți termometrul după folosire;
- Introduceți termometrul în ambalajul său sau în recipientul special;
- Spălați-vă mâinile.

3. METODA RECTALĂ

- Spălați-vă mâinile;
- Ștergeți, scuturați și citiți gradajia termometrului;
- Puneți-vă mănuși de unică folosință dacă doriți;
- Lubrifiați bulbul termometrului și zona din apropiere pe o distanță de ~ 2,5 cm.;
- Asigurați intimitatea pacientului;
- Așezați pacientul în decubit lateral și descoperiți regiunea fesieră;
- Îndepărtați fesele pentru vizualizarea orificiului anal;
- Introduceți termometrul prin anus cca. 3,8 cm la adult, 2,5 cm la copil și 1,25 cm la sugar;
- Mențineți termometrul pe loc 3 până la 5 minute;
- Îndepărtați termometrul și ștergeți-l cu o compresă de tifon;
- Ștergeți orice urmă de lubrifianț sau de materii fecale din jurul anusului;
- Citiți gradajia termometrului;
- Spălați termometrul în apă caldă cu detergent și clătiți cu apă rece;
- Uscați-l și așezați-l în ambalajul său din plastic sau în recipientul special pentru termometre rectale;
- Spălați-vă mâinile;
- Înregistrați temperatura în carnetul personal, notând: numele pacientului și data înregistrării;
- Anunțați orice modificări anormale.

REPREZENTAREA GRAFICĂ A TEMPERATURII

- Socotiți pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură câte 2 diviziuni de grad;
- Notați grafic valoarea înregistrată, printr-un punct de culoare albastră așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru dimineața (d) sau seara (s) pentru cifrele cu soț (pare); exemplu: 36,2; 37,4; 38,6; etc.
- Notați grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare albastră așezat în mijlocul pătratului din rubrica corespunzătoare (d sau s) dacă cifrele sunt fără soț (impare), exemplu: 36,1; 36,5; 37,3; etc;
- Uniți primul punct cu rubrica pentru temperatura aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din foaia de temperatură;

- Obțineți curba termică prin unirea punctelor care indică valorile temperaturii măsurate bicotidian pe parcursul zilelor de supraveghere și îngrijire.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Temperatura înregistrată este congruentă cu starea de sănătate a pacientului;
- Tegumentele sunt intacte, fără iritații sau transpirații

Rezultate nedorite

- Pacientul prezintă disconfort, frisoane, tegumentul este congestionat, iritat, transpirat sau palid, rece;
- Temperatura înregistrată impune aplicarea unor măsuri adecvate.

MODIFICĂRI ÎN SITUAȚIILE SELECTATE

- Informați pacientul că termometrul este un instrument indispensabil pentru aprecierea stării generale, la domiciliu;
- Explicați pacientului/familiei să spele termometrul cu apă caldă și să-l introducă, uscat și scuturat, în containerul protective între utilizări;
- Oferiți pacientului un tabel cu valori termice orientative în funcție de calea folosită pentru măsurare; ca în exemplu de mai jos:

Calea de masurare:	Scala Celsius	Scala Fahrenheit
Orala	$37,3^{\circ}\text{C} \pm 0,3-0,6$	$98,6^{\circ}\text{F} \pm 0,5-1,0$
Rectala	$37,5^{\circ}\text{C} \pm 0,3-0,6$	$99,6^{\circ}\text{F} \pm 0,5-1,0$
Axilara	$36,5^{\circ}\text{C} \pm 0,3-0,6$	$97,6^{\circ}\text{F} \pm 0,5-1,0$

FIȘA Nr. 5.2.

MĂSURAREA RESPIRAȚIEI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea ratei respiratorii la internare pentru a servi ca bază de comparare cu măsurătorile ulterioare;
- Monitorizarea efectelor bolii, traumatismului sau stressului asupra sistemului respirator;
- Evaluarea răspunsului pacientului la medicația sau tratamentele care afectează sistemul respirator

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiți pe o tavă medicală:

- Ceas cu secundar, de mână sau cronometru;
- Culoare albastră (creion, pix sau carioca);
- Foaie de temperatură (F.T.);
- Carnet de adnotări personale.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

- Evitați pregătirea psihică a pacientului întrucât acesta își poate modifica ritmul obișnuit în momentul în care conștientizează propria respirație;
- Măsurați respirația concomitent cu celelalte semne vitale dacă apar schimbări în starea pacientului, dacă pacientul are o afecțiune cardio-pulmonară sau primește oxigen ori medicamente ce afectează fiziologia respirației.

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Observați mișcările de ridicare sau de coborâre ale toracelui cu fiecare inspirație sau expirație;
- Mențineți, în continuare, degetele pe locul de măsurare a pulsului în timp ce observați toracele pacientului;
- Numărați mișcările de ridicare a toracelui (inspirațiile) timp de minimum 30 de secunde și înmulțiți cu 2 numărul obținut pentru a afla rata pe minut;
- Numărați timp de 1 minut inspirațiile dacă respirația este neregulată;
- Înregistrați rata respiratorie în carnetul personal notând: numele pacientului, data înregistrării, rata respiratorie;

REPREZENTAREA GRAFICĂ A TEMPERATURII

- Socotiți câte o respirație pentru fiecare linie orizontală din F.T.

- Notați grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare albastră așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru dimineață (D) sau seară (S);

- Uniți primul punct, printr-o linie cu săgeată, de rubrica respirației aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din F.T.:

- Obțineți curba respirației prin unirea punctului inițial cu celelalte valori ale măsurărilor efectuate ulterior.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE / DORITE:

- Rata respirației, în repaus, este în limitele normale caracteristice vârstei;

- Respirația se face pe nas, este liniștită, fără zgomote, fără efort;

- Tegumentele și mucoasele sunt normal colorate, pacientul este conștient, orientat în timp și spațiu

REZULTATE NEDORITE

- Rata respiratorie este mai mică sau mai mare față de valorile normale caracteristice vârstei;

- Pacientul trece printr-o detresă respiratorie manifestată prin: zgomote respiratorii anormale, efort respirator, utilizarea mușchilor respiratorii accesorii, ortopnee, piele palidă sau cianotică, pierdere de cunoștință;

- Pacientul poate avea una sau mai multe din următoarele probleme de dependență:

- Intoleranță în activitate;

- Anxietate;

- Alterarea confortului;

- Clearance ineficient al căilor respiratorii;

- Posibilă insuficiență respiratorie;

- Alterarea schimburilor gazoase.

MODIFICĂRI ÎN SITUAȚIILE SELECTATE

- Prevedeți 5-10 minute de repaus înainte de numărarea respirațiilor dacă a apărut o activitate recentă ce poate altera rata respiratorie a pacientului;

- Descoperiți toracele pacientului dacă respirația este superficială pentru a obține cea mai corectă rată respiratorie;

- Evitați măsurarea respirației la sugar sau copil în timpul plânsului;

- Aplicați podul palmei pe toracele copilului atunci când doarme pentru a număra exact mișcările respiratorii

EDUCAREA PACIENTULUI

- Învățați procedura de măsurare și înregistrare a ratei respiratorii de către membrii familiei ca și acordarea de îngrijiri atunci când este nevoie;

- Ajutați pacientul să se îngrijească la domiciliu în funcție de caracteristicile respirației și de statusul respirator;

- Explicați parinților / aparținătorilor că trebuie să se prezinte cu copiii la medic dacă apar dificultăți în inspirație sau respirație superficială;

- Sfătuiți pacienții să umidifice, să încălzească sau să răcească aerul din spațiul ambiental pentru a reduce incidența infecțiilor respiratorii;

- Sfătuiți / instruiți pacienții să respecte indicațiile medicului legate de administrarea medicamentelor; de dietă și evitarea factorilor de risc în scopul ameliorării sau dispariției problemelor respiratorii;

- Informați pacientul / familia despre valorile normale caracteristice vârstei (ex. în tabelul de mai jos):

Vârsta	Rata medie/minut
Nou-nascut	30-80
Copil mic	20-40
Copil mare	15-25
Adult	14-20
Bărbat	14-18
Femeie	16-20

MĂSURAREA PULSULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea numărului de bătăi cardiace pe minut;
- Obținerea de informații despre activitatea inimii și starea arterelor;
- Aprecierea răspunsului inimii la medicația cardiacă, activitate sau stress.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiți pe o tavă medicală:

- Ceas de mână cu secundar sau cronometru
- Culoare roșie (creion, pix sau cariocă)
- Carnet de adnotări personale

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului procedura pentru a reduce emoțiile, teama și a obține colaborarea;
- Asigurați un repaus psihic de cel puțin 5 minute înainte de măsurare;

b) FIZICĂ:

- Asigurați un repaus fizic de cel puțin 5 minute înainte de măsurare;
- Așezați pacientul în poziție confortabilă în funcție de starea generală:
 - decubit dorsal cu membrul superior întins pe lângă corp, articulația mâinii în extensie, mâna în supinație (palma orientată în sus);
 - poziție semișezândă (în pat sau în fotoliu) antebrațul în unghi drept sprijinit pe suprafața patului, mâna în supinație și extensie

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați-vă mâinile;
- Reperați artera radială la extremitatea distală a antebrațului, pe fața anterioară (internă), în șanțul radial aflat în prelungirea policelui;
- Plasați degetele index, mediu și inelar (2,3,4) deasupra arterei radiale reperate;
- Exercitați o presiune ușoară asupra arterei pe osul radius, astfel încât să percepeți sub degete pulsațiile sângelui;
- Fixați-vă un punct de reper pe cadranul ceasului de mână;
- Numărați timp de 1 minut pulsațiile percepute cu degete, sau 30 secunde și înmulțiți cu doi numărul pentru a obține rata pulsului pe minut;
- Apreciați ritmul, amplitudinea și elasticitatea peretelui arterial în timp ce măsurați frecvența;
- Înregistrați frecvența pulsului în carnetul personal notând: numele pacientului, salonul, data înregistrării, rata;
- Spălați-vă mâinile.

REPREZENTAREA GRAFICĂ A PULSULUI ÎN F.T.

- Socotiți pentru fiecare linie orizontală a foii de temperatura câte 4 pulsații;
- Notați graphic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare roșie, așezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru D (dimineața) sau S (seara); pentru valorile care cresc din 4 în 4 (ex. 64, 68, 76, 80);
- Notați graphic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare roșie așezat în mijlocul pătratului din rubrica corespunzătoare (D sau S) pentru valorile care cresc din 2 în 2 (ex.: 62, 66, 70);
- Uniți primul punct printr-o linie cu săgeată de rubrica pulsului aflată în partea dreapta a sistemului de coordonate din F.T.;
- Obțineți curba pulsului prin unirea punctelor care indică valorile ratei cardiace măsurate bicotidian, pe parcursul zilelor de supraveghere și îngrijire.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE/DORITE:

- Pulsul este bine bătut, regulat, iar frecvența se înscrie în limitele normale corespunzătoare vârstei;
- Tegumentele și mucoasele sunt normal colorate;
- Pacientul este liniștit.

REZULTATE NEDORITE

- Rata pulsului este mai mare sau sub normalul caracteristic vârstei;
- Pulsul radial nu este perceptibil;
- Pulsul este aritmic;
- Amplitudinea este mică sau crescută;
- Pacientul este palid, anxios, acuză palpitații, extrasistole;
- Pacientul are una sau mai multe dintre problemele de dependență următoare:
 - intoleranță la activitate;
 - alterarea confortului;
 - deficit de volum lichidian;
 - exces de volum lichidian;
 - alterarea perfuziei tisulare

MODIFICĂRI ÎN SITUAȚIILE SELECTATE

Căutați alte artere accesibile dacă pulsul radial nu este palpabil și măsurați pulsul la:

- artera temporală - la un lat de deget deasupra și lateral de stânca temporalului, în dreptul pavilionului auricular;
- artera carotidă externă (dreaptă sau stângă): - pe fața anterioară a gâtului, în șanțul delimitat de laringe (anterior) și mușchiul sternocleidomastoidian (lateral);
- artera pedioasa - pe lata dorsala a piciorului, în dreptul primului sant intermetatarsian;
- artera femurală - în regiunea inghinală, la nivelul triunghiului lui Scarpa
- apex (vârful inimii) - pulsul apicul - în spațiul 5 intercostal (i.c.) pe linia medioclaviculară stângă;
- Evitați măsurarea pulsului radial la copiii sub 2 ani întrucât rata crescută și aria mică de palpate pot determina valori eronate/inexacte;
- Obțineți rata pulsului radial la copiii peste 2 ani atunci când sunt liniștiți sau dorm, întrucât este dificil să obții colaborarea copilului de a rămâne cu mâna nemișcată;
- Numărați rata pulsului timp de 1 minut, la copil, pentru o acuratețe maximă.

EDUCAREA PACIENTULUI

- Învățați pacientul să-și măsoare singur pulsul periferic la arterele carotidă sau temporală întrucât sunt mai accesibile pentru autopalparea la domiciliu;
- Instruiți pacientul să exercite o presiune ușoară folosind 3 degete pentru palpate;
- Informați pacientul/familia care sunt valorile normale ale pulsului, caracteristice vârstei;
- Instruiți pacientul/familia să ia legătura cu medicul curant ori de câte ori valorile ratei pulsului sunt deviate de la normal și starea generală a pacientului se modifică.

- Oferiți, eventual, un tabel cu valori orientative ca în exemplul de mai jos:

Vârsta	Rata aproximativă	Rata medie
Nou-nascut	120-160	140
1- 2luni (sugar)	100- 140	120
12 luni - 2 ani	80-130	110
2 ani - 6 ani	75-120	100
6 ani - 12 ani	75-110	95
Adolescent	60-100	80
Aduit	60-100	80

FIȘA Nr. 5.4.

MĂSURAREA PRESIUNII S-NGELUI (T.A.).

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea presiunii sistolice și diastolice la internare pentru a compara starea curentă cu valorile normale

- Evaluarea stării pacientului în ce privește volumul de sânge, randamentul inimii și sistemul vascular;

- Aprecierea răspunsului pacientului la tratamentul cu fluide sau/și medicamente

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiți pe o tava medicală:

- Stetoscop biauricular;
- Tensiometru cu manșeta adaptată vârstei
- Compresă cu alcool medicinal;
- Culoare albastră (pix, cariocă, creion);
- Foaie de temperatură (F.T);
- Carnet de adnotări personale

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului procedura pentru a reduce teama și a obține colaborarea;
- Asigurați un repaus psihic de cel puțin 5 minute înainte de măsurare întrucât emoțiile influențează presiunea sângelui;

b) FIZICĂ:

- Așezați pacientul în poziție confortabilă de decubit dorsal ori semișezând sau în ortostatism conform indicației medicale

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Utilizați comprese cu alcool pentru a șterge olivele și părțile metalice ale stetoscopului dacă este necesar

- Selectați un tensiometru cu manșeta potrivită stării constituționale a pacientului;

- Amânați măsurarea T. A. dacă pacientul este tulburat emoțional are dureri, dacă a făcut exerciții de mișcare, dacă măsurarea presiunii arteriale nu este o urgență;

- Alegeți brațul potrivit pentru aplicarea manșetei (fără perfuzie i.v., intervenție chirurgicală la nivelul sânelui sau axilei, fără arsuri, shunt arterio-venos sau răni ale mâinii);

- Permiteți pacientului să adopte poziția culcat sau așezat cu brațul susținut la nivelul inimii și palma îndreptată în sus;

- Descoperiți brațul pacientului fie prin ridicarea mânecii prin dezbrăcare dacă aceasta (mâneca) este prea strâmtă pentru a nu crește presiunea deasupra locului de aplicare a manșetei;

- Verificați dacă manșeta conține aer;

- Scoateți aerul din manșetă, la nevoie, deschizând ventilul de siguranță și comprimând manșeta în palme sau pe o suprafață dură;

- Închideți ventilul de siguranță înainte de a umfla manșeta;

- Aplicați manșeta, circular, în jurul brațului, bine întinsă, la 2,5 -5 cm deasupra plicii cotului și fixați-o.

- Palpați artera brahială sau radială exercitând o presiune ușoară cu degetele;

- Așezați membrana stetoscopului deasupra arterei reperate și introduceți olivele în urechi;

- Umflați manșeta tensiometrului pompând aer cu para de cauciuc în timp ce priviți acul manometrului;

- Continuați să pompați aer până când presiunea se ridică cu 30 cm deasupra punctului în care pulsul a dispărut (nu se mai aud batai în urechi);

- Decomprimați manșeta, deschizând ușor ventilul de siguranță și restabilind circulația sângelui prin artere; înregistrați mental cifra indicată de acul manometrului în oscilație în momentul în care, în urechi, auziți prima bătaie clară (lup-dup); această cifră reprezintă presiunea (tensiunea) sistolică sau maximă;

- Înregistrați numărul care corespunde bătăii de final în timp ce continuați decomprimarea manșetei; acesta reprezintă T.A. diastolică sau minimă;

- Îndepărtați manșeta, curățați și dezinfectați olivele stetoscopului;

- Înregistrați valorile măsurate în carnetul personal, notând: numele bolnavului, data înregistrării, valorile obținute (T.A. = 130/70 mmHg sau T.A.= 13/7 cmHg).

REPREZENTAREA GRAFICĂ A T.A.

- Socotiți pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură, 10 mmHg sau 1 cmHg.

- Reprezentați grafic valorile înregistrate printr-un dreptunghi de culoare albastră, așezat pe verticala timpului (D sau S); latura de sus a dreptunghiului reprezintă T.S. (tensiunea sistolică) iar latura de jos a dreptunghiului reprezintă T.D. (tensiunea diastolică).

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE/DORITE:

- T.A. a pacientului este, în limitele normale corespunzătoare vârstei;

- Pacientul nu acuză cefalee, tulburări de echilibru;

REZULTATE NEDORITE

- Presiunea sistolică sau diastolică este mai mare sau mai mică față de rata normală a persoanelor de aceeași vârstă;

- Sunetele obținute prin metoda KOROTKOPF nu sunt audibile sau suficient de distincte pentru a facilita o apreciere exactă a T.A.

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

Pacientul poate avea una sau mai multe din problemele de dependență:

- intoleranță la activitate
- alterarea randamentului inimii;
- exces de volum liebidian
- deficit de cunoștințe;
- alterarea nutriției;
- alterarea menținerii sănătății

MODIFICĂRI ÎN SITUAȚIILE SELECTATE

- Ridicați brațul pacientului deasupra inimii pentru 15 secunde înainte de reverificarea presiunii dacă auziți cu dificultate sunetele (bătăile cardiace) în urechi;

- Măsurați T.A. la coapsă dacă accesul la arterele brațului nu este posibil;

- Alegeți o manșeta lată și așezați pacientul pe abdomen pentru palparea adecvată a arterei poplitee;

- Ajustați evaluarea presiunii arteriale înregistrate, dacă folosiți coapsa, întrucât există tendința ca T.A. să fie mai mare la extremitatea distală față de extremitatea proximală (superioară).

- Măsurați presiunea arterială prin metoda palpatorie, în lipsa stetoscopului auricular; întotdeauna veți obține exact numai tensiunea sistolică prin această metodă.

EDUCAREA PACIENTULUI

- Sfătuiți pacienții adulți să-și măsoare T.A. cel puțin o dată pe an;

- Informați pacienții despre utilitatea automăsurării TA., la domiciliu, prin echipament digital; deși costisitor este mult mai ușor să citești valorile.

- Instruiți pacientul să se prezinte cu promptitudine la medic dacă valorile T.A. sunt oscilante; - - Instruiți pacientul cu hipertensiune arterială (HTA) să-și ia medicamentele în mod regulat, să reducă consumul de sare, să-și verifice greutatea și să învețe tehnici de managementul stressului; - Informați pacientul/familia care sunt valorile în funcție de vârstă; oferiți, eventual, un tabel cu valori orientative ca în exemplul de mai jos.

Vârsta	Valori normale ale T.A:	Limite superioare ale normalului
1 an	95/65 mmHg	Nedeterminate
6-9 ani	100/65 mmHg	119/79 mmHg .
10-13 ani	110/65 mmHg	124/84 mmHg.
14-17 ani	120/80 mmHg	134/89 mmHg.
18-adult	120/80 mmHg	139/89 mmHg.

FIȘA Nr. 5.5.

MĂSURAREA ÎNĂLȚIMII ȘI GREUTĂȚII

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Stabilirea greutății pacientului pentru aprecierea stării de nutriție și a reținerii apei în organism;
- Aprecierea raportului dintre înălțime și greutate

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cântar pentru adulți
- Antropometru (sau cântar antropometru)
- Carnet pentru notarea valorilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului necesitatea măsurătorii și stabiliți împreună ora potrivită în cursul dimineții
- Asigurați pacientul, dacă este cazul, că se respectă intimitatea

b) FIZICĂ:

- Ajutați pacientul să se dezbrace de halat;
- Explicați pacientului să nu mănânce, sau urineze și să elimine scaunul înainte de cântărire
- Instruiți pacientul să stea cu călcâiele lipite de tija antropometrului

EFFECTUAREA PROCEDURII:

1. Măsurarea înălțimii

- Așezați pacientul în picioare cu spatele la tija și sub cursorul taliometrului;
- Rugați pacientul să stea cu spatele drept și călcâiele lipite de tija taliometrului;
- Coborâți cursorul până la capul bolnavului și citiți pe tijă - gradația înălțimii

2. Măsurarea greutății

- Aduceți balanța în echilibru și imobilizați acul indicatorului închizând brațul balanței
- Verificați dacă sunt îndeplinite condițiile
 - Bolnav nemâncat
 - Vezică urinară golită
 - Scaun eliminat
- Asigurați-vă că poartă aceleași haine la fiecare cântărire
- Folosiți același cântar
- Aduceți cele două cursoare pentru kg. și grame aproape de greutatea estimată a pacientului
- Rugați pacientul să urce pe cântar
- Deschideți brațul (tija balanței) și mișcați cele două cursoare (cursorul) până acul se stabilește din nou la zero;
- Fixați scara cursorului și rugați pacientul să coboare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Conduceți pacientul la pat (dacă este nevoie)
- Ajutați-l să se așeze în pat

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Nu este cazul în general;
- Cântarele mobile sunt aduse la locul lor

NOTAREA PROCEDURII

- Notați valorile înălțimii și greutății
- Precizați dacă din diverse motive nu pot fi îndeplinite toate condițiile

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE

- Cântărirea s-a făcut corect, rezultatul atestă o evoluție bună

REZULTATE NE DO RITE / CE FACEȚI

- Valorile obținute arată scăderea greutății la pacienții slăbiți, denutriți, creșterea greutății și reținerea apei în organism
 - Verificați respectarea regimului

CAPITOLUL VI. PANSAMENTE SI BANDAJE

FIȘA Nr. 6.1.
PANSAMENTUL

RESPECTAȚI CONDIȚIILE UNUI BUN PANSAMENT

- a) Să fie făcut în condiții aseptice
- Folosiți materiale de protecție și instrumente sterile
 - Spălați și dezinfectați mâinile, îmbrăcați mănuși sterile
 - Serviți materialele folosind pense
 - Nu introduceți în casoletă sau în trusa de instrumente pensa cu care ați lucrat în plagă;
 - Nu folosiți aceleași instrumente la alți pacienți
- b) Să fie absorbant
- Asigurați absorbția secrețiilor pentru a favoriza cicatrizarea
 - Folosiți comprese de tifon și vată hidrofilă
- c) Să fie protector
- Acoperiți plaga cu comprese sterile și vată
 - Asigurați-vă că dimensiunile compreselor depășesc marginile plăgi cu cel puțin 1-2 cm
 - Dacă zona este expusă microbilor, protejați plaga cu un strat mai gros de tifon și vată;
- d) Să nu fie dureros
- Acționați cu blândețe și răbdare
 - Administrați un calmant la recomandarea medicului dacă situația o cere
 - Spălați plaga prin turnare și absorbiți surplusul de lichid și secrețiile prin tamponare
 - Nu fixați pansamentul prea strâns pentru a nu jena circulația și a nu produce durere
 - Asigurați limitarea mișcărilor în acea zonă dacă există indicații în acest sens
- e) Să fie schimbat la timp
- Verificați indicația medicală cu privire la schimbarea pansamentului;
 - Schimbați cât mai rar pansamentul la plăgile chirurgicale atunci când se menține curat și uscat
 - În cazul plăgilor secretante schimbați pansamentul ori de câte ori este nevoie;
 - Anunțați medicul și controlați plaga dacă pacientul acuză durere sau prezintă febră fără altă cauză, schimbați pansamentul cu această ocazie.
- RESPECTAȚI TIMPII PANSAMENTULUI
- a) Crearea câmpului operator
- Degresarea tegumentelor din jurul plăgii pentru a îndepărta urmele de adeziv de la pansamentul sau sebumul, folosind eter sau benzină iodată
 - Îndepărtați compresele de la pansamentul vechi cu blândețe, umezindu-le cu soluție antiseptică dacă sunt lipite
 - Dezinfectați tegumentul cu o soluție antiseptică (începând dinspre plagă spre periferie, schimbați frecvent tamponul)
- b) Tratarea plăgii
- Acționați în funcție de recomandarea medicului, de natura și evoluția plăgii; spălați plaga cu un jet slab de soluție antiseptică dacă prezintă secreții, îndepărtați tubul de dren, îndepărtați firele și ajutați medicul dacă este o plagă recentă
 - Aplicați medicamente conform prescripției medicale
- c) Acoperirea (protecția plăgii)
- Aplicați comprese sterile care să depășească marginile plăgii cu 1-2 cm
 - Nu aplicați un strat prea gros de tifon pentru a asigura o bună capilaritate
 - La plăgile care secretă, acoperiți compresele cu strat nu prea gros de vată pentru a nu permite, stagnarea secrețiilor în contact cu tegumentul favorizând iritația și macerarea
- d) Fixarea pansamentului :
- Alegeți o metodă de fixare adecvată regiunii prin înfășurare sau cu substanțe

adezive

- Verificați pansamentul pentru a nu jena circulația de întoarcere sau dacă asigură repausul în cazul în care este limitată mișcarea

- Verificați dacă pansamentul jenează mișcarea

OBIECTIVE

- Favorizarea vindecării rănilor
- Prevenirea infecției
- Aprecierea procesului de vindecare
- Protecția plăgii împotriva factorilor mecanici

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Se face în funcție de tipul de pansament (protector, absorbant, compresiv, ocluziv, umed)

- Tava medicală/cărucior pentru tratamente, măsuța pentru pansamente;
- Trusa cu instrumente sterile: pense hemostatice, pense anatomice, foarfeci chirurgicale, stilette butonate, sonde canelate;
- Comprese sterile
- Tuburi de dren sterile
- Mănuși sterile
- Ochelari de protecție, mască
- Mușama, aleză
- Soluții antiseptice:
 - pentru tegumente
 - pentru plagă
- Soluții degresante: benzină iodată, eter
- Medicamente: pulberi, unguente
- Materiale pentru fixare: feși de tifon, benzi adezive, plasă adezivă, soluție adezivă, ace de siguranță
- Tăvița renală

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) **PSIHICĂ**

- Informați pacientul asupra necesității efectuării pansamentului
- Explicați modul de desfășurare al procedurii
- Obțineți consimțământul

b) **FIZICĂ**

- Poziționați pacientul în funcție de segmentul ce trebuie pansat
- Alegeți poziția de decubit pentru a evita lipotimia
- Asigurați intimitatea pacientului dacă este cazul

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Alegeți materialele necesare în funcție de tipul pansamentului
- Verificați prescripția medicală privind tratarea plăgii
- Identificați pacientul
- Evaluați starea pacientului pentru a stabili dacă pansamentul se face la pat sau la sala de pansamente
- Puneți masca, acoperiți părul, spălați mâinile și dezinfecțați-le cu alcool
- Îmbrăcați mănuși sterile, luați din trusă 2 pense sterile
- Îndepărtați pansamentul vechi dacă este cazul, fără să produceți durere. Dacă este lipit umeziți cu apă oxigenată sau ser fiziologic; observați plaga
- Curățați tegumentul din jurul plăgii folosind tamponane îmbibate în benzină sau eter pentru a efectua degresarea și apoi dezinfecțați cu alcool sau tinctură de iod. Ștergerea se va face de la plagă spre periferie schimbând des tamponanele pentru a evita contaminarea
- Spălați plaga prin turnare pentru a nu produce durere, folosind una din soluțiile dezinfectante recomandate;
- Absorbiți secrețiile din plagă prin tamponare pentru a nu produce durere
- Curățați din nou tegumentele din jurul plăgii folosind tampon pentru o singură manevră și ștergeți apoi cu un tampon uscat
- Efectuați în continuare tratamentul plăgii în funcție de natura și evoluția acesteia, aplicând medicamente dacă sunt recomandate;

- Acoperiți cu comprese de tifon sterile care să depășrască marginea plăgii cu 1-2 cm și aplicați desupra un strat subțire de vată dacă este necesar
- Fixați prin lipire cu materiale adezive sau prin bandajare folosind un procedeu adaptat regiunii (circular, în spirală, în evantai, cu fașă răsfrântă, în spic)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă și puneți regiunea lezată în repaus
- Observați faciesul și comportamentul la durere
- Observați aspectul tegumentelor pentru ca pansamentul să nu jeneze circulația

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile cu potențial infecțios (comprese, mănuși, tuburi de dren, feși) în recipiente speciale
- Curățați instrumentele și pregătiți-le pentru sterilizare
- Dezbrăcați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați tipul de pansament, aspectul și evoluția plăgii data, ora
- Notați informațiile care trebuie transmise în legătură cu pansamentele următoare

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE/DORITE:

- Pacientul nu acuză durere ;
- Pansamentul este bine fixat și curat;
- Plaga este în curs de vindecare

REZULTATE NEDORITE / CE FACEȚI

- Pacientul acuză durere, tegumentele sunt roșii, edemațiate, plaga secretă;
 - Anunțați medicul și efectuați îngrijirile recomandate
- Tegumentele își schimbă culoarea, pot apare furnicături
 - Pansamentul este prea strâns. Refaceți bandajul
- Pansamentul se umezește din cauza secrețiilor
 - Aplicați un strat protector și absorbant de vată
 - Montați tub de dren la recomandarea medicului sau sub supravegherea acestuia
- Schimbați pansamentul de câte ori este nevoie

FIȘA Nr. 6.2.

TIPURI DE PANSAMENTE

PANSAMENTUL PROTECTOR

OBIECTIV

- Acoperirea unei plăgi care nu secretă, nu prezintă tub de dren (plagă operatorie, locul unei injecții sau puncții, locul unde este montat un cateter venos) pentru a realiza protecție față de mediul înconjurător

RECOMANDĂRI

- Puteți folosi materiale sintetice în locul compreselor mari

PANSAMENTUL ABSORBANT

OBIECTIV

- Acoperirea plăgilor drenate sau secretante cu un strat de comprese și un strat de vată

RECOMANDĂRI

- Respectați etapele de efectuare a pansamentului
- Supravegheați pacientul pentru a putea schimba pansamentul mai ales dacă se îmbibă
- Dacă medicul montează tub de dren notați cantitatea de lichid eliminată

PANSAMENTUL OCLUZIV

OBIECTIV

- Acoperirea cu comprese și vată a plăgilor însoțite de leziuni osoase peste care

se aplică aparatul gipsat pentru imobilizare

RECOMANDĂRI

- Pentru îngrijirea plăgii se poate face fereastră

PANSAMENTUL COMPRESIV

OBIECTIV

- Acoperirea unei plăgi sângerânde în scop hemostatic, pentru imobilizarea unei articulații în caz de entorsă sau pentru reducerea unei cavități superficiale după puncționare

RECOMANDĂRI

- Respectați etapele de efectuare a pansamentului .
- Aplicați peste comprese un strat mai gros de vată astfel încât să se acopere reliefurile osoase și compresiunea să fie repartizată uniform pe toată suprafața regiunii, să nu împiedice circulația de întoarcere

PANSAMENTUL UMED

OBIECTIV

- Diminuarea edemului inflamator

RECOMANDĂRI

- Aplicați comprese umede reci îmbibate în soluții recomandate de medic (Rivanol, cloramină, etc.)
- Protejați cu o bucată de material plastic
- Fixați
- Reumeziți din timp în timp (maxim la 5-10 min) sau schimbați compresele deoarece se încălzesc și produc un efect contrar.

FIȘA Nr. 6.3.

BANDAJE FIXAREA PANSAMENTULUI PRIN ÎNFĂȘARE (BANDAJAREA)

OBIECTIV

Fixarea pansamentului în regiunile în care substanțele adezive nu asigură această cerință (extremități, regiunea capului, regiuni articulare)

- Fixarea pansamentelor pe regiuni supuse traumatismelor în timpul unor accidente (mână, picior)
- Efectuarea pansamentului compresiv
- Imobilizarea temporară în traumatismele membrelor (entorse, luxații, fracturi)

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Feși de tifon de mărimi diferite (lățimi între 5 și 25 cm, lungimi între 2 și 5 m)
- Feși elastice
- Foarfecii
- Ace de siguranță, plasă, leucoplast

PREGĂTIREA PACIENTULUI

- Procedura este efectuată de regulă după pansament (pentru fixare) ceea ce presupune pregătirea prealabilă
- Continuați să comunicați cu pacientul pentru atingerea obiectivului și pentru colaborarea cu acesta

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Alegeți feșile de dimensiuni corespunzătoare regiunii și scopului
- Alegeți tehnica de înfășare în funcție de zonă
- Stați tot timpul cu fața la pacient
- Țineți fașa în mâna dreaptă între police și celelalte patru degete, iar cu mâna stângă prindeți capătul liber
- Trageți primele 4-5 tururi circulare la o distanță de 10-15 cm de plagă. După primul tur colțul liber al feșii așezat oblic se restrânge și se acoperă cu a II-a tură pentru a fi mai bine fixat

- Continuați înfășurarea în funcție de regiune folosind o modalitate adecvată: circulară, în spic, în evantai, în spirală etc.

ÎNFĂȘAREA CIRCULARĂ

- Folosiți tehnica pentru regiuni cilindrice: cap, gât, torace, abdomen, braț, articulația pumnului
- La membre, începeți înfășurarea de la extremitatea spre rădăcină în sensul circulației de întoarcere (de la partea mai subțire)
- Acoperiți pansamentul în întregime prin ture, suprapuse
- Fixați cu ac de siguranță, leucoplast sau prin nod la distanță de plăgă pentru a nu produce jenă

ÎNFĂȘAREA ÎN SPIRALĂ

- Folosiți tehnica pentru membre (gambă, antebraț) regiuni tronconice și suprafețe întinse
- Efectuați după turele circulare inițiale, ture oblice în așa fel încât tura următoare să acopere jumătate din cea anterioară
- Răsturnați din când în când fașa pentru a asigura apropierea de segment

ÎNFĂȘAREA ÎN EVANTAI

- Folosiți înfășurarea pentru articulații (cot, genunchi, călcâi)
- Începeți cu două ture circulare deasupra articulației
- Continuați cu ture oblice descendente în așa fel încât fașa să se suprapună la distanțe mai mici în plică și mai mari în partea expusă ajungând circular la nivelul liniei articulare și apoi oblice sub articulație
- Încheiați cu două ture circulare și fixați cu ac de siguranță, leucoplast

ÎNFĂȘAREA RĂSFÂNȚĂ

- Folosiți tehnica pentru membre (gambă, antebraț, regiuni tronconice și suprafețe întinse) pentru a asigura o mai bună etanșare
- Începeți cu 2 ture circulare
- Continuați oblic în sus până pe fața anterioară a segmentului unde fixați fașa cu policele sau cu ajutorul altei persoane, o răsfângeți și continuați în jos încojurând segmentul pe fața posterioară acoperind Ω din tura anterioară
- Continuați cu tura oblică pe fața anterioară și repetați manevra de răsfângere a feșii și de acoperire a feței posterioare până când pansamentul este fixat
- Încheiați prin ture circulare
- Fixați capătul liber cu ac de siguranță sau leucoplast

ÎNFĂȘAREA ÎN SPICĂ

- Folosiți pentru regiuni articulare: scapulo-humerală, inghino-abdominală, cot, picior, pumn
- Începeți de regulă deasupra articulației prin ture circulare
- Treceți fașa dedesubtul articulației, în formă de "8" înconjurând zona vecină acoperind tura precedentă jumătate sau două tururi
- Terminați prin ture circulare
- Fixați capătul liber

CAPITOLUL VII. SONDAJE, SPĂLĂTURI, CLISME

FIȘA Nr. 7.1.

INTRODUCEREA ȘI ÎNDEPĂRTAREA UNEI SONDE NAZOGASTRICE (TUBAJUL NAZOGASTRIC)

A. INTRODUCEREA SONDEI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea unei sonde în stomac pentru evacuarea conținutului sau aspirație continuă
- Introducerea alimentelor în stomac sau a medicamentelor
- Efectuarea unor teste diagnostice

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală sau cărucior ;
- Sonde din cauciuc sau din material plastic sterile ;
- Seringă de 20 ml; seringă Guyon sterilă; stetoscop;
- Tăviță renală;
- Soluție pentru lubrefiere (aqua gel);
- Mănuși de unică folosință
- Vas colector pentru lichidul evacuat sau pungă colectoare
- Leucoplast
- Pahar cu apă
- Prosoape, șervețele din hârtie

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului scopul și necesitatea tubajului;
- Obțineți consimțământul și colaborarea ;
- Informați pacientul privind modul de desfășurare a procedurii și a duratei acesteia;
- Asigurați intimitatea

b) FIZICĂ

- Îndepărtați proteza dentară dacă există și plasați-o într-un pahar cu apă;
- Rugați pacientul să-și sufle nasul sau curățați nasul dacă este necesar;
- Alegeți nara cea mai funcțională punând pacientul să respire alternativ pe o nară și pe cealaltă;
- Așezați pacientul în poziție șezândă sau semișezândă

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Alegeți și verificați materialele în funcție de obiectivul stabilit;
- Verificați recomandarea medicală;
- Identificați pacientul și transportați materialele în salon
- Instruiți pacientul cum să înghită
- Așezați pacientul în poziția aleasă și plasați sub bărbia acestuia un prosop.
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănușile
- Estimați lungimea necesară pentru ca sonda să ajungă în stomac procedând astfel:
 - Măsurați distanța dintre lobul urechii și vârful nasului și apoi de la vârful nasului până la apendicele xifoidian
 - Însemnați locul celor două măsurători cu benzi subțiri de leucoplast sau notați distanțele dacă sonda este gradată
 - Lubrifiați sau umeziți vârful sondei pentru a asigura înaintarea, pentru a reduce fricțiunea și iritațiile
 - Plasați o tăviță renală sub bărbia pacientului eventual să o mențină singur sau apelați la ajutor - Introduceți sonda cu delicatețe prin nara selectată îndreptând-o spre spate și în jos înaintând încet până ajunge în faringe
 - Avansați cu sonda rugând pacientul să înghită până ajunge la primul semn. Favorizați înghițirea sondei dând pacientului cantități mici de apă cu paiul (dacă este cazul)
 - Supravegheați starea pacientului deoarece pot apare: cianoza, tulburări respiratorii, situație în care sonda a ajuns în trahee
 - Rugați pacientul să înghită încet până la al doilea semn
 - Controlați poziția sondei prin una din următoarele metode;
 - Conectați o seringă la capătul liber al sondei și conținutul stomacal
 - Conectați o seringă la capătul liber al sondei și introduceți 30 cm³ de aer ascultând cu stetoscopul plasat pe epigastru, zgomotele produse de intrarea aerului
 - Introduceți capătul liber al sondei într-un pahar cu apă.

Nu trebuie să iasă bule de aer.

- Verificați radiologic dacă este cazul

- Fixați sonda pe nas cu leucoplast astfel încât să nu împiedice vederea și să nu preseze nasul

- Fixați eventual partea liberă a sondei având grijă să lăsați o buclă (de la nas până la locul fixării) care să-i permită pacientului mișcarea lejeră a capului

- Așezați pacientul într-o poziție comodă

- Continuați tubajul conform obiectivului urmărit

- Clampați sonda sau aplicați un dop între două folosiri, atașați pungă colectoare în funcție de obiectivul tubajului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Observați faciesul și respirația pacientului

- Asigurați igiena orală, mucoasa să fie curată și umedă

- Observați nările și eventualele semne de iritație

- Verificați permeabilitatea sondei

- Redați pacientului proteza, dacă nu există alte recomandări ale medicului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele folosite

- Goliți recipientele (dacă este cazul) și curățați

- Așezați materialele în dulapuri sau în alte locuri destinate păstrării

NOTAREA PROCEDURII

Notați :

- Data, ora efectuării/introducerii sondei, tipul tubajului, durata și mărimea sondei folosite

- Toleranța pacientului la procedură

- Metode folosite pentru control

- Cantitatea, culoarea, consistența, mirosul lichidului extras

- Prezența unor semne de iritație și dificultăți în introducerea sondei

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE/DORITE:

- Pacientul este colaborant și demonstrează înțelegerea informațiilor;

- Sonda este introdusă fără dificultate;

- Sonda este permeabilă;

- Pacientul nu acuză disconfort major .

REZULTATE NEDORITE/CE FACEȚI?

- Pacientul nu colaborează

- Explicați-i cu răbdare importanța procedurii și la nevoie anunțați medicul

- Folosiți un spray anestezic, dacă medicul recomandă, pentru a îndepărta senzațiile neplăcute

- Sonda nu înaintează la nivelul orificiului nazal

- Este posibilă o obstrucție; retrageți sonda și încercați din nou cu răbdare

- Pacientul tușește, se cianozează, prezintă tulburări respiratorii pentru că sonda a ajuns în trahee

- Retrageți ușor sonda, lăsați pacientul să se liniștească și încercați din nou manevrând sonda cu blândețe

- Pacientul acuză disconfort, iritație, senzație de vomă, greață

- Sfătuiți pacientul să respire profund pentru a combate greața

- Ajutați pacientul să-și susțină sau susțineți tăvița renală, în caz de vomă

- Anunțați medicul în caz de iritație și aplicați măsurile stabilite de acesta

- Sonda se încolăcește în stomac

- Apreciați corect prin măsurători profunzimea la care va fi introdusă sonda

- Retrageți puțin sonda până la diviziunea 55-60 sau până la al doilea marcaj

B. ÎNDEPĂRTAREA SONDEI

OBIECTIV

- Îndepărtarea sondei folosite pentru tubajul nazogastric

PREGĂTIREA MATERIALELOR NECESARE

- Tavă sau măsuță pentru materiale
- Șervețele (prosop) de hârtie
- Mănuși de unică folosință
- Tăvița renală
- Aleză, prosop
- Mușama pentru protecția lenjeriei pacientului și a patului
- Pahar cu apă

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați indicația medicului pentru retragerea sondei
- Aduceți materialele lângă patul pacientului
- Explicați procedura
- Așezați pacientul în poziție șezândă sau semișezândă în funcție de starea acestuia
- Puneți mușama și aleza pe pieptul pacientului
- Spălați mâinile, îmbrăcați mănuși
- Închideți sonda
- Îndepărtați leucoplastul cu blândețe de pe nas
- Instruiți pacientul să inspire și să rămână în apnee
- Apucați sonda cu o mână, presați și retrageți încet cu o mișcare ușoară, până aproape de faringe, apoi mai rapid
- Ghidați sonda cu cealaltă mână folosind un prosop de hârtie și prinzând capătul sondei pe măsură ce este retrasă
- Rugați pacientul să respire normal
- Oferiți pacientului un pahar cu apă pentru a-și clăti gura

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Observați faciesul pacientului
- Așezați pacientul într-o poziție comodă
- Curățați narile și observați eventualele iritații

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele folosite
- Măsurăți (dacă este cazul) lichidul eliminat
- Îndepărtați mănușile, spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Ora îndepărtării sondei și comportamentul pacientului, cantitatea, aspectul lichidului

EVALUAREA PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE

- Îndepărtarea sondei a decurs fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort

REZULTATE NEDORITE/ CE FACEȚI?

- Pacientul exprimă disconfort din următoarele cauze:
 - Sonda nu a fost închisă și pensată, conținutul s-a scurs în faringe
 - Preveniți prin executarea corectă a extragerii;
 - Prezintă iritații din cauza lezării mucoasei prin compresiune sau a asperităților vârfului sondei
 - Preveniți prin controlul repetat al aspectului mucoasei
 - Folosiți sonde de dimensiuni corespunzătoare vârstei pacientului, scopului și recomandării medicale

FIȘA Nr. 7.2.

TUBAJUL (SONDAJUL) DUODENAL

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea unei sonde până în duoden (dincolo de pilor) pentru extragerea conținutului în vederea unor teste de diagnostic;
- Drenarea căilor biliare;
- Introducerea unor lichide hidratante și nutritive, a unor medicamente;
- Aspirație continuă la bolnavii chirurgicali.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă sau cărucior pentru materiale;
- Sonde sterile Einhorn (sau Miller-Aboit);
- 2 seringi de 20 ml, seringă Guyon, perfuzoare;
- Mănuși de cauciuc de unică folosință;
- Pensă (clemă) pentru clamparea sondei;
- Leucoplast
- Mușama, aleză, prosop
- Pernă cilindrică sau un sul dintr-o pătură
- Tăviță renală
- Materiale în funcție de obiectiv: stativ cu eprubete, soluție de Sulfat de magneziu 33%, hârtie de turnesol, medii de cultură, ulei de măsline, novocină, soluții pentru hidratare sau alimentare, medicamente, recipiente pentru colectarea lichidului de aspirație sau pungi colectoare
- Paravane pentru izolare
- Pahar cu apă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului scopul și necesitatea tubajului;
- Obțineți consimțământul și colaborarea ;
- Informați pacientul privind modul de desfășurare a procedurii și a duratei acesteia;
- Asigurați intimitatea

b) FIZICĂ

- Îndepărtați proteza dentară dacă există și plasați-o într-un pahar cu apă ;
- Rugați pacientul să-și sufle nasul sau curățați nasul dacă este necesar;
- Alegeți nara cea mai funcțională punând pacientul să respire alternativ pe o nară și pe cealaltă ;
- Așezați pacientul în poziție șezândă sau semișezândă

EFFECTUAREA PROCEDURII:

1. Introducerea sondei

- Alegeți și verificați materialele în funcție de obiectivele stabilite;
 - Verificați recomandarea medicală;
 - Identificați pacientul și transportați materialele necesare în salon
 - Instruiți pacientul cum să înghită
 - Așezați pacientul în poziția aleasă și plasați sub bărbia acestuia un prosop ;
 - Spălați mâinile și îmbrăcați mănușile
 - Estimați lungimea necesară pentru ca sonda să ajungă în stomac procedând astfel:
 - Măsurați distanța dintre lobul urechii și vârful nasului și apoi de la vârful nasului până la apendicele xifoidian
 - Însemnați locul celor două măsurători cu benzi subțiri de leucoplast sau notați distanțele dacă sonda este gradată
 - Lubrifiați sau umeziți vârful sondei pentru a asigura înaintarea, pentru a reduce fricțiunea și iritațiile
 - Plasați o tăviță renală sub bărbia pacientului și rugați-l eventual să o mențină singur sau apelați la ajutor
 - Introduceți sonda cu delicatețe prin nara selectată îndreptând-o spre spate și în jos înaintând încet până ajunge în faringe;
 - Avansați cu sonda rugând pacientul să înghită până ajunge la primul semn.
- Favorizați înghițirea sondei dând pacientului cantități mici de apă cu paiul (dacă este cazul)

- Supravegheați starea pacientului deoarece pot apare : tusea, cianoza, tulburări respiratorii situație în care sonda a ajuns în trahee
- Rugați pacientul să înghită încet până la al doilea semn
- Controlați poziția sondei prin una din următoarele metode
 - Conectați o seringă la capătul liber al sondei și aspirați conținutul stomacal
 - Conectați o seringă la capătul liber al sondei și introduceți 30 cm³ de aer ascultând cu stetoscopul plasat pe epigastru, zgomotele produse de intrarea aerului
 - Introduceți capătul liber al sondei într-un pahar cu apă. Nu trebuie să iasă bule de aer.
 - Verificați radiologic dacă este ciuzul
- Așezați pacientul în decubit lateral drept cu capul mai jos, trunchiul ușor ridicat și membrele inferioare flectate
- Introduceți sub hipocondrul drept perna cilindrică sau sulul realizat din pătura rulantă
- Așezați în fața pacientului o mușama acoperită cu o aleză;
- Instruiți pacientul să înghită încet continuând introducerea lentă a sondei 1 - 2 cm la 3-5 min.
- Urmăriți gradațiile sondei pentru a observa ajungerea diviziunii 75-80 cm la orificiul narinei când sonda se află în duoden (după 1- 10 h de la pătrunderea în stomac)
- Verificați poziția sondei prin una din următoarele metode:
 1. Introduceți capătul liber al sondei într-o eprubetă și observați dacă se scurge bilă de culoare galben aurie, dacă nu se scurge introduceți câțiva ml de aer pentru a îndepărta eventualele mucozități și aspirați cu seringă.
 2. Insuflați 60 ml aer prin sondă cu o seringă și încercați să recuperați după 1 min. Aspirarea unei cantități mai mici de 20 ml arată că sonda este în duoden
 3. Introduceți 10 ml lapte care nu mai pot fi recuperați dacă sonda este în duoden
 4. Controlul radiologic
- Continuați tubajul conform obiectivului urmărit
- Fixați sonda dacă trebuie să rămână pe loc
- Mențineți sonda pe durata recomandată de medic
- 2. Retragera sondei
 - Anunțați pacientul când trebuie extrasă sonda
 - Introduceți câțiva ml de aer pentru a goli lumenul sondei și includeți cu o pensă
 - Coborâți extremitatea liberă a sondei sub nivelul stomacului pentru a evita scurgerea eventualelor resturi din lumen în faringe sau în cavitatea bucală
- Retragerea sondei în 3 pași
 - Rugați pacientul să inspire și să rămână în apnee timp în care rețineți sonda până la nivelul stomacului
 - Rugați din nou pacientul să inspire și procedați în continuare ca la retragerea sondei nazogastrice
 - Oferiți pacientului un pahar cu apă pentru clătirea gurii
- ÎNGRIJIREA PACIENTULUI**
 - Observați faciesul și respirația pacientului
 - Asigurați igiena orală cât timp se menține sonda
 - Verificați permeabilitatea sondei
 - În cazul hidratării sau nutriției închideți sonda între două administrări
 - Asigurați-vă că pacientul stă într-o poziție adecvată și comodă
 - După retragerea sondei ajutați pacientul să-și clătească gura cu apă de mai multe ori
- REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ**
 - Îndepărtați materialele folosite
 - Curățați materialele re folosibile și depozitați-le în locul corespunzător

NOTAREA PROCEDURII

- Data, ora efectuării/introducerii sondei, durata
- Toleranța pacientului la procedură
- Obiectivul procedurii și îndeplinirea acestuia

EVALUAREA PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE

- Pacientul este colaborant și demonstrează înțelegerea informațiilor
- Sonda este introdusă fără dificultate
- Obiectivul sondajului este îndeplinit

REZULTATE NEDORITE/CE FACEȚI?

- Pacientul nu colaborează
 - Explicații cu răbdare importanța procedurii și la nevoie anunțați medicul
 - Folosiți un spray anestezic, dacă medicul recomandă, pentru a îndepărta senzațiile neplăcute
- Sonda nu înaintează la nivelul orificiului nazal
 - Este posibilă o obstrucție; retrageți sonda și încercați din nou cu răbdare
- Pacientul tușește, se cianozează, prezintă tulburări respiratorii pentru că sonda a ajuns în trahee
 - Retrageți ușor sonda, lăsați pacientul să se liniștească și încercați din nou manevrând sonda cu blândețe
- Pacientul acuză disconfort, iritație, senzație de vomă, greață
 - Sfătuiți pacientul să respire profund pentru a combate greața
 - Ajutați pacientul să-și susțină sau susțineți tavița renală, în caz de vomă
- Anunțați medicul în caz de iritație și aplicați măsurile stabilite de acesta
- Sonda se încolățește în stomac, nu trece de pilor
 - Preveniți prin înghițire foarte lentă
 - Combateți spasmul piloric prin administrarea medicamentelor antispastice (la recomandarea medicului) sau prin neutralizarea acidității gastrice cu sol. de NaHCO₃ 10% -20-40ml

FIȘA Nr. 7.3.

SONDAJUL VEZICAL LA FEMEIE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea unei sonde urinare în vezica urinară pentru a facilita scurgerea urinei în vederea:
 - Obținerii unei mostre de urină pentru examene de laborator
 - Evacuării conținutului vezicii când aceasta nu se produce spontan sau în caz de incontinență
 - Spălăturii vezicale

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă pentru materiale
- Sonde urinare sterile (Foley, Nelaton) de diferite dimensiuni
- Tăviță renală
- Mănuși sterile și mănuși de unică folosință
- Soluții dezinfectante, tampoane și comprese sterile
- Seringi
- Ser fiziologic sau apă sterilă
- Soluții sterile pentru lubrifierea sondei
- Pungi colectoare
- Materiale pentru toaleta organelor genitale
- Mușama, traverse
- 1 -2 eprubete sterile, 1 - 2 eprubete curate și uscate

PREGĂTIREA PACIENTEI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacienta cu privire la necesitatea sondajului
- Obțineți consimțământul și colaborarea acesteia

b) FIZICĂ:

- Așezați pacienta în poziție ginecologică
- Asigurați intimitatea pacientei prin izolare cu paravan

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Identificați pacienta
- Verificați recomandarea medicală
- Protejați patul cu aleză și mușama
- Îndepărtați perna și pliați pătura
- Lăsați accesibilă numai regiunea vulvară
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Efectuați toaleta regiunii vulvare cu apă și săpun sau dezinfecțați organele genitale folosind 6 tamponane: tamponanele 1 și 2 - pentru labiile mari, tamponanele 3 și 4 - pentru labiile mici, tamponanele 5 și 6 - pentru meatul urinar
- Îndepărtați materialele folosite pentru toaletă și așezați între coapsele pacientei tăvița renală
- Schimbați mănușile de unică folosință cu cele sterile
- Evidențiați meatul urinar
- Dezinfecțați orificiul uretral de sus în jos, folosind 2-3 tamponane
- Prindeți sonda între degetele mediu și inelar ale mâinii dominante
- Lubrifiați în întregime cu ulei steril
- Orientați vârful sondei în sus, ținând-o ca pe un creion în timpul scrisului
- Introduceți sonda în uretră la o adâncime de 4-5 cm
- Continuați sondajul în funcție de scopul propus: evacuare, recoltare, spălatură

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacienta să se îmbrace
- Reașezați perna și înveliți pacienta
- Așezați pacienta în poziție comodă,
- Verificați dacă pacienta acuză disconfort

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale
- Îndepărtați mănușile
- Spălați și dezinfecțați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, scopul sondajului
- Numele persoanei care a efectuat procedura
- Aspectul și cantitatea urinei eliminate / colectate

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacienta exprimă stare de confort
- Sondajul s-a efectuat fără incidente

Rezultate nedorite / Ce faceți:

- Sonda nu se poate introduce
 - Alegeți sonda mai subțire
 - Controlați dacă poziția sondei este corectă
 - Verificați dacă pacienta nu are malformații ale meatului urinar
- Sonda a fost desterilizată în timpul manevrelor
 - Schimbați sonda
- Pacienta acuză dureri, sângerează
 - Anunțați medicul
- Sonda este înfundată cu cheaguri de sânge sau mucus
 - Încercați să desfundați prin aspirare
 - Schimbați sonda

FIȘA Nr. 7.4.
SONDAJUL VEZICAL LA BĂRBAT

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea unei sonde urinare în vezica urinară pentru a facilita scurgerea urinei în vederea: - obținerii unei mostre de urină pentru examene laborator
- evacuării conținutului vezicii când aceasta nu se produce spontan sau în caz de incontinență-
- efectuării spălaturii vezicale

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă pentru materiale
- Sonde urinare sterile (Foley, Nelaton) de diferite dimensiuni
- Tăviță renală
- Mănuși sterile și mănuși de unică folosință
- Soluții dezinfectante, tamponi și comprese sterile
- Seringi
- Ser fiziologic sau apă sterilă
- Soluții sterile pentru lubrifierea sondei
- Pungi colectoare
- Materiale pentru toaleta organelor genitale
- Mușama, traverse
- 1-2 eprubete sterile, 1-2 eprubete curate și uscate

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul cu privire la necesitatea sondajului
- Obțineți consimțământul și colaborarea pacientului
- Asigurați intimitatea cu ajutorul unui paravan

b) FIZICĂ:

- Așezați pacientul în decubit dorsal, cu picioarele întinse și ușor depărtate, cu o pernă tare sub bazin

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Identificați pacientul
- Verificați recomandarea medicală
- Așezați pacientul în poziția recomandată
- Protejați patul cu aleză și mușama
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși (de unică folosință)
- Efectuați toaleta glandului cu apă și săpun
- Dezinfectați glandul și meatul urinar folosind 3 tamponi, cu ser fiziologic și soluție antiseptică
- Folosiți al patrulea tampon pentru a dezinfecta încă o dată numai meatul urinar
- Îndepărtați materialele folosite pentru toaletă
- Schimbați mănușile de unică folosință cu cele sterile
- Evidențiați meatul urinar
- Prindeți sonda cu mâna dominantă și lubrifiați în întregime cu ulei de parafină steril
- Prindeți extremitatea liberă a sondei între degetul mic și inelar
- Introduceți sonda în uretră la o adâncime de 10-15 cm, ținând, cu cealaltă mână, penisul cât mai bine întins
- Continuați sondajul în funcție de scopul propus: evacuare, recoltare, spălătură
- Realați prepuțul la sfârșitul procedurii

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacientul să se îmbrace
- Așezați pacientul în poziție comodă
- Verificați dacă pacientul acuză disconfort

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale
- Îndepărtați mănușile
- Spălați și dezinfectați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, scopul sondajului
- Numele persoanei care a efectuat procedura
- Aspectul și cantitatea urinei eliminate / colectate

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul exprimă stare de confort
- Sondajul s-a efectuat fără incidente

Rezultate nedorite / Ce faceți:

- Sonda nu se poate introduce
 - Alegeți sonda mai subțire
 - Controlați dacă poziția sondei este corectă
 - Verificați dacă pacientul nu are malformații/stricturi ale meatului urinar
- Sonda a fost desterilizată în timpul manevrelor
 - Schimbați sonda
- Pacientul acuză dureri, sângerează
 - Anunțați medicul
- Sonda este înfundată cu cheaguri de sânge sau mucus
 - Încercați și desfundați prin aspirare
 - Schimbați sonda

FIȘA Nr. 7.5.

SPĂLĂTURA VEZICALĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea printr-o sondă a unei soluții medicamentoase în vezica urinară, pentru îndepărtarea exudatelor patologice și pentru pregătirea în vederea unor explorări (cistoscopic, pielografie);
- Profilaxia și tratamentul complicațiilor în cazul sondei a demure.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiți:

- Materialele pentru sondajul vezical;
- Soluție pentru spălătură 1l, recomandată de medic (Rivanol 0,1-2%, nitrat de Ag 1-4%)
- Seringa Guyon

PREGĂTIREA PACIENTULUI

- Se face ca la sondajul vezical (vezi fișele 7.4. și 7.5.)

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Executați pașii de la sondajul vezical evacuator (vezi fișele 7.4. și 7.5.)
- Adaptați la sondă seringă Guyon și introduceți 80- 100ml soluție încălzită la 37° cu o presiune moderată
- Detașați seringă și lăsați lichidul să se scurgă
- Repetați operația de câteva ori până când lichidul eliminat este limpede

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- La fel ca la sondajul vezical
- Închideți sonda Foley sau adaptați o pungă colectoare dacă pacientul are sonda permanentă

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, soluția folosită, aspectul lichidului;
- Comportamentul pacientului în timpul procedurii;

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE/DORITE:

- Pacientul exprimă stare de confort, nu acuză dureri;
- Nu sunt semne de infecție urinară, urina este limpede;

REZULTATE NEDORITE / CE FACEȚI

- Infundarea sondei cu exudate sau cheaguri de sânge;

- Insuflați aer sau câțiva ml soluție dezinfectantă;
- Lezarea uretrei și posibilă infecție
 - Observați aspectul meatului urinar și aspectul urinei
 - Măsurați temperatura corpului
 - Anunțați medicul dacă constatați vreun semn de infecție
 - Recoltați o probă de urină pentru a fi examinată la laborator

FIȘA Nr. 7.6.
 SPĂLATURA VAGIALĂ
 (IRIGAȚIA VAGINALĂ)

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Curățirea regiunii de secreții
- Îndepărtarea mirosului
- Prevenirea iritației și escoriației
- Prevenirea infecției
- Promovarea confortului.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Canula vaginală cu duza perforată (pentru reducerea presiunii lichidului)
- Soluție la temperatura corpului (cantitatea și tipul recomandate de medic)
- Irigator curat
- Pensă
- Gel pentru lubrifiere
- Tub de cauciuc cu pensă sau tub din material plastic cu clemă
- Tampoane de vată
- Stativ pentru suspendarea irigatorului
- Aleză, mușama
- Pled

Mănuși sterile

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Instruiți pacienta și explicați procedura și motivele pentru care s-a recomandat
- Instruiți pacienta să stea liniștită și relaxată, să comunice eventualele senzații neplăcute
- Obțineți consimțământul

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea
- Instruiți pacienta să-și golească vezica
- Asigurați poziția corectă (ginecologică)

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Asamblați echipamentul și verificați temperatura lichidului
- Identificați pacienta
- Verificați recomandarea medicală
- Explicați desfășurarea procedurii
- Verificați dacă pacienta și-a golit vezica
- Așezați pacienta pe masa ginecologică
- Înveliți pacienta cu un pled și așezați mușama și aleza sub pacientă
- Spălați mâinile
- Clampați tubul și puneți în irigator soluția la temperatura corpului
- Declampați tubul, evacuați aerul și reclampați
- Îmbrăcați mănuși sterile
- Spălați perineul cu tampoane de vată umezite cu apă caldă
- Începeți curățirea dinspre partea anterioară spre spate, folosind tamponul o singură dată
- Lubrifiați canula cu gel sau vaselină
- Agățați punga/irigatorul în stativ la o înălțime de 50-70 cm de la simfiza pubiană

- Îndepărtați cu o mână labiile iar cu cealaltă introduceți canula în vagin, înclinând-o spre față apoi spre spatele pacientei; introduceți aproximativ 8 -10cm (la 10 -11cm se atinge fundul de sac vaginal)
- Îndepărtați pensa și permiteți soluției să curgă sub forța gravitației; rotiți cu blândețe canula în timpul irigației
- Clampați tubul înainte de terminarea lichidului și îndepărtați canula cu blândețe
- Permiteți pacientei să stea pe masă câteva minute pentru a elimina lichidul în totalitate
- Spălați regiunea vulvară cu apă și săpun și uscați bine cu un prosop
- Examinați aria perineală
- Examinați aspectul lichidului; dacă lichidul conține mucus, puroi sau sânge prezentați medicului
- Îndepărtați mănușile

ÎNGRIJIREA PACIENTEI

- Conduceți pacienta la pat și așezați-o într-o poziție confortabilă
- Verificați dacă pacienta are dureri
- Instruiți pacienta cum să-și facă singură spălătura dacă este nevoie

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Dezasamblați materialele
- Spălați materialele folosite și așezați-le în dulap
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, soluția folosită, numele persoanei care a efectuat irigația
- Orice observație legată de starea pacientei sau aspectul local; durere, iritație, scurgeri
- Dacă pacienta a înțeles informațiile

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Spălătura s-a desfășurat fără incidente, pacienta se simte bine
- Pacienta este cooperantă și demonstrează înțelegerea informațiilor primite
- Pacienta este capabilă să-și efectueze spălătura

Rezultate nedorite / Ce faceți:

- Pacienta acuză senzații neplăcute, durere
- Verificați: temperatura soluției, presiunea și viteza de scurgere
- Verificați dacă pacienta și-a golit vezica
- Scadeți presiunea prin coborârea irigatorului sub 50cm

FIȘA Nr. 7.7.

CLISMA EVACUATORIE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea prin anus în rect și colon a unor lichide pentru îndepărtarea materiilor fecale

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Masă de tratament sau tavă
- Irigator (recipient), tub de cauciuc cu diametrul de 10 mm și lungimea de 1,5 - 2m
- Canulă rectală
- Tăviță renală
- Mușuama, transversă
- Învelitoare de flanelă sau cearșeaf
- Substanță lubrefiantă
- Casoleta cu comprese sterile
- Material pentru toaleta perineală
- Ploscă (bazinet)

- Stativ pentru irigator
- Apă caldă 35 - 37°C (500-1000 ml adulți, 250 ml adolescenți, 150 ml copii)
- Sare (1 linguriță/1 l apă)/ ulei (4 linguri/1 l apă)/ glicerină (40 g/500 ml apă)/ săpun (1 linguriță rasă/1 l apă)

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului procedura, solicitându-i colaborarea
- Explicați scopul procedurii, efectele așteptate dar și eventualele efecte nedorite
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea pacientului (paravan)
- Dezbrăcați partea inferioară a corpului pacientului
- Poziționați pacientul în decubit lateral stâng cu membrul inferior stâng întins și membrul inferior drept flectat (în poziție SIMS), cu anusul expus sau în decubital dorsal cu membrele inferioare flectate (în funcție de starea și confortul pacientului)
- Așezați mușama și aleza sub bazinul pacientului
- Așezați bazinetul sub regiunea sacrală și acoperiți pacientul cu o învelitoare

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați prescripția
- Spălați-vă pe mâini cu apă și săpun
- Îmbrăcați mănușile de unică folosință
- Poziționați irigatorul (recipientul) pe stativ la o înălțime de 45 cm deasupra nivelului anusului pacientului și eliminați aerul din tubul irigatorului după care închideți circuitul
- Lubrifiați canula rectală pe o lungime de 5-7 cm (setul de unică folosință pentru clismă poate avea canula prelubrifiată)
- Îndepărtați fesele pacientului cu mâna stângă iar cu mâna dreaptă introduceți canula 7-10 cm prin anus în rect, perpendicular pe suprafața subadiacentă, cu vârful îndreptat înainte, în direcția vezicii urinare, prin mișcări de rotație, până învingeți rezistența sfincterului anal
- Dacă rezistența se menține și după trecerea de anus, lăsați să se scurgă o cantitate mică din soluția pentru clismă, retrageți puțin canula și apoi continuați introducerea, rugând pacientul să respire adânc de câteva ori - nu forțați introducerea canulei!
- Îndreptați vârful canulei în axul ampulei rectale
- Deschideți circuitul și introduceți soluția încet, pe o perioadă de 5 - 10 minute, comunicând în permanență cu pacientul pentru a afla cum se simte
- Înainte de terminarea soluției penșați tubul, extrageți canula rectală și așezați-o în tăvița renală
- Explicați-i pacientului că este nevoie să rețină soluția timp de 10-15 minute
- Aduceți pacientul în decubit lateral drept și peste câteva minute în decubit dorsal pentru a facilita pătrunderea lichidului la o adâncime mai mare (dacă este posibil și nu există contraindicații)
- Dacă pacientul se poate deplasa, va merge la toaletă -atenționați pacientul să nu tragă apă înainte de a vă chema pentru a vedea rezultatul clismei!
- Folosiți bazinetul pentru captarea scaunului, la pat, în cazul pacienților imobilizați
- Înlăturați mănușile și aruncați-le în recipientul special destinat
- Spălați-vă pe mâini

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- După eliminarea scaunului verificați starea de igienă a zonei anale și dacă este nevoie oferiți pacientului apă, săpun și prosop
- Dacă pacientul este imobilizat efectuați toaleta zonei folosind un alt bazinet, urmând pașii descriși în fișă "Captarea materiilor fecale în bazinet" (2.9.2)
- Verificați aspectul, culoarea și cantitatea materiilor fecale eliminate

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați paravanul și aerisiți salonul
- Îndepărtați materialele utilizate iar pe cele refolosibile curățați-le și așezați-le în locul obișnuit de depozitare
- Asigurați-vă că plosca a fost golită și curățată
- Spălați-vă pe mâini cu apă și săpun

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Efectuarea clismei
- Cantitatea, aspectul și culoarea materiilor fecale în foaia de temperatură sau în planul de îngrijiri
- Consemnați eventuale aspecte patologice (culoare, consistență, prezența sângelui, puroiului, mucusului)
- Comportamentul pacientului pe durata procedurii

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- pacientul exprimă confort
- conținutul intestinal gros este eliminat
- materiile fecale au aspect normal

Rezultate nedorite / Ce facem dacă:

- Canula întâmpină rezistență după pătrunderea în anus
 - nu forțați introducerea canulei
 - retrageți ușor, lăsați să curgă o cantitate mică de apă și continuați introducerea cu mișcări ușoare de rotație
- Pacientul acuză dureri, crampe, senzație puternică de defecație
 - presiunea sau viteza de introducere a lichidului este mare - opriți câteva momente introducerea lichidului, coborâți irigatorul sau reglați presiunea cu ajuiorul robinetului (dacă există)
- Pacientul este slăbit și nu poate reține lichidul
 - țineți fesele pacientului strânse ajutându-l să țină lichidul

CAPITOLUL VIII - ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

FIȘA Nr. 8.1.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ (LA ADULT)

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea în organism pe cale orală a unei cantități de medicamente care să acționeze general sau local

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pahare de unică folosință
- Pipetă, sticluța picurătoare
- Medicamente prescrise
- Apă, ceai, alt lichid recomandat
- Lingură, linguriță
- Apăsător de limbă
- Tavă sau măsuță mobilă
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul asupra efectului, gustului medicamentului
- Informați pacientul asupra eventualelor efecte secundare (reacții adverse)
- Asigurați pacientul de inofensivitatea procedurii

b) FIZICĂ:

- Asigurați pacientului o poziție comodă astfel încât să poată bea
- Verificați dacă sunt respectate condițiile de administrare (înainte, după masă, etc)
- Tabletele și capsulele sunt date cu apă pentru a preveni antagonizarea

proprietăților chimice ale medicamentelor

- Siropurile și antiacidele lichide nu sunt urmate de ingestia de apă pentru că li se diminuează efectul

- Tabletele zdrobite sau lichidele pot fi amestecate cu o cantitate mică de mâncare dacă aceasta nu este contraindicată de dietă

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Așezați materialele pe o tavă sau cărucior pentru tratament (măsuță mobilă)

- Verificați prescripția medicală : numele medicamentului, doza, modul de administrare;

- Identificați fiecare medicament pe care-l primește pacientul: eticheta, ambalajul.

- Puneți dozele ce trebuie administrate într-un păhărel din material plastic

- Verificați numărul salonului și numele pacientului

- Duceți tăvița/măsuța cu medicamentele în salon

- Explicați pacientului ce medicament primește, acțiunea acestuia, dacă are gust neplăcut

- Așezați pacientul în poziție șezând dacă nu e nici o contraindicație, sau o poziție comodă în care să bea lichidul în funcție de starea acestuia

- Serviți pacientul cu doză unică

- Dați-i paharul cu apă/suc/ceai și asigurați-vă că pacientul a înghițit toate medicamentele sau ajutați-l dacă nu poate să bea singur

- Instruiți pacientul dacă după administrare trebuie păstreze o anumită poziție

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă

- Asigurați-vă că pacientul exprimă stare de confort

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Plasați medicamentele rămase în locul de păstrare adecvat

- Asigurați-vă că sunt îndeplinite condițiile de păstrare

- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, medicamentul, doza, și reacția pacientului

- Refuzul pacientului

- Numele persoanei care a administrat medicamentul

- Dacă pacientul este capabil să-și administreze singur medicamentele

- Transmiteți informațiile semnificative în scris și verbal la schimbul de tură

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente

- Pacientul este capabil să ingere și să metabolizeze fără greață și vărsături

- Pacientul acceptă medicamentele, este cooperant

- Pacientul simte acțiunea și efectul medicamentului

Rezultate nedorite / Ce faceți:

Pacientul/clientul nu cooperează, refuză medicamentele o întrebați medicul

- Pacientul/clientul acuză senzații de greață și vomă

- asigurați-vă că nu sunt mirosuri neplăcute în încăperea - aerisiți

- invitați pacientul să inspire profund

- rămâneți cu pacientul până când se simte bine

- dacă este cazul, anunțați medicul

- Pacientul are reacție alergică sau anafilactică

- opriți administrarea

- anunțați medicul

- pregătiți medicamente antihistaminice

- Reacția este severă

- așezați pacientul în decubil dorsal cu capul puțin ridicat

- evaluați semnele vitale la 10- 15'

- urmăriți dacă prezintă hipotensiune sau are dificultate în respirație

- dacă are dificultăți respiratorii administrați O₂ pe mască, 6l/min.

- pregătiți o trusă de urgență pe care s-o aveți la îndemână
- asigurați suport psihologic pacientului pentru a reduce anxietatea
- notați tipul și evoluția reacției alergice

FIȘA Nr. 8.2.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ (LA COPIL)

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea în organism pe cale orală a unei cantități de medicamente care să acționeze generic sau local.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pahare de unică folosință
- Pipetă, sticlută picurătoare
- Medicamente prescrise
- Apă, ceai, alt lichid recomandat
- Lingură, linguriță
- Apăsător de limbă
- Tavă sau măsuță mobilă
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- folosiți o metoda de joacă pentru a obține cooperarea
- informați copilul că va primi un medicament și nu bomboane
- informați asupra efectului și reacțiilor adverse
- explicați părinților rolul medicamentului, importanța administrării, acțiunea și eventualele reacții adverse

b) FIZICĂ:

- Asigurați o poziție corespunzătoare în raport cu starea copilului
- Verificați dacă sunt îndeplinite condițiile pentru administrare
- Dacă nu există nici o contraindicație înlocuiți apa cu alt lichid, de preferat dulce (suc, ceai) - nu folosiți alimente sau lichide preferate deoarece copilul le-ar putea refuza mai târziu!

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Așezați materialele pe o lavă sau cărucior pentru tratament (măsuță mobilă)
- Verificați prescripția medicală : numele medicamentului, doza, modul de administrare, calea de administrare
- Identificați fiecare medicament pe care-l primește pacientul: eticheta, ambalajul.
- Puneți dozele ce trebuie administrate într-un pahărel din material plastic
- Verificați numărul salonului și numele pacientului
- Duceți tăvița/măsuța cu medicamentele în salon
- Explicați pacientului/părinților ce medicament primește, acțiunea acestuia, dacă are gust neplăcut
- Așezați pacientul în poziție șezând dacă nu e nici o contraindicație, sau o poziție comodă în care să poată bea lichidul în funcție de starea acestuia
- Serviți pacientul cu doză unică
- Zdrobiți sau fragmentați tabletele pentru a fi mai ușor de ingerabile
- Folosiți o cantitate mai mică de lichid pentru a coopera mai ușor

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Asigurați-vă că pacientul exprimă stare de confort, nu varsă

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Plasați medicamentele rămase în locul de păstrare adecvat
- Asigurați-vă că sunt îndeplinite condițiile de păstrare
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- data, ora, medicamentul, doza și reacția pacientului
 - refuzul pacientului
 - numele persoanei care a administrat medicamentul
 - dacă pacientul/familia poate continua administrarea tratamentului fără supraveghere
 - Transmiteți informațiile semnificative în scris și verbal la schimbul de tură
- EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul este capabil să ingere și să metabolizeze fără greață și vărsături
- Pacientul acceptă medicamentele, este cooperant
- Pacientul simte acțiunea și efectul medicamentului

Rezultate nedorite

• Ce facem dacă:

1. Pacientul nu cooperează, refuză medicamentele
 - anunțați medicul
 2. Pacientul acuză senzație de greață și vomă
 - asigurați-vă că nu sunt mirosuri neplăcute în încăperea (aerisiți)
 - invitați pacientul să inspire profund
 - rămâneți cu pacientul până când se simte bine
 - dacă este cazul, anunțați medicul
 3. Pacientul are reacție alergică sau anafilactică
 - opriți administrarea
 - anunțați medicul
 - pregătiți medicamente antihistaminice
- Dacă reacția este severă:
- așezați pacientul în decubit cu capul puțin ridicat evaluați semnele vilale la 10- 15'
 - urmăriți dacă prezintă hipotensiune sau are dificultate în respirație
 - dacă are dificultăți respiratorii administrați O₂ pe mască, 6l/min.
 - pregătiți o trusă de urgență pe care s-o aveți la îndemână
 - asigurați suport psihologic pacientului pentru a reduce anxietatea
 - notați tipul și evoluția reacției alergice

FIȘA Nr. 8.3.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE TEGUMENTE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Obținerea unui efect local asupra tegumentelor,
- Stimularea circulației
- Diminuarea efectului medicamentului printr-o absorbție mai lentă.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Medicamentele, prescrise (lichide, pudre, unguente, alifii, mixturi, plasturi)
- Mănuși de cauciuc
- Comprese, tampoane, spatulă
- Pense porttampon, spatulă
- Material pentru protecția patului
- Tavă sau carucior pentru medicamente

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul asupra efectului medicamentului
- Explicați pacientului metodele de administrare a medicamentelor: badijonare, pudraj, comprese medicamentoase
- Informați pacientul asupra senzațiilor pe care le poate simți
- Informați asupra eventualelor alergii

b) FIZICĂ:

- Asigurați imunitatea
- Asigurați poziția adecvată în funcție de zona pe care urmează să se aplice medicamentul

- Sfătuiți pacientul să stea relaxat

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiți materialele pe o tavă sau un cărucior
- Verificați recomandarea medicală
- Identificați pacientul; identificați eventualele leziuni care contraindică administrarea
- Asigurați intimitatea
- Așezați pacientul în poziție adecvată
- Spălați mâinile
- Îmbrăcați mănuși de cauciuc

a) Aplicarea unguentelor și alifiilor

- Scoateți medicamentul din tub prin apăsare sau din cutie cu ajutorul spatulei
- Întindeți cu blândețe un strat subțire cu mâna îmbrăcată în mănușă sau cu spatulă.
- Protejați pielea cu un pansament dacă e necesar, astfel încât medicamentul să nu fie îndepărtat
- Curățați suprafața pielii între două aplicări cu excepția situațiilor în care medicul recomandă astfel.

b) Aplicarea lichidelor

- Întindeți soluția medicamentoasă cu ajutorul unui tampon
- Lăsați pielea să se usuce
- Protejați cu un pansament dacă soluția folosită e colorată
- Curățați suprafața pielii între două aplicări cu excepția situațiilor în care medicul recomandă altfel;

c) Aplicarea medicamentelor vasodilatatoare

- Puneți mănuși de cauciuc pentru a preveni absorbția medicamentelor de propriile tegumente
- Aplicați plasturele pe toracele anterior sau pe altă zonă a corpului indicată de medic
- Alternați locurile la fiecare doză medicamentoasă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați eventualele reacții locale
- Instruiți pacientul/familia dacă este nevoie de continuarea tratamentului la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Puneți medicamentele în locul de păstrare și asigurați-vă că există condiții adecvate
- Îndepărtați compresele, tampoanele folosite
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, medicamentul, modul de administrare, numele nursei
- Orice observație legală de starea pacientului, aspectul local al tegumentelor
- Reacția pacientului la procedură
- Ce a învățat pacientul din informațiile furnizate

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort, nu acuză reacții neplăcute
- Pacientul este cooperant și demonstrează înțelegerea informațiilor primite

Rezultate nedorite /Ce faceți ?

- Pacientul acuză efectuarea cu brutalitate a manevrelor
 - Liniștiți pacientul (vă cereți scuze și explicați, dacă este cazul, că manevra în sine poate fi dureroasă)

- Pacientul acuză senzații neplăcute: usturime, înțepături
 - Explicați pacientului, dacă este cazul, că senzațiile fac parte din efectul medicamentelor
- Pe suprafața tratată apare înroșirea sau alte semne de alergii
 - Observați starea, anunțați medicul și transmiteți informațiile prin raportul de activitate

FIȘA Nr.8.4.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE MUCOASA CONJUNCTIVALĂ (COLIRURI, UNGUENTE)

OBIECTIVUL PROCEDURII

Administrarea medicamentelor în sacul conjunctival pentru a obține un efect terapeutic

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior pentru medicamente
- Picături (coliruri) sau unguente prescrise de medic
- Ser fiziologic steril
- Compresă de tifon sterile
- Șervețele
- Pipetă
- Mănuși sterile
- Recipient pentru colectarea materialelor folosite

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul/ clientul și explicați procedura
- Explicați efectul terapeutic și eventualele reacții
- Informați asupra eventualelor alergii
- Instruiți pacientul/clientul să nu se miște
- Subliniați și clarificați explicațiile medicului despre boală
- Explicați orice altă recomandare terapeutică adițională

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea
- Asigurați poziția corectă - decubit dorsal sau șezând cu capul dat pe spate

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiți materialele pe o tavă medicală
 - Verificați recomandarea medicală
 - Identificați pacientul/clientul
 - Atenționați pacientul/clientul să nu se miște în timpul procedurii
 - Asigurați o lumină adecvată
 - Poziționați pacientul / clientul culcat sau șezând cu capul dat pe spate
 - Spălați mâinile cu apă și săpun/ îmbrăcați mănuși sterile
 - Deschideți fanta palpebrală din interior spre exterior folosind comprese sterile îmbibate în ser fiziologic
 - Aspirați cu pipeta cantitatea de soluție necesară (deschideți tubul cu unguent)
 - Protejându-vă degetele cu comprese sterile, trageți blând pleoapa inferioară pentru a evidenția sacul conjunctival
 - Instruiți pacientul/ clientul să privească în sus și înapoi pentru a proteja corneea, sub pleoapa superioară și pentru a preveni clipitul în momentul când vă apropiați cu pipeta sau tubul
 - Sprijiniți mâna care ține medicamentul pe fruntea pacientului pentru a evita rănirea cu pipeta sau vârful tubului dacă pacientul se mișcă plasați pipeta sau vârful tubului cu unguent deasupra sacului conjunctival la 1-2cm
 - Instilați numărul de picături prescris sau aplicați aproximativ 1cm liniar din unguent, pe suprafața pleoapei inferioare;
- NU ATINGEȚI PIPETA, TUBUL, DE OCHIUL PACIENTULUI/ CLIENTULUI
- Eliberați pleoapa inferioară

- Instruiți pacientul/clientul să închidă ochiul și să-și miște globul ocular pentru a împrăști medicamentul
- Îndepărtați orice exces de medicament din jurul ochiului cu o compresă sterilă sau un șervețel
- Spălați-vă pe mâini, schimbați mănușile și repetați intervențiile pentru celălalt ochi dacă este necesar

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați eventualele reacții locale: congestii, lăcrimare, prurit

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Puneți medicamentele la locul de păstrare
- Asigurați-vă că sunt condiții optime pentru păstrarea medicamentelor deschise
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, medicamentul, calea de administrare
- Numele asistentei care a administrat medicamentul
- Orice observație legată de starea pacientului/ clientului sau aspectul local: secreții, roșeață, senzație de corp străin
- Reacția pacientului/ clientului la procedură .
- Ce a învățat pacientul/clientul legat de continuitatea tratamentului

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul/clientul exprimă stare de confort, nu acuză reacții neplăcute: usturime, lăcrimare, înglodeală
- Pacientul/clientul este cooperant și demonstrează înțelegerea informațiilor primite

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Pacientul nu cooperează și există risc de lezare a corneei
 - întrebați medicul
 - Pacientul/clientul acuză senzații neplăcute (usturime, lăcrimare, înglodeală, arsură, hiperemie)
 - explicați pacientului/clientului că sunt efecte ale medicamentului
 - anunțați medicul dacă acestea nu sunt obișnuite în cazul administrării medicamentului recomandat)
 - Semnalați medicului orice manifestare ieșită din comun: vedere neclară, diplopie, cefalee, palpitații.
- NU FOLOSIȚI ACELEAȘI TAMPOANE SAU COMPRESE LA AMBII OCHI!

FIȘA Nr. 8.5.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE NAZALA

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea medicamentelor pe cale nazală pentru tratarea problemelor locale

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Medicamentele prescrise
- Tavă sau cărucior pentru medicamente
- Pipetă/sticlă picurător
- Șervețele

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați necesitatea procedurii și a poziției pentru instilații nazale
- Explicați efectul terapeutic și necesitatea menținerii poziției timp de 5'
- Identificați eventualele alergii cunoscute de pacient

b) FIZICĂ:

- Asigurați poziția adecvată pentru ca medicamentul să nu ajungă în faringe,

deoarece va fi înghițit iar efectul va fi influențat;

- Capul pacientului se așează pe o pernă la marginea patului în funcție de zona afectată

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiți materialele pe o tavă sau un cărucior pentru tratamente

- Verificați recomandarea medicală

- Identificați pacientul

- Rugați pacientul să nu se miște

- Spălați mâinile cu apă și săpun

- Asigurați lumina adecvată

- Așezați pacientul într-una din cele trei poziții pentru a permite medicamentelor să ajungă în zona afectată:

- a) În decubit dorsal cu capul ușor înclinat spre zona afectată pentru trompa lui Eustachio

- b) În decubit dorsal cu umerii sprijiniți pe o pernă, cu capul în extensie pentru sinusurile etmoidal și sfenoidal

- c) În decubit dorsal cu umerii sprijiniți pe pernă, cu capul în hiperextensie întors spre partea afectată pentru sinusurile frontale și maxilare

- Dați pacientului șervețele

- Aspirați în pipetă cantitatea de medicament necesară

- Introduceți vârful pipetei exact în nară

- Instilați cantitatea necesară numărând picăturile

- Instruiți pacientul să mențină poziția timp de 5' pentru a preveni scurgerea în afară sau spre gât a medicamentului

- Absorbiți excesul de medicamente și explicați pacientului să nu sufle nasul

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă

- Observați starea pacientului

- Informați pacientul în cât timp se instalează efectul;

- Instruiți pacientul/familia cum să procedeze dacă va trebui să continue tratamentul la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Puneți medicamentele și pipeta în locul de păstrare

- Asigurați-vă că sunt condiții optime pentru păstrarea medicamentelor (sticlutele) deschise

- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, medicamentul, doza, calea de administrare, numele nursei care a administrat

- Orice observație legată de starea pacientului sau aspectul local

- Transmiteți informațiile semnificative în scris și verbal la schimbul de tură

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente

- Pacientul respiră pe nas, cu ușurință

- Pacientul nu acuză reacții neplăcute

- Pacientul este cooperant și demonstrează înțelegerea informațiilor primite

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- La atingerea firelor de păr din nas se declanșează strănutul:

- Acționați cu grijă în timpul administrării

- Oferiți pacientului șervețele și instruiți-l să-și acopere nasul și gura

cu un șervețel dacă îi vine să strănute

- Pacientul acuză senzație de înțepătură sau uscăciune a mucoasei:

- Explicați pacientului că senzația este trecătoare

- Dacă manifestările se mențin, anunțați medicul

- Pacientul acuză cefalge, palpitații, insomnii (mai ales la bătrâni și copii):

- Anunțați medicul

- Aspirarea soluției în fosa nazală favorizează scurgerea acesteia în laringe provocând accese de tuse (spasme)

- Liniștiți pacientul, anunțați medicul

ATENȚIE!

- Folosiți pipeta pentru un singur pacient!

- Deși cavitatea nazală este sterilă, respectați normele de asepsie și antisepsie deoarece există legături cu sinusurile!

FIȘA Nr. 8.6.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR ÎN CONDUCTUL AUDITIV EXTERN (INSTILAȚIA)

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea medicamentelor în conductul auditiv pentru a obține un efect terapeutic

- Înmuierea dopului de cerumen

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Medicamentele prescrise, soluții la temperatura corpului

- Pipete

- Tampoane de vată, comprese de tifon

- Ser fiziologic (opțional)

- Tavă medicală/cărucior de materiale

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul și explicați procedura

- Explicați efectul terapeutic și eventualele senzații neplăcute

- Întrebați pacientul dacă este alergic

- Obțineți consimțământul

b) FIZICĂ:

- Poziționați corect pacientul în funcție de partea afectată

- Asigurați intimitatea

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiți materialele pe o tavă sau un cărucior pentru tratamente

- Verificați recomandarea medicală

- Identificați pacientul și asigurați-vă că timpanul este întreg

- Explicați pacientului procedura în funcție de nivelul său de înțelegere și colaborare

- Instruiți pacientul să nu se miște în timpul procedurii

- Asigurați lumina adecvată

- Așezați pacientul în decubit lateral pe partea sănătoasă

- Spălați mâinile cu apă și săpun

- Curățați pavilionul urechii și partea externă a conductului auditiv cu tampoane de vată umezite cu ser fiziologic dacă este necesar

- Aspirați soluția în pipetă

- Cu o mână trageți de pavilion în sus și spre spate pentru adulți, și în jos și spre spate pentru copii (ținând seama de poziția anatomică a conductului auditiv în funcție de vârstă)

- Așezați cealaltă mână pe capul pacientului pentru a evita lezarea în caz de mișcare

- Instilați cantitatea de medicament prescrisă direcționând fluxul spre canalul auditiv

- Nu atingeți cu pipeta

- Aspirați excesul de medicament cu o compresă și țineți capul pacientului în poziția în care a fost 10-15' pentru a evita scurgerea soluției

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă după scurgerea timpului de 15'

- Introduceți un tampon uscat în ureche dacă timpanul este integru; dacă timpanul este perforat utilizați un tampon steril

- Întrebați pacientul dacă prezintă vreo manifestare neplăcută mai ales după administrări repetate
- Instruiți pacientul/familia cum să procedeze dacă este necesară continuarea administrării la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Puneți medicamentele și pipeta în locul de păstrare și asigurați-vă că sunt îndeplinite condițiile optime de depozitare
- Îndepărtați materialele folosite respectând precauțiunile universale (PU)
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, medicamentul, doza, numele nursei care a administrat
- Orice observație legată de starea pacientului și raportați corect la schimbarea turei
- Reacția pacientului la procedură
- Ce a învățat pacientul în legătură cu eventuală continuare a tratamentului

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort și diminuarea acuzelor
- Pacientul este cooperant și demonstrează înțelegerea informațiilor primite

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Pacientul nu cooperează
 - explicați încă o dată necesitatea administrării și accentuați recomandarea medicală
- Pacientul acuză senzații neplăcute
 - soluția nu are temperatura corespunzătoare sau nu s-a poziționat corect
- pavilionul - Pacientul prezintă sensibilitate sau iritații locale.
 - anunțați medicul

FIȘA Nr. 8.7.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE VAGINALĂ (GLOBULE, OVULE, COMPRIMATE)

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Aplicarea pe mucoasa vaginală a unor medicamente cu efect local.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Medicamentele prescrise: globule, ovule, tablete
- Materiale pentru spălătura vaginală (dacă este recomandată)
- Mănuși de cauciuc
- Paravan
- Compresă de tifon

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați necesitatea și eficacitatea procedurii
- Explicați efectul terapeutic
- Asigurați pacienta de inofensivitatea procedurii și de respectarea intimității
- Obțineți consimțământul

b) FIZICĂ:

- Asigurați poziția ginecologică (decubit dorsal cu coapsele flectate sau eventual decubit lateral)
- Efectuați spălătura vaginală dacă aceasta este recomandată de medic înainte de începerea tratamentului

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiți materialele pe o tavă sau un cărucior pentru medicamente
- Verificați prescripția medicală
- Identificați pacienta
- Duceți medicamentele în salon

- Explicați manevra
- Asigurați intimitatea
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănuși de cauciuc
- Așezați pacienta în poziție ginecologică sau SIMS
- Scoateți medicamentul din ambalaj
- Cu o mână îndepărtați labiile folosind două comprese și evidențiați orificiul vaginal
- Introduceți medicamentul în canalul vaginal împingându-l ușor cu degetul îmbrăcat în mănușă până în fundul de sac
- Instruiți pacienta să stea în decubit 15' pentru a favoriza topirea și absorbția

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

Reveniți după 15' pentru a vedea starea pacientei

- Așezați pacienta în poziție comodă
- Asigurați un tampon de vată pentru a preveni disconfortul
- Instruiți pacienta cum să procedeze dacă se va continua tratamentul la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Plasati medicamentele rămase în locul de păstrare adecvat
- Îndepărtați ambalajele
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, medicamentul, doza, numele nursei
- Existența iritației, a scurgerilor vaginale, leziuni, vegetații, eventual ruptură de perineu

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentul este introdus fără incidente
- Pacienta respectă recomandările
- Pacienta exprimă starea de confort
- Pacienta este cooperantă, înțelege informațiile primite

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Pacienta acuză durere în timpul introducerii medicamentului
 - Lucrați cu blândețe
- Pacienta este incapabilă să rețină medicamentul
 - Se recomandă prelungirea repausului
 - Se anunță medicul pentru a schimba eventual calea de administrare
- Pacienta acuză senzații locale neplăcute
 - Se anunță medicul

FIȘANr.8.8.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RECTALĂ (SUPOZITOARE)

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Folosirea unei căi alternative de administrare în cazul intoleranței digestive (vărsături).
- Medicamentul are gust neplăcut, influențează activitatea hepatică sau are efect iritant al mucoasei gastrice.
- Se inactivează sub influența sucurilor gastrice

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Supozitoarele prescrise
- Mănuși sau degete de mănușă
- Paravan, draperie
- Tavă/cărucior pentru medicamente
- Vaselină
- Materiale pentru clismă dacă este cazul

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați necesitatea sau eficacitatea procedurii
- Explicați efectul terapeutic și avantajele
- Identificați eventualele alergii
- Asigurați pacientul/clientul că se va respecta intimitatea
- Obțineți consimțământul
- Explicați pacientului/clientului că poate apare senzația de defecație pe care trebuie să o stăpânească

b) FIZICĂ:

- Asigurați poziția de decubit lateral stâng
- Efectuați clisma evacuatoare la indicația medicului

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiți materialele pe o tavă /cărucior pentru medicamente
- Verificați prescripția medicală
- Identificați pacientul/clientul
- Duceți medicamentele în salon
- Explicați manevra
- Asigurați intimitatea cu un paravan
- Spălați mâinile și îmbrăcați mănușile (sau aplicați degetul de mănușă)
- Așezați pacientul/clientul în decubit lateral stâng cu piciorul de jos întins și cel de deasupra flectat (poziția Sims)
- Îndepărtați folia de pe supozitor
- Puneți vaselină pe capul supozitorului pentru a permite alunecarea acestuia
- Cu o mână îndepărtați ușor fesele și evidențiați orificiul anal
- Cu degetul îmbrăcat în mănușă introduceți supozitorul în canalul rectal dincolo de sfincterul intern
- Instruiți pacientul/clientul să stea liniștit 15 minute pentru a favoriza absorbția medicamentului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă după 15 minute
- Observați efectul medicamentului și informați pacientul/clientul când instalează acesta și cât durează
- Instruiți pacientul/clientul cum se procedează dacă trebuie să continue tratamentul la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Plasati supozitoarele rămase într-un loc adecvat pentru păstrare
- Îndepărtați ambalajele
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data, ora, medicamentul, doza, calea de administrare
- Numele asistentei care a administrat medicamentul
- Existența iritației sau sângerării, a hemoroizilor
- Continența/incontinența sfincterului

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- purgația, calmarea durerii, atenuarea tranzitului, scăderea febrei exprimate prin creșterea gradului de confort
- supozitorul nu a fost eliminat.
- pacientul demonstrează că a înțeles informațiile

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Rezultatul așteptat nu apare
 - liniștiți pacientul/clientul, anunțați medicul
- Supozitorul este eliminat, efectul nu se poate instala
 - rămâneți lângă pacient/client, încurajați-l și mențineți fesele strânse cel puțin 15min.

FIȘA Nr. 8.9.

ADMINISTRAREA OXIGENULUI PRIN SONDĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

1. Aprovizionarea țesuturilor cu oxigen în caz de hipoxie

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Sondă de cauciuc sau material plastic, sterilă
- Leucoplast
- Mănuși de cauciuc

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ: - dacă este conștient:

- Informați pacientul asupra necesității administrării oxigenului
- Explicați procedura pentru a obține colaborarea
- Asigurați pacientul de inofensivitatea procedurii;

b) FIZICĂ:

- Asigurați pacientului o poziție comodă
- Verificați libertatea căilor respiratorii

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați prescripția medicală și debitul de O₂ recomandat pe minut
- Identificați pacientul și stabiliți o relație de colaborare
- Măsurați distanța de la narină până la lobul urechii (aproximativ 6-8 cm)
- Introduceți sonda în narină perpendicular pe planul feței pentru a nu lovi cornetele nazale (când se înclină în sus) sau planșeul fosei nazale (când se înclină în jos)
- Umeziți sonda pentru a favoriza înaintarea
- Asigurați-vă că sonda a ajuns la profunzimea dorită
- Fixați sonda cu leucoplast
- Fixați debitul (6 l/min) conform prescripției

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Supravegheați bolnavul și controlați frecvent permeabilitatea sondei, observați faciesul
- Asigurați îngrijirea nasului și cavității bucale deoarece O₂ usucă mucoasa
- Schimbați zilnic sonda și narina folosind mănuși
- Controlați frecvența respirației

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați sondele de unică folosință
- Curățați sondele de cauciuc și pregătiți pentru sterilizare
- Când indicația de administrare a oxigenului încetează, îndepărtați cu grijă sursa de oxigen

NOTAREA PROCEDURII

- Notați data și ora începutului și sfârșitului oxigenoterapiei
- Notați debitul /min
- Notați reacția pacientului, semnele vitale (în special respirația), culoarea tegumentelor, schimbări ale stării de conștiență

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul are respirație normală sau prezintă ameliorare a stării inițiale
- Pacientul exprimă stare de confort, prezintă tegumente normale colorate, mucoasele sunt intacte.

Rezolute nedorite /Ce faceți?

- Sonda iese în afară deoarece nu a fost introdusă corect
 - repetați cu atenție manevra de introducere și asigurați-vă că s-a atins profunzimea necesară
- Pacientul se balonează
 - sonda a fost introdusă prea profund și O₂ ajunge în stomac; retrageți sonda până aproape de vâlul palatin
- Mucoasele pacientului sunt uscate, iritate
 - reduceți presiunea oxigenului dacă observați deprimarea funcției

respiratorii și anunțați medicul

- verificați funcționarea umidificatorului
- schimbați narina la introducerea sondei
- mobilizați din când în când sonda

FIȘA Nr. 8.10. ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE PARENTERALĂ

FIȘA Nr. 8.10.1. ASPIRAREA MEDICAMENTULUI DIN FIOLĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Administrarea medicației injectabile în mod steril;
- Administrarea unei singure doze din medicația injectabilă

APRECIERE

a) Date obiective

- Revedeți prescripția medicală
- Obțineți orice informație despre medicament pentru a vedea dacă este eligibil, periculos sau nesigur
- Stabiliți dacă conținutul fiolei nu este expirat
- Observați fiola pentru claritatea soluției

b) Date subiective

- Întrebați pacientul despre posibile alergii la medicamente
- Determinați cunoștințele pacientului și experiența sa în primirea medicației injectabile

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior
- Fiolă cu medicamentul prescris
- Prescripția medicală, prospectul
- Seringa și acele sterile adecvate medicației și clientului
- Compresse sau tampoane cu alcool
- Recipiente pentru colectarea deșeurilor

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați-vă mâinile
- Bateți ușor gâtul fiolei sau efectuați o răsucire rapidă din articulația mâinii în timp ce țineți fiola vertical
- Luați o mică compresă de tifon cu alcool pentru ruperea gâtului fiolei de-a lungul liniei pretăiate
- Îndepărtați capacul de la ac prin tracțiune
- Introduceți acul în fiolă, cu atenție pentru a nu atinge marginea fiolei
- Aspirați soluția medicamentoasă în cantitatea prescrisă, înclinând ușor fiola
- Eliminați bulele de aer care se formează în seringă: recapsulați acul
- Aruncați fiola în containerul special după ce mai citiți odată inscripția
- Spălați-vă mâinile

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Gâtul fiolei se rupe fără să se spargă
- Nu se produc leziuni ale mâinilor la deschiderea fiolei
- Pacientul nu are istoric de alergie medicamentoasă

Rezultate nedorite /Ce faceți ?

- Soluția este precipitată, decolorată sau expifăl jj.
 - Folosiți altă fiolă
- Cioburile de sticlă cad în fiolă când gâtul fiolei; se sparge la deschidere
 - Aruncat fiola
 - Folosiți altă fiolă
- Nursa suferă tăieturi ale degetelor când încearcă să rupă gâtul fiolei
 - Protejați-vă înainte
 - Pansați-vă steril
- Pacientul are istoric de alergie la medicament și trebuie testat

- Efectuați testul la indicația și în prezența medicului
- Pacientul dezvoltă reacții de sensibilizare la testare
- Intervenți conform prescripției medicale

FIȘA Nr. 8.10.2.

INJEȚIA INTRADERMICA

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Injectarea de alergeni în piele ca metodă de diagnostic pentru aprecierea reacției la alergeni.
- Testarea la tuberculină sau PPD.
- Testarea unor medicamente cu potențial de sensibilizare a organismului (antibiotice, anestezice)

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiți următoarele materiale:

- Tavă medicală/cărucior
- Substanța sau medicamentul prescris
- Seringi sterile de 1 ml cu dozaj corespunzător
- Ace sterile fine, cu bizoul scurt
- Compresse sau tampoane cu alcool
- Recipiente pentru colectarea deșeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura
- Explicați scopul injecției, efectele dorite și nedorite
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea pacientului
- Cercetați zonele de elecție: regiunea anterioară a antebrațului, fața externă a brațului și a coapsei
- Stabiliți locul pentru injecție evitând zonele pigmentate, decolorate sau infectate
- Poziționați pacientul în funcție de locul selectat și de starea sa: decubit dorsal, poziție șezândă sau semișezândă

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați prescripția medicală
- Obțineți informații suplimentare despre medicament, dozare, efectele posibile
- Intervievați pacientul pentru a identifica profilul alergologic al acestuia precum și experiența legată de testare
- Spălați-vă mâinile, folosiți mănuși de unică folosință
- Efectuați diluția necesară și stabiliți doza corectă conform procedurii standard, acolo unde este cazul
- Aspirați soluția în seringă respectând procedura
- Eliminați aerul din seringă
- Dezinfectați zona aleasă cu alcool și lăsați pielea să se usuce
- Îndepărtați capacul de la ac prin tracțiune
- Întindeți pielea din zona injecției folosind policele mâinii nedominante
- Poziționați seringă astfel încât acul să fie aproape paralel (tangent) cu pielea pacientului și cu bizoul orientat în sus
- Introduceți acul în straturile cele mai superficiale ale pielii, aproximativ 4mm, astfel încât vârful să fie vizibil prin piele
- Injectați lent soluția împingând pistonul, fără să aspirați
- Observați formarea la locul inoculării, a unei papule albe cu diametrul de 5-6 mm
- Extrageți rapid acul fără să masați locul
- Îndepărtați mănușile de unică folosință

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacientul să adopte o poziție confortabilă și să rămână în repaus la pat
- Mențineți zona injecției accesibilă observației
- Supravegheați atent pacientul după testarea sensibilității la anumite medicamente (antibiotice, anestezice) sau alergeni
- Citiți reacția locală după 20 - 30 de minute sau 48 - 72 de ore (în funcție de situație)
- Anunțați medicul și interveniți de urgență în caz de complicații

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Aruncați materialele folosite în containere speciale; acul se aruncă necapisonat
- Spălați-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notati:

- Procedura în fișa de proceduri sau în planul de îngrijire: nume, prenume, substanța administrată, doza, data și ora inoculării
- Notați data și ora citirii reacției locale precum și caracteristicile

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentul este administrat respectând cele cinci reguli: pacientul identificat, medicamentul prescris, doza corectă, calea adecvată, timpul potrivit
- Pacientul este liniștit, relaxat iar la locul inoculării nu apar reacții majore de sensibilizare

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Vârful acului nu pătrunde în derm și soluția se scurge în afară
 - Se pătrunde cu aproximativ 1 mm mai profund în grosimea dermului
- Acul pătrunde prea adânc, determinând o infiltrație difuză fără să se formeze papulă albă delimitată
 - Se retrage ușor acul și se repositionează în grosimea dermului
- La locul testării apar reacții pozitive sau intens pozitive: vezicule, ulceratii, necroza țesutului
 - Se anunță medicul
- Lipotimie, risc de accidentare prin cădere dacă pacientul nu rămâne în repaus la pat
 - Se lămurește pacientul despre obligativitatea menținerii repausului la pat 30 de minute după injecție
- Reacție anafilactică sau șoc anafilactic care amenință viața
 - Se anunță medicul
 - Se intervine de urgență conform protocolului

FIȘA Nr.8.10.3.

INIECȚIA SUBCUTANATĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea în țesutul celular subcutanat a unor medicamente în doza prescrisă

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior pentru tratament
- Seringi și ace sterile adecvate
- Medicamentul de injectat
- Prescripția sau F.O.
- Soluții dezinfectante (alcool)
- Tampoane de vată sau comprese de tifon
- Mănuși de unică folosință (opțional)
- Recipiente pentru colectarea deșeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați , încurajați și susțineți pacientul
- Explicați scopul injecției, a efectelor dorite și nedorite, a orarului de administrare dacă este cazul

- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea pacientului

- Așezați pacientul în funcție de starea sa în poziție șezândă cu mâna sprijinită pe șold sau în decubit dorsal

- Stabiliți locul de elecție (injecția se poate efectua pe fața externă a brațului, fața supraexternă a coapsei, regiunea supra și sub spinoasă a omoplatului, regiunea deltoidiană, flancurile peretelui abdominal, regiunea subclaviculară)

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați prescripția medicală

- Spălați-vă pe mâini, cu apă și săpun

- Dezinfectați-vă mâinile

- Îmbrăcați mănuși de unică folosință (opțional)

- Încărcați seringă cu soluția medicamentoasă prescrisă

- Eliminați bulele de aer din seringă

- Schimbați acul cu altul capișonat, adecvat

- Dezinfectați locul de elecție cu alcool

- Pliati tegumentul între police și index fixându-l și ridicându-l de pe planurile profunde

- Pătrundeți cu rapiditate în tegument cu bizoul acului în sus în stratul subcutanat la 45° sau 90°

- Verificați poziția acului prin aspirare

- Injectați lent soluția medicamentoasă

- Retrageți acul cu rapiditate după aplicarea tamponului cu alcool lângă ac

- Nu recapsulați acul

- Masați locul injectiei cu tamponul cu alcool exercitând o ușoară presiune

- Îndepărtați-vă mănușile

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul într-o poziție comodă în repaus

- Observați în permanență faciesul pacientului, tegumentele, comportamentul (posibil frison, agitație)

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale conform PU (precauțiilor universale); acul se aruncă necapișonat

- Îndepărtați-vă mănușile

- Spălați-vă pe mâini

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire ;

- nume, prenume;

- data și ora administrării;

- tipul soluției administrate, doza.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentul este injectat lent în zona selectată când nu se aspiră sânge

- Pacientul prezintă răspuns favorabil la medicamentul injectat, fără efecte adverse secundare; facies relaxat, comportament adecvat

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Acul înțeapă un vas de sânge atunci când este introdus în țesutul subcutanat.

- În acest caz acul și seringă cu soluția respectivă se aruncă și se pregătesc altele pentru injectare în alt loc

- Zona devine roșie, indurată sau dureroasă după injectare

- Se aplică comprese reci sau gheață

- Durere violentă prin atingerea unei terminații nervoase sau distensie bruscă a țesutului

- Ruperea acului

- Se masează locul

- Se extrage acul

FIȘA Nr.8.10.4.

INIECȚIA INTRAMUSCULARĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea în țesutul muscular a unei doze medicamentoase prescrise.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior
- Fiolă sau flaconul cu medicamentul prescris
- Prescripția medicală sau F.O.
- Seringi și ace sterile: mărimea depinde de cantitatea de medicament prescris și de caracteristicile

anatomice ale pacientului

- Comprese sau tampoane cu alcool
- Mănuși de cauciuc (opțional)

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Intervievați pacientul pentru a identifica un potențial alergic
- Informați și explicați pacientului procedura
- Explicați scopul injecției, efectele dorite și nedorite, orarul de administrare dacă este cazul.
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea pacientului
- Stabiliți locul de elecție: cadranul supero-extern fesier, deasupra marelui trohanter; fața externă a coapsei, în treimea mijlocie, fața externă a brațului în mușchiul deltoid.
- Poziționați pacientul în funcție de locul ales și de starea sa: decubit ventral, decubit lateral cu membrul inferior de deasupra relaxat, poziție șezândă, ortostatism
- Asigurați-vă că zona nu este contractată și nu prezintă noduli

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați prescripția medicală
- Spălați-vă mâinile, folosiți mănuși de unică folosință (opțional)
- Aspirați soluția din fiolă sau flacon conform procedurii
- Eliminați bulele de aer din seringă
- Schimbați acul cu altul capșonat
- Inspectați locurile posibile pentru injecție
- Dezinfectați larg zona aleasă
- Îndepărtați capacul de la ac prin tracțiune
- Întindeți pielea, la locul ales, între policele și indexul mâinii nedominante
- Introduceți rapid acul în țesutul muscular, în unghi de 90° ținând seringă în mâna dominantă între police și celelalte degete
- Fixați amboul acului cu mâna nedominantă și prindeți partea externă a pistonului cu mâna dominantă
- Aspirați lent, trăgând pistonul înapoi pentru a verifica dacă acul este într-un vas de sânge
- Injecțați lent soluția medicamentoasă: 10 secunde pentru fiecare ml de soluție, dacă nu s-a aspirat sânge
- Extrageți rapid acul adaptat la seringă fixând amboul
- Masați locul injecției cu un tampon cu alcool, exercitând o ușoară presiune

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutați pacientul să se îmbrace și să adopte o poziție comodă
- Încurajați pacientul să facă exerciții fizice pentru membrul inferior
- Evaluați locul injecției după 2 - 4 ore de la administrare, dacă este posibil

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Aruncați materialele folosite în containere speciale conform PU
- Acul se aruncă necapșonat
- Spălați-vă mâinile după îndepărtarea mănușilor

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

Procedura în planul de îngrijire și în fișa de proceduri :

- Nume, prenume,
- Substanță administrată, doză,
- Data și ora administrării

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

- Rezultate așteptate/dorite:
- Medicamentul este injectat lent în zona selectată, când nu se aspiră sânge
- Pacientul prezintă un răspuns terapeutic la medicamentul administrat; faciesul este relaxat, comportamentul liniștit

Rezultate nedorite /Ce faceți ?

- Acul înțeapă un vas de sânge atunci când este introdus în țesut
 - se schimbă poziția acului sau se înțeapă în alt loc
- Acul întâmpină rezistență datorită contactului cu osul în cazul pacientului denutrit, casectic
 - se recomandă în astfel de situații folosirea unor ace mai scurte și mai groase pentru a preveni riscul ruperii acestora la contactul cu osul
- Zona devine roșie, indurată sau dureroasă după injectare
 - Se aplică comprese reci sau gheață
- Apar amețeli, furnicături sau alterarea funcției musculare în zona injecției, determinate cel mai adesea de iritația nervului sciatic sau a unui ram al acestuia
 - Se respectă locul de elecție
- Paralizie prin înțeparea nervului sciatic; se recomandă respectarea cadranelui supero-extern fesier pentru injectare
- Embolie prin injectarea într-un vas de sânge a soluției uleioase
 - Se anunță medicul
 - Se intervine de urgență conform protocolului

FIȘA Nr.8.10.5.

INJEȚIA INTRAVENOASĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Administrarea unui medicament direct în sistemul vascular în scop explorator; tratarea rapidă a problemelor medicale ale pacientului; realizarea unei concentrații înalte în sânge a medicamentului, într-un timp scurt

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior
- Fiolă sau flaconul cu soluția izotonă sau hipertona
- Ace sterile cu bizoul ascuțit dar scurt
- Seringi sterile cu amboul excentric, de capacitate adecvate cantității de medicament prescris
- Comprese sau tampoane cu alcool
- Mănuși de unică folosință
- Materiale pentru puncția venoasă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul despre procedură
- Explicați-i scopul injecției, efectele dorite și nedorite;
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea pacientului
- Verificați locurile de elecție, evitând zonele cu echimoze, cu pilozitate accentuată sau cu infecție

- Stabiliți locul pentru injecție: venele de la plică cotului - bazilică sau cefalică; venele de pe partea dorsală a mâinii, venele de pe partea posterioară a gambei, venele epicraniene (la copii); venele jugulare
- Poziționați pacientul în siguranță în funcție de locul ales și de starea sa; decubit dorsal,

poziție semișezândă

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați prescripția medicală
- Obțineți informații suplimentare dacă medicamentul este nou
- Spălați-vă mâinile, folosiți mănuși de unică folosință
- Aspirați soluția din fiolă sau flacon conform procedurii standard
- Eliminați bulele de aer din seringă menținând seringă în poziție verticală
- Schimbați acul cu altul capișonat
- Legați garoul, palpați traiectul venei
- Dezinfectați larg zona aleasă pentru injecții
- Îndepărtați capacul de la ac prin tracțiune
- Efectuați puncția venoasă conform procedurii
- Verificați poziția acului prin aspirare
- Desfaceți garoul dacă acul este în venă
- Injectați lent soluția medicamentoasă, observând locul punționat și reacțiile pacientului
- Extrageți rapid acul adaptat la seringă
- Comprimați locul injecției cu tampon cu alcool, 3 - 5 minute pentru hemostază completă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Observați locul injecției pentru sângerare
- Ajutați pacientul să ocupe o poziție confortabilă
- Explicați-i conduita ulterioară dacă medicamentul a fost administrat în scop explorator
- Supravegheați pacientul pentru a surprinde unele complicații și anunțați medicul dacă apar

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați materialele folosite în containere speciale, conform PU
- Acul se aruncă necapișonat
- Spălați-vă mâinile după îndepărtarea mănușilor

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire;
- nume, prenume;
- data și ora administrării;
- tipul soluției administrate, doza.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Medicamentul este injectat lent când vena este corect punționată
- Pacientul prezintă un răspuns terapeutic la medicamentul administrat în acest scop
- Pacientul nu dezvoltă reacții de sensibilizare la medicamentul injectat în scop explorator

Rezultate nedorite / Ce faceți?

- Flebalgie prin injectarea prea rapidă a soluției sau prin introducerea unor substanțe iritante pentru intima vasului (ex. Soluțiile hipertone)
 - Injectați lent soluția
- Senzația de uscăciune în faringe și valul de căldură
 - Injectați soluția foarte lent
 - Comunicați cu pacientul
- Hematomul prin perforarea venei sau retragerea acului fără îndepărtarea garoului
 - Aplicați comprese umede reci
- Amețeli, lipotimie, colaps
 - Anunță medicul

- Reacții anafilactice la soluțiile injectate în scop explorator
 - Anunță medicul
 - Se intervine de urgență conform protocolului

CAPITOLUL IX. RECOLTAREA PRODUSELOR BIOLOGICE ȘI PATOLOGICE PENTRU EXAMENE DE LABORATOR

9.1. RECOLTAREA SĂNGELUI

FIȘA Nr. 9.1.1.a PUNCȚIA CAPILARĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prelevare de sânge capilar pentru analize de laborator (HLG, dozarea hemoglobinei, glicemie), prin înțepătură.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior medical
- Ace seringă sau lamelă sterilă
- Tampoane de vată
- Soluție dezinfectantă
- Hârtie de filtru
- Mănuși de protecție
- Lame de sticlă
- Tuburi; pipete
- Seruri

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Poziționați pacientul: șezând cu mâna sprijinită sau decubit, în funcție de starea generală
- Alegeți locul de elecție :
 - adult:
 - pulpa degetului inelar sau mijlociu
 - lobul urechii
 - copil:
 - fața plantară a halucelui
 - călcâi

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați recomandarea medicală
 - Spălați-vă pe mâini
 - Îmbrăcați mănușile de protecție
 - Masați ușor locul efectuării puncției
 - Aseptizați regiunea aleasă cu tampon de vată îmbibat în dezinfectant
 - Așteptați evaporarea soluției dezinfectante
 - Pe locul perfect uscat înfigeți acul la 2-3 mm profunzime (ca sângele să țâșnească singur), perpendicular pe straturile cutanate
 - Ștergeți prima picătură cu hârtie de filtru sau uscată
- Prelevați sângele în funcție de scopul urmărit:
- Pe lama perfect uscată și curată (frotiu- hemograma, grupa sanguină, timp de sângerare și coagulare)
 - Se aspiră în tuburile (pentru analiza gazelor sanguine)
 - Picătura se pune pe bandeletă sau stripsuri (glicemie)
 - 2-3 picături pe fiecare extremitate a lamei (picătura groasă- dg. malarie și tifos exantematic)

- Ștergeți cu un tampon steril

- Faceți o ușoară compresiune

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Observați starea pacientului

- Aplicați un tampon steril ușor compresiv

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Acele, lantetele folosite se colectează în recipiente speciale pentru obiecte tăietoare, înțepătoare (cu pereții duri)

- Tamponale de vată sau hârtia de filtru, mănușile se colectează în recipiente speciale pentru materiale cu potențial infecțios

- Dezbrăcați mănușile

- Spălați-vă pe mâini

NOTAREA PROCEDURII

Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire:

- Data, motivul efectuării puncției

- Semnătura

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacient colaborant

- Pacientul nu prezintă sângerare

- Frotiul realizat este uniform, nu prezintă goluri

Rezultate nedorite (probleme potențiale) / Ce faceți ?

- Sângerare la locul puncției

- Comprimați locul înțepăturii mai multă vreme

- Nu se obține suficient sânge

- Strângeți degetul de la distanță

- Apăsarea pe pulpa degetului favorizează eliminarea limfei și modifică rezultatele

- La nevoie repetați înțepătura

FIȘA Nr. 9.1.1.b

PUNCȚIA VENOASĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

Crearea accesului la o venă pentru:

• recoltare de sânge în siguranță pentru examene de laborator

• extragerea unei cantități de sânge

• introducerea medicamentelor în circulația venoasă

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Garou

- Mănuși de unică folosință

- Seringi; ace; o canulă Butterfly (fluturaș); sistem vacutainer (după scop)

- Tampon

- Alcool

- Mușama, aleză

- Etichetă

- Eprubete

- Bandă adezivă non alergică

- Formulare pentru laborator

- Alte materiale în funcție de obiectivul urmărit, tăvița renală

- Recipient pentru colectarea materialelor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

Verificați indicația medicului privind scopul puncției venoase

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului necesitatea procedurii

- Explicați pacientului cum poate participa la procedură, anunțați-l că e puțin dureroasă

- Explicați-i pacientului că îi veți recolta sânge sau veți introduce medicamente
- Încurajați pacientul pentru a reduce anxietatea
- Întrebați-l dacă i s-a mai recoltat sânge altă dată; dacă a simțit leșin, transpirație, stare de greață, vărsătură
- Obțineți consimțământul informai

b) FIZICĂ:

- Asigurați poziția corespunzătoare în conformitate cu starea pacientului, cu scopul și locul puncției (decubit dorsal sau mai rar șezând)
- Examinați calitatea și starea venelor și alegeți locul

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Identificați pacientul
- Spălați mâinile și puneți mănușile pentru a preveni contaminarea
- Selectați locul potrivit (vene distale sau proximale), venele de la plica cotului, mai rar cele de pe fața dorsală a mâinii
- Puneți mușamaua sub brațul pacientului
- Aplicați garoul la 5 - 8 cm deasupra locului de puncție; capetele garoului fiind direcționate departe de zona de puncție
- Palpați vena
- Verificați prezența pulsului distal, radial
- Montați seringă și atașați acul
- Recomandați pacientului să strângă pumnul
- Dacă venele nu sunt vizibile și nu se pot simți la palpăre încercați următoarea tehnică:

a) Rugați pacientul să închidă și să deschidă pumnul

b) Dați drumul la garou și rugați pacientul să-și coboare mâna sub nivelul inimii pentru a i se umple venele, apoi reaplicați garoul și bateți încet pe venă pentru a deveni mai vizibilă

c) Înlăturați garoul și puneți o compresă caldă și umedă pe venă timp de 10-15'

- Dezinfectați tegumentul (cu un tampon cu alcool), 60" folosind mișcări circulare de la centru în afară cu câțiva cm, pentru a evita introducerea potențialei flore de pe piele în interiorul vaselor pe perioada efectuării procedurii

- Poziționați mâna nedominantă la 4-5 cm sub locul de puncție și cu policele se întinde pielea dreaptă pe venă

- Țineți acul cu bizoul în sus în mâna dominantă și introduceți-l la un unghi de 10-30°, de deasupra venei sau dintr-o parte a venei, în poziție oblică

- Urmăriți cursul venei și când sângele se întoarce prin lumenul acului avansați cu acul în venă 1-2 cm

- În cazul recoltării continuați puncția conform obiectivului

- Aspirați sângele în seringă (cantitatea necesară pentru efectuarea analizelor indicate de medic)

- Dacă curgerea sângelui este rapidă dezlegați garoul pentru a preveni staza și hemoconcentrația care pot modifica rezultatele testelor de laborator

- Dacă curgerea sângelui este lentă, nu dezlegați garoul decât înainte de a retrage acul cu seringă cu sânge (dacă tehnica nu impune altfel)

- Plasați un tampon cu alcool pe locul puncției venoase și ușor retrageți acul cu seringă

- Aplicați o presiune blândă pe tamponul cu alcool, pe locul puncției 2-3' sau până se oprește sângerarea; aceasta previne extravazarea în țesuturile din jur, cu cauzarea hematomului

- După oprirea sângerării aplicați o bandă adezivă peste tampon

- Transferați sângele din seringă în eprubete, după ce ați detașat acul de la seringă

- Aplicați etichetele pe eprubete, indicând numele și prenumele bolnavului, proba recoltată, secția care trimite proba de sânge la laborator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă

- Observați faciesul pacientului, culoarea tegumentelor și măsurați pulsul

- Întrebați pacientul dacă are stare de greață sau vomă

- Verificați locul puncției venoase pentru a fi siguri că nu s-a dezvoltat un hematom

- Sfătuiți pacientul să nu flecteze antebrațul pe braț

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile conform P.U. în recipiente speciale

- Îndepărtați mănușile

- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați procedura în fișa de proceduri și în dosarul/planul de îngrijire

- Notați data, ora, locul puncției venoase, timpul când proba a fost trimisă la laborator

- Notați orice observație legată de starea și reacția pacientului

- Notați dacă puncția a fost făcută pentru recoltarea analizelor și specificați ce probe ați recoltat, când au fost trimise la laborator

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul are tegumente și mucoase normal colorate

- Semnele vitale sunt normale

- Pacientul a înțeles scopul puncției venoase

- Pacientul nu a prezentat leșin, stare de greață, vomă, hematom

Rezultate nedorite/ce faceți ?

- Leșinul, starea de greață sau voma

- anunțați medicul

- Anxietatea

- discutați cu pacientul și încurajați-l

- Refuzul pacientului privind puncția venoasă

- anunțați medicul

- Extravazarea sângelui în țesuturile din jur

- Hematomul

- comprimați locul cu un tampon steril

- nu repetați înțepătura în aceeași zonă

- aplicați compresă rece

- aplicați unguente care favorizează resorbția

- Hemoliza sângelui recoltat

- repetați recoltarea cu acordul pacientului:

- Recoltarea nu s-a făcut în condiții corespunzătoare

- Infecția

- evitarea prin efectuarea procedurii în siguranță

CONSIDERAȚII SPECIALE

- Niciodată nu efectuați puncția venoasă pentru recoltarea sângelui dintr-un braț, o venă deja utilizată pentru terapia i.v. sau opriți perfuzia și așteptați 5 min.

- Nu recoltați din locuri aflate deasupra liniei intravenoase, risc de hemodiluție

- Nu efectuați puncția venoasă pe un loc deja infectat

- Evitați vena care este dureroasă la palpare

- Nu efectuați puncția venoasă, nu recoltați sânge dintr-o arie edematoasă, shunt arteriovenos, locuri ale hematomului anterior, sau răniri

- Dacă pacientul are tulburări de coagulare sau primește terapie anticoagulantă, se menține o presiune fermă pe locul puncției venoase, minim 5' după retragerea acului din venă pentru a preveni formarea unui hematom

- Evitarea folosirii venelor de la picioare pentru puncția venoasă, deoarece aceasta crește riscul de tromboflebită

- La bătrâni, dacă este posibil evitați venele dorsale ale mâinii la brațul dominant pentru puncția venoasă deoarece aceste locuri interferă mult cu independența vârstnicului

- La copii locurile uzuale pentru puncția venoasă sunt scalpul sau piciorul

RECOLTAREA S-NGELUI PENTRU HLG

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Efectuarea diagramei sângelui prin care se determină: Hb, Ht, elementele figurate, formula leucocitară

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior
- Seringă de 2ml, ac steril sau holder și ac dublu acoperit cu cauciuc
- Flacon cu EDTA (cristale, anticoagulant) sau vacutainer cu EDTA (cu capac mov)
- Soluție dezinfectantă (alcool); tampon de vată, garou, tăviță renală
- Mănuși de cauciuc de unică folosință, mușama

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura
- Obțineți consimțământul informat
- Încurajați și susțineți pacientul

b) FIZICĂ:

- Atenționați pacientul să nu mănânce cel puțin 12 ore și să stea în repaus fizic la pat
- Verificați dacă a respectat recomandările
- Poziționați pacientul în decubit dorsal cu mâna sprijinită ca pentru puncție venoasă
- Alegeți vena cea mai proeminentă

EFECTUAREA PROCEDURII:

a) prin metoda clasică

- Spălați mâinile cu apă și săpun
- Dezinfectați mâinile cu alcool
- Îmbrăcați mănuși de protecție
- Pregătiți o seringă de 2ml pentru recoltare
- Aplicați garoul pentru puncția venoasă
- Puncționați vena
- Desfaceți garoul
- Aspirati în seringă 1,5 - 2ml sânge
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitați o compresie asupra tamponului 2-5' fără ca pacientul să îndoie brațul

- Transferați sângele din seringă în flaconul cu EDTA

- Agitați flaconul prin mișcare circulară lentă pe o suprafață plană

b) prin metoda vacuette

- Spălați mâinile/dezinfectați-le/îmbrăcați mănușile de protecție
- Montați acul dublu la holder prin înșurubare
- Îndepărtați cauciucul de pe ac - partea superioară
- Aplicați garoul
- Puncționați vena
- Dezlegați garoul
- Fixați tubul vacuette destinat recoltării HLG
- Umpleți până la semn recipientul cu sânge
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitați o presiune asupra tamponului de 2- 5'
- Agitați lent vacutainerul

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Aplicați un plastru peste tampon
- Verificați locul puncției
- Observați faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtați mănușile/spălați mâinile cu apă și săpun

- Așezați tava în dulap

NOTAREA PROCEDURII

Notăți procedura în dosarul/planul de îngrijire:

- Data și ora recoltării;
- Notăți eventualele manifestări ale pacientului

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetați recipientul tubului vacuette
- Completați fișa de laborator
- Transportați imediat produsul la laborator

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Puncția se desfășoară fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort
- Sângele nu se coagulează și nu se hemolizează, nu apare hematom

Rezultate nedorite (probleme potențiale) / Ce faceți?

- Perforarea venei și apariția hematomului
- Pacientul prezintă amețeli, paloare accentuată, lipotemie
- Se produce coagularea sângelui
- Se produce hemolizarea sângelui
- Verificați dacă s-a respectat raportul dintre sânge și anticoagulant, dacă s-au respectat condițiile de recoltare
- (Vezi fișa Nr. 9.11 .b Puncția venoasă)

FIȘA Nr. 9.1.3.

RECOLTAREA SÂNGELUI PENTRU PROBELE DE COAGULARE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea coagulabilității sângelui prin diferite tipuri de investigații.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior
- Seringi (5ml) și ace sterile adecvate sau holder și ac dublu acoperit cu cauciuc la ambele capete
- Soluție anticoagulantă (citratur de sodiu) sterilă sau tuburi vacuette cu soluție anticoagulantă
- Stativ cu eprubete (capac albastru)
- Soluție dezinfectantă (alcool)
- Tampoane de vată, comprese de tifon
- Tăviță renală
- Garou
- Mușama
- Mănuși de unică folosință
- Recipiente pentru colectarea deșeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura
- Obțineți consimțământul informat
- Încurajați și susțineți pacientul

b) FIZICĂ:

- Atenționați pacientul să nu mănânce și să stea în repaus fizic
- Așezați pacientul în decubit dorsal cu membrul superior sprijinit de pat ca pentru puncția venoasă
- Alegeți vena cea mai turgescentă

EFFECTUAREA PROCEDURII:

Recoltarea sângelui pentru determinarea: Timpului Quick, T. Howell, Fibrinogenului

a) metoda clasică

- Verificați dacă pacientul a respectat recomandările privind procedura
- Spălați mâinile cu apă și săpun

- Dezinfectați mâinile cu alcool
- Puneți mănuși de unică folosință
- Aspirați în seringă de 5 ml, 0.5 ml anticoagulant
- Acoperiți acul seringii cu teacă protectoare
- Așezați seringă pe o compresă sterilă
- Aplicați garoul ca pentru puncție venoasă
- Puncționați vena (conform fișei 9.11. b)
- Dezlegați garoul
- Aspirați în seringă 4.5 ml sânge
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercițați o presiune asupra tamponului 2-3' (fără ca pacientul să îndoie brațul)
- Transferați amestecul sânge/anticoagulant în eprubetă după răsturnarea de câteva ori a seringii
- Așezați eprubeta în stativ

b) metoda vacuette

- Spălați mâinile/dezinfectați/îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Montați acul dublu la holder prin înșurubare
- Îndepărtați cauciucul de pe partea superioară a acului
- Legați garoul
- Puncționați vena
- Dezlegați garoul
- Fixați tubul vacuette destinat recoltării timpului Quick, Howell sau fibrinogenului

- Umpleți până la semn recipientul cu sânge
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercițați presiune asupra tamponului 2-3'
- Agitați lent prin răsturnarea tuburilor vacuette pentru omogenizare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Aplicați un plastru peste tampon
- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Notați reacția pacientului

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetați eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completați fișa de laborator
- Transportați imediat produsul la laborator

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate / dorite:

- Pacientul nu a prezentat stare de leșin
- La locul înțepăturii tegumentele au aspect normal
- Sângele este recoltat corespunzător (necoagulat, nehemolizat)

Rezultate nedorite/ce faceți ?

- Hematom prin perforarea venei
- Produs coagulat prin nerespectarea cantității de sânge/anticoagulant sau prin neomogenizare
- Amețeli, paloare accentuată, posibilă lipotimie (vezi FIȘA Nr.9.1 l.b. Puncția venoasă)

FIȘA Nr. 9.1.4.

RECOLTAREA S-NGELUI PENTRU VSH

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea rapidității cu care se produce sedimentarea (așezarea progresivă) hematiilor pe fundul eprubetei din sângele necoagulabil lăsat în repaus

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior
- Seringă de 2ml, ac steril sau holder și ac dublu acoperit cu cauciuc
- Anticoagulant soluție de citrat de Na 3,8% sau tub vacuette cu anticoagulant steril (capac negru)
- Stativ, eprubete curate, uscate
- Soluție dezinfectantă, tampoane de vată
- Mănuși de unică folosință
- Garou, tăviță renală, mușama
- Recipiente pentru colectarea deșeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura
- Obțineți consimțământul informat
- Încurajați și susțineți pacientul

b) FIZICĂ:

- Atenționați pacientul să nu mănânce și să stea în repaus fizic
- Verificați dacă a respectat recomandările
- Poziționați pacientul în decubit dorsal cu membrul superior sprijinit pe pat ca pentru puncția venoasă
- Asigurați intimitatea pacientului
- Alegeți vena cea mai ușor abordabilă

EFECTUAREA PROCEDURII:

a) prin metoda clasică

- Spălați mâinile cu apă și săpun
- Dezinfectați mâinile cu alcool
- Îmbrăcați mănuși de protecție
- Aspirati în seringă 0,4ml citrat de Na 3.8%
- Acoperiți acul seringii cu capacul
- Așezați seringă pe o compresă sterilă
- Aplicați garoul ca pentru puncția venoasă
- Puncționați vena
- Dezlegați garoul
- Aspirati în seringă 1,6ml sânge
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitați o compresiune asupra tamponului 2-3'
- Transferați amestecul sânge/citrat în eprubetă și agitați ușor
- Așezați eprubeta în stativ

b) prin metoda vacuette

- Spălați mâinile/dezinfectați-le/puneți mănuși de unică folosință
- Montați acul dublu la holder prin înșurubare
- Îndepărtați cauciucul de pe ac - partea superioară
- Aplicați garoul
- Puncționați vena
- Dezlegați garoul
- Fixați tubul vacuette destinat recoltării VSH
- Umpleți până la semn recipientul cu sânge
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitați o presiune asupra tamponului de 2- 3'
- Agitați lent tubul vacuette

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă, aplicați o bandă adezivă non alergică deasupra tamponului
- Observați faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

- Observați locul puncției
- REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectați deșeurile în recipiente speciale conform PU
 - Îndepărtați mănușile
 - Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Notați reacția pacientului în timpul procedurii

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetați eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completați fișa de laborator
- Transportați imediat produsul la laborator

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Puncția venoasă se desfășoară fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort
- Sângele nu se coagulează și nu se hemolizează
- Nu apare hematumul local

Rezultate nedorite

- Pacientul prezintă amețeli, paloare accentuată, lipotimie
- Se produce coagularea sângelui
- Se produce hemoliza sângelui
- Greșeala de colectare.
 - Cereți acordul medicului și pacientului pentru repetarea recoltării
- Perforarea venei și apariția hematomului
- Aplicați o compresă rece și apoi un unguent care favorizează resorbția (Vezi FIȘA Nr. 9.11.b. Puncția venoasă)

FIȘA Nr. 9.1.5.

RECOLTAREA SÂNGELUI PENTRU EXAMENE BIOCHIMICE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea componentelor biochimice ale sângelui în vederea aplicării măsurilor competente în timp util în cazul modificărilor patologice

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală / cărucior
- Seringi și ace sterile adecvate sau holder cu ac dublu (special) acoperit cu cauciuc
- Tuburi vacuete unele cu gel care ajută la separarea mai rapidă a serului
- Stativ, eprubete curate, uscate
- Soluție dezinfectantă (alcool)
- Tamponi de vată
- Mănuși de unică folosință
- Garou, mușama
- Tăviță renală
- Recipiente speciale pentru colectarea deșeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura
- Obțineți consimțământul informat
- Încurajați și susțineți pacientul

b) FIZICĂ:

- Atenționați pacientul să nu mănânce și să stea în repaus fizic cel puțin 12 ore
- Poziționați pacientul în funcție de starea sa (șezând sau decubit dorsal) cu mâna sprijinită ca pentru puncție venoasă
- Alegeți vena cea mai turgescentă

EFFECTUAREA PROCEDURII:

a) prin metoda clasică

- Spălați mâinile cu apă și săpun
- Dezinfectați mâinile
- Îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Fixați acul la seringă
- Aplicați garoul
- Puncționați vena
- Recoltați 5 - 7 ml de sânge
- Dezlegați garoul
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitați o presiune moderată asupra tamponului 2 -3' fără ca pacientul să îndoiaie cotul (rugați pacientul eventual să fixeze tamponul)
- Repartizați sângele în eprubetă conform protocolului de recoltare
- Așezați eprubeta în stativ

b) prin metoda vacuete

- Spălați mâinile / dezinfectați / îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Montați acul special la holder prin înșurubare
- Îndepărtați cauciucul de pe partea superioară a acului
- Aplicați garoul
- Puncționați vena
- Fixați tubul vacuete destinat recoltărilor pentru examene biochimice (glicemie, creatinină, uree, acid uric, calcemie, etc)
- Umpleți până la semn recipientul cu sânge (5 - 7 ml)
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool și exercitați presiune asupra acestuia 2-3'

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Aplicați o bandă adezivă non alergică deasupra tamponului
- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetați eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completați fișa de laborator
- Transportați imediat produsul la laborator în condiții de siguranță

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Prelevarea se face fără incidente, pacientul este colaborant
- Pacientul prezintă stare de confort

Rezultate nedorite/ce faceți ?

- Hematom prin infiltrarea țesutului paravenos
- Ameteți, paloare accentuată, posibilă lipotimie
- Sânge hemolizat

(Vezi FIȘA Nr.9.11.b -Puncția venoasă)

FIȘA Nr. 9.1.6.

RECOLTAREA S-NGELUI PENTRU EXAMENE SEROLOGICE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Cercetarea prezenței sau absenței anticorpilor în serul pacientului pentru diagnosticarea bolilor infecțioase

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tava medicală/cărucior

- Seringă de 5 - 10 ml și ace sterile sau holder cu ac dublu acoperit la ambele capete cu cauciuc
- Stativ cu eprubete curate, uscate sau flacoane
- Tuburi vacuete simple sau cu gel (capac roșu)
- Soluție dezinfectantă (alcool)
- Tampoane de vată
- Mănuși de unică folosință
- Garou, mușama
- Tăviță renală
- Recipiente pentru colectarea deșeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura
- Obțineți consimțământul informat
- Încurajați și susțineți pacientul

b) FIZICĂ:

- Atenționați pacientul să nu mănânce și să stea în repaus la pat
- Poziționați pacientul în funcție de starea sa (șezând sau decubit dorsal) cu mâna sprijinită ca pentru puncție venoasă
- Alegeți vena cea mai turgescentă

EFFECTUAREA PROCEDURII:

a) prin metoda clasică

- Spălați mâinile cu apă și săpun
- Dezinfectați mâinile
- Îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Fixați acul la seringă
- Aplicați garoul
- Puncționați vena
- Recoltați 5 - 10 ml de sânge
- Dezlegați garoul
- Așezați eprubeta în stativ
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exerțiți o presiune asupra tamponului 2 -3' fără ca pacientul să îndoie cotul (rugăți eventual pacientul să comprime locul)
- Treceți sângele în eprubetă
- Așezați eprubeta în stativ

b) prin metoda vacuete

- Spălați mâinile / dezinfectați / îmbrăcați mănuși de protecție
- Montați acul dublu la holder prin înșurubare
- Îndepărtați cauciucul de pe partea superioară a acului
- Aplicați garoul
- Puncționați vena
- Fixați tubul vacuete în care se găsește gel destinat recoltării pentru examene serologice (VDRL, ASLO, Weill Felix, Waler Rose, Widall, ELISA)
- Umpleți până la semn recipientul cu sânge cca 10ml
- Retrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool și comprimați locul 2-3'

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetați eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completați fișa de laborator

- Transportați imediat produsul la laborator

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

- Rezultate așteptate/dorite:

- Rezultate nedorite

(Vezi FIȘA Nr. 9.1.1.b - Puncția venoasă)

FIȘA Nr. 9.1.7.

RECOLTAREA SĂNGELUI PENTRU EXAMENE BACTERIOLOGICE - HEMOCULTURĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Punerea în evidență a germenilor patogeni în sânge prin însămânțare pe medii de cultură

- Efectuarea antibiogramei

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior

- Soluție dezinfectantă (betadine, clorhexidine, alcool 70%)

- Tampoane de vată și comprese sterile

- Câmp steril

- Mănuși sterile

- Mască

- Garou

- 2 flacoane cu medii de cultură (unul pentru germeni aerobi și altul pentru germeni anaerobi)

- Holder, ac dublu (special) acoperit la ambele capete cu cauciuc

- Recipiente pentru colectarea deșeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați pacientului procedura, avertizați-l că recoltarea se poate repeta

- Obțineți consimțământul informat

- Încurajați și susțineți pacientul

b) FIZICĂ:

- Poziționați pacientul în decubit dorsal cu membrul superior sprijinit deoarece poate prezenta frisoane

- Alegeți vena cea mai turgescentă

- Spălați regiunea plicii cotului cu apă și săpun

- Dezinfectați cu alcool iodat, betadină

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Participă două nurse

- Spălați mâinile cu apă și săpun

- Dezinfectați mâinile/îmbrăcați mănușile sterile

- Izolați locul cu câmpul steril

- Montați acul dublu la holder

- Rugați persoana care vă ajută să aplice garoul

- Dezinfectați locul de puncționat cu alcool de 70%

- Puncționați vena

- Adaptați la acul holderului flaconul cu mediu de cultură pentru germeni aerobi

- Recoltați sânge până la semnul de pe flacon

- Adaptați la acul holderului cel de al doilea flacon cu mediu de cultură pentru germenii anaerobi

- Recoltați sânge până la semnul de pe flacon

- Rețrageți acul după aplicarea tamponului cu alcool iodat

- Comprimează vena 2 - 5' de către ajutor

- Omogenizați ușor pe un plan orizontal (sângele cu mediul de cultură din flacon)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Reinstalați pacientul în poziție comodă

- Acoperiți pacientul pentru că frisoanează

- Observați faciesul, tegumentele (extremităților), comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale conform PU

- Îndepărtați mănușile și masca

- Spălați mâinile

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Scrieți pe etichetele flacoanelor datele pacientului

- Completați fișa de laborator

- Transportați imediat la laborator flacoanele și introduceți-le în termostat la 37°

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire prin lipirea codurilor de bon de pe flacoanele în care s-a făcut recoltarea

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Recoltarea s-a făcut corect, în condiții de strictă asepsie și antisepsie

Rezultate nedorite/ce faceți?

Vezi FIȘA Nr. 9.1.1.b - Puncția venoasă

Atenție:

Recoltarea se face la debutul bolii înainte de administrarea antibioticelor.

FIȘA Nr. 9.2. RECOLTAREA URINEI

FIȘA Nr. 9.2.1. RECOLTAREA URINEI PENTRU EXAMEN SUMAR DE URINĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea densității, ph-ului, glucozei, albuminei, urobilinogenului

- Examinarea sedimentului urinar

PREGĂTIREA MATERIALELOR ȘI ÎNĂȘĂ-Ț ȘI ÎNĂȘĂ-Ț * >•

- Tavă medicală/cărucior

- Recipient curat și uscat sau steril pentru femeie

- Seringă și ace sterile, tampoane cu alcool

- Pensă pentru clamparea sondei - când mostra de urină (10ml) este recoltată pe sondă și demeure

- Mănuși de cauciuc pentru manipularea urinei

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul conștient

- Explicați-i procedura în termeni accesibili

- Obțineți colaborarea

b) FIZICĂ:

- Efectuați toaleta genito-urinară la femeie

- Fixați punga colectoare la nivelul organelor genitale, cu adeziv, în cazul sugarilor și copiilor mici

EFECTUAREA PROCEDURII:

Explicați pacientului care-și recoltează singur urina:

- Să-și spele mâinile, să folosească mănuși de cauciuc

- Să se așeze într-o poziție în care jetul urinar să fie dirijat în recipient: ortostatism la bărbat și poziție șezândă la femeie

- Să colecteze 10 ml urină direct în recipient

- Să așeze capacul pe gura recipientului după recoltare

- Să-și spele mâinile

- Să eticheteze recipientul

În caz de recoltare pe sonda și demeure:

- Clampați sonda cu 15' înainte de recoltare

- Spălați-vă mâinile, folosiți mănuși de unică folosință

- Dezinfecțați sonda

- Puncționați sonda cu acul adaptat la seringă
- Aspirati 10 ml de urină în seringă
- Transferați urina în recipient
- Spălați-vă mâinile
- Etichetați recipientul cu: numele și prenumele pacientului, secția, examenul cerut, data și ora recoltării
- Transportați urina la laborator imediat

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați materialele folosite în containere speciale conform PU (precauții universale)
- Spălați-vă mâinile după îndepărtarea mănușilor

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Data și ora recoltării

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite

- Mostra de urină nu este contaminată cu scurgere vaginală sau cu sânge menstrual
- Urina nu conține albumină sau glucoză, are o culoare galbenă aurie (normocromă)
- Sedimentul urinar nu conține celule descumate de pe tractul urinar

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Mostra de urină este contaminată cu scurgere vaginală sau cu sânge menstrual
 - Aruncați urina
 - Recoltați în afara perioadei de menstruație
 - Faceți toaleta locală înainte
- Urina este hiperchromă, cu urobilinogen crescut
 - Anunțați medicul
- Sedimentul urinar conține numeroase leucocite, hematii, celule descumate sau epitelii
 - Anunțați medicul care poate să recomande alte examene, mai relevante din urină
- Urina conține albumină sau glucoza
 - Anunțați medicul

FiȘA Nr. 9.2.2. RECOLTAREA ASEPTICĂ A URINEI UROCULTURA

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Studiul bacteriologic al urinei pentru identificarea germenilor și efectuarea antibiogrammei

PREGĂTIREA MATERIALELOR

a) pentru prelevarea fără sondaj pregătiți:

- Apă și săpun pentru toaleta genito-urinară
- Antiseptic pentru dezinfectia meatului uretral
- Comprese sterile
- Recipient pentru colectarea sterilă a urinei
- Bazinet dacă este necesar
- Container pentru deșeurii

b) pentru prelevarea pe sonda urinară ≠ demeure pregătiți:

- Tavă medicală/cărucior
- Comprese sterile
- Antiseptic; soluție de clorhexidină
- Seringă și ace sterile, tub de laborator STERIL
- Container pentru aruncarea materialelor folosite

c) pentru prelevarea prin sondaj intermitent pregătiți:

- Tavă medicală/cărucior
- Sondă vezicală pentru bărbat sau femeie

- Comprese sterile
- Recipient steril pentru recoltarea urinei

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului necesitatea prelevării
- Asigurați pacientul de inofensivitatea procedurii
- Instruiți pacientul conștient și valid cum să recolteze singur

b) FIZICĂ:

- Efectuați toaleta genito-urinară la pacientul nedeplasabil
- Asigurați condiții pentru efectuarea toaletei la pacientul valid
- Asigurați intimitatea pacientului.

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați prescripția medicală
- Identificați pacientul
- Prelevați prin una din metodele enumerate mai jos în funcție de starea pacientului sau recomandarea medicală

a) prelevarea fără sondaj:

- Spălați-vă mâinile cu apă și săpun (lavaj simplu)
- Recoltați urina de la bărbat sau femeie după toaleta genito-urinară cu apă și săpun și clăti e abundentă; uscați regiunea, dezinfectați meatul uretral cu comprese sterile îmbibate în antiseptic

- Colectați urina, în recipientul steril, din mijlocul jetului
- Acoperiți tubul steril

b) prelevarea de către pacientul conștient și capabil să urineze în mod voluntar

- Explicați pacientului modul de derulare a procedurii.
- Oferiți-i comprese sterile cu antiseptic pentru dezinfecția meatului urinar după spălare

- Dați-i pacientului flaconul steril

- Explicați-i să urineze la toaletă, lăsând să curgă primul jet și recoltând urina în flacon din mijlocul jetului

- Cereți-i pacientului să-și spele mâinile după prelevarea urinei

c) prelevarea pe sonda urinară și demeure

- Spălați-vă mâinile cu apă și săpun (lavaj simplu)

- Folosiți mănuși de unică folosință

- Dezinfectați locul de prelevare, cu comprese sterile îmbibate în antiseptic

- Puncționați tubulatura pungii de colectare cu acul steril adaptat la seringă și prelevați cantitatea necesară de urină

- Transferați urina din seringă în flaconul pentru laborator

- Aruncați acul și seringă în containerul special

Dacă diureza este scăzută:

- Clampați sonda sub locul de prelevare fără s-o lezați

- Așteptați 10-15' ca să se adune o cantitate suficientă de urină pentru examen

d) prelevarea prin sondaj intermitent:

- Introduceți sonda vezicală respectând tehnica sondajului vezical la bărbat sau femeie

- Mențineți sonda pe durata evacuării urinei

- Lăsați urina să curgă în bazinet și recoltați apoi în recipientul pentru laborator

- Evacuați tot conținutul vezicii urinare

- Îndepărtați sonda și dezinfectați meatul urinar

- Aruncați materialele folosite în container

- Spălați-vă mâinile

- Ajutați pacientul să se îmbrace

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Pacientul deplasabil nu are nevoie de îngrijiri speciale

- Supravegheați pacientul purtător de sondă, asigurați-vă că este permeabilă și racordată la punga colectoare

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați materialele folosite în recipiente speciale conform precauțiilor universale (P.U.)

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în fișa de proceduri și în dosarul/planul de îngrijire
- Notați data, ora, numele persoanei care a recoltat, aspectul urinei

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

Respectați următoarele reguli generale:

- Transportați imediat eșantionul la laborator pentru a evita multiplicarea germenilor sau păstrați-l la frigider la +4°C în cazul în care examenul se face mai târziu (nu mai mult de 12 ore)
- Etichetați mostra imediat după recoltare cu nume, prenume, CNP, data și ora recoltării
- Însoțiți monstra de o fișă de informații cu date clinice (t[∞], starea de sănătate a pacientului, motivul)

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate:

- Absența contaminării în timpul emisiei și recoltării ca urmare a toaletei genito-urinare și dezinfectiei meatului urinar

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Contaminarea urinei prelevate cu bacterii prezente în regiunea periuretrală în timpul emisiei (bacteriurie slabă < 10000germeni/ml)
 - Repetați procedura respectând normele de igiena locală
- Multiplicarea germenilor prin păstrare mai mult de oră în afara frigiderului
- Păstrarea prea mult la rece duce la precipitarea uraților ceea ce împiedică analiza ulterioară a urinei
 - Respectați normele generale de pregătire a produsului pentru laborator
- Emisia dificilă a urinei prin blocaj psihologic
 - Oferiți timp sau recoltați prin sondaj vezical (în caz de urgență)

FIȘA Nr.9.3.

RECOLTAREA MATERIILOR FECALE PENTRU EXAMENE DE LABORATOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Examinarea macroscopică, biochimică, bacteriologică și parazitologică
- Stabilirea diagnosticului bolilor infecțioase gastrointestinale
- Depistarea persoanelor purtătoare de germeni patogeni

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiți pe o tavă medicală / cărucior :

- Coprocultor steril sau curat și uscat
- Tampoane sterilizate montate pe porttampoane prevăzute cu dopuri de cauciuc și introduse în eprubete sterile
- Sonda Nelaton nr. 16-18 sterilă
- Seringă de unică folosință de 10 ml
- Bazinet (plosca)
- Mănuși de unică folosință
- Prosop de hârtie/hârtie igienică
- Pungă de hârtie, formular de recoltare

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul sau / și familia despre procedura pentru a obține colaborarea și pentru a preveni o eliminare necorespunzătoare
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea pacientului
- Administrați pacientului un purgativ salin (sulfat de magneziu sau magnezia usta) dacă nu are scaun spontan

- Instruiți pacientul să-și facă toaleta perianală în cazul recoltării coproculturii
- Recomandați o dietă bogată în fibre vegetale sau un regim "alb" în funcție de examenul cerut.

EFECTUAREA PROCEDURII:

1. Recoltarea din scaun eliminat spontan sau provocat pentru examen copro-parazilologic

- Întrucât defecarea nu se poate produce la cerere, instruiți pacientul:
- Să-și spele mâinile
- Să folosească mănuși de unică folosință
- Să defece în bazineț sau într-un recipient curat (oliță, spre exemplu, la domiciliu)
- Să recolteze, cu lingurița coprocultorului câteva fragmente de fecale (cca 50 g) din diferite zone, mai suspecte, ale scaunului
- Să introducă lingurița în coprocultor
- Să-și spele mâinile după îndepărtarea mănușilor
- Să eticheteze recipientul cu : nume, prenume, data și ora recoltării, examenul cerut

- Să transporte produsul imediat la laborator sau să-l introducă într-o pungă de hârtie și să-l păstreze în frigider nu mai mult de 12 ore

2. Recoltarea directă din rect (pentru examen bacteriologic)

- Descoperiți regiunea inferioară a corpului
- Spălați-vă mâinile și puneți-vă mănușile de unică folosință
- Așezați pacientul în decubit lateral cu membrul inferior de deasupra în flexiune maximă a coapsei pe abdomen
- Îndepărtați fesele pacientului
- Introduceți tamponul steril prin anus în rect și efectuați câteva mișcări de rotație
- Îndepărtați, apoi, tamponul și introduceți-l în eprubeta sterilă fără să atingeți marginea acestuia
- Îndepărtați mănușile și spălați-vă mâinile
- Etichetați recipientul
- Trimiteți-l imediat la laborator pentru însămânțare

3. Recoltarea materiilor fecale la copilul mic.

- Așezați copilul, cu blândețe, în decubit lateral sau dorsal
- Vizualizați orificiul anal
- Introduceți sonda Nelaton pe o distanță de ≈ 10 cm, respectând regulile de asepsie
- Aspirați conținutul colonic cu o seringă adaptată la capătul sondei
- Îndepărtați seringă și sonda din rect
- Transferați conținutul seringii (2-3 ml) într-un recipient steril pentru coprocultură sau curat și uscat pentru alte examene
- Efectuați toaleta regiunii perianale, la nevoie
- Spălați-vă mâinile
- Etichetați recipientul
- Trimiteți imediat produsul la laborator

4. Recoltarea materiilor fecale pentru proba ADLER (hemoragii oculte). Instruiți pacientul:

- Să țină un regim "alb" timp de 3 zile, fără carne roșie, legume și fructe verzi, medicamente și suplimente nutritive cu conținut de fier, fără colchicină, salicilați, potasiu, fenilbutazonă, indometacin, steroizi sau compuși de bismut pentru a evita o posibilă sângerare cauzată de aceste medicamente
- Să defece într-un bazineț curat
- Să-și spele mâinile și să-și pună mănuși de unică folosință
- Să recolteze cu lingurița coprocultorului sau cu o baghetă de lemn materii fecale de la suprafața (25-30 g) și să le introducă în coprocultor sau în alt recipient curat și uscat
- Să acopere recipientul cu capacul etanș

- Să-și spele mâinile după îndepărtarea mănușilor pentru a preveni croscontaminarea
- Să eticheteze recipientul și să-l transporte imediat la laborator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Nu necesită îngrijiri speciale legate de procedură

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați materialele folosite în containere speciale conform precauțiilor universale (P.U.)

- Spălați-vă mâinile după îndepărtarea mănușilor pentru a preveni croscontaminarea

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Procedura în planul de îngrijire și în fișa de proceduri
- Data, felul examenului

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Pacientul este compliant și respectă întocmai instrucțiunile oferite
- Materiile fecale nu sunt amestecate cu urina
- Produsul recoltat este adus imediat la laborator evitându-se suprainfectarea sau distrugerea ouălelor de paraziți prin refrigerare

Rezultate nedorite/ce faceți ?

- Materiile fecale sunt amestecate cu urina
 - Instruiți de la început pacientul să defece în ploscă uscată și curată
- Pacientul nu respectă regimul alb, ceea ce duce la obținerea unor reacții fals pozitive
 - Explicați-i dinainte consecințele nerespectării dietei
- Materiile fecale sunt păstrate prea mult la temperatura: camerei (peste o oră) sau la frigider (peste 12ore) ceea ce modifică acuratețea testului
 - Respectați condițiile de păstrare ale produsului
- Pacientul refuză recoltarea:
 - Discutați încă o dată cu el
 - Anunțați medicul

FIȘA Nr. 9.4. RECOLTAREA EXUDATULUI FARINGIAN

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Identificarea agenților patogeni la purtători sănătoși și bolnavi
- Efectuarea antibiogramei

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior;
- Spatulă linguală sterilă;
- Eprubetă cu tampon faringian steril;
- Mănuși de unică folosință;
- Mască de protecție;
- 1-2 tăvițe renale

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați procedura pacientului/apartinătorului (dacă este copil)
- Obțineți consimțământul informat
- Încurajați și susțineți pacientul

b) FIZICĂ:

- Atenționați pacientul sau aparținătorul să nu înceapă nici un fel de tratament; să nu mănânce, să nu bea apă, să nu facă gargară, să nu se spele pe dinți, să nu-și instileze picături în nas în dimineața recoltării
- Așezați pacientul pe scaun sau în pat în poziție șezândă
- Avertizați aparținătorul că va trebui să-și susțină copilul în brațe pentru recoltare

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificați dacă pacientul a respectat recomandările privind procedura
- Spălați mâinile cu apă și săpun
- Îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Folosiți masca de protecție
- Invitați pacientul să deschidă larg gura
- Deschideți eprubeta; scoateți tamponul faringian
- Apăsăți limba cu spatula linguală sterilă
- Ștergeți depozitul faringian și amigdalian (dacă este cazul dezlipiți și o porțiune din falsa membrană)
- Retragceți tamponul faringian fără a atinge: dinții, limba, obrații
- Închideți repede eprubeta cu dopul
- Realizați un frotiu folosind alt tampon conform recomandării medicului)
- Așezați pacientul în poziție comodă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Nu necesita îngrijiri speciale legate de procedură.
- Dacă are senzație de greță și vomă nu mănâncă și nu bea imediat după recoltare

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați deșeurile în recipiente speciale, conform P.U.
- Spălați și curățați instrumentele folosite
- Spălați mâinile cu apă și săpun
- Îndepărtați mănușile/masca

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire;
- Data și ora recoltării;
- Notați reacția pacientului, aspectul local

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetați recipientul în care s-a făcut recoltarea
- Completați fișa de laborator
- Transportați imediat produsul la laborator
- Comunicați laboratorului dacă pacientul a luat medicamente și care sunt acelea

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate:

- Recoltarea s-a făcut fără incidente
- Produsul nu a fost suprainfectat

Rezultate nedorite/ce faceți?

- Se pot obține rezultate eronate atunci când în timpul recoltării tamponul faringian se îmbibă cu salivă sau se ating dinții, limba
 - Repetați recoltarea folosind alt tampon
- Pacientul poate prezenta senzație de greață, vomă prin atingerea luetei
 - Rugați pacientul să inspire adânc și apoi să stea nemișcat în timpul recoltării

FIȘA Nr. 9.5.

RECOLTAREA SPUTEI PRIN EXPECTORAȚIE PENTRU EXAMENE DE LABORATOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Examinarea macroscopică, citologică și bacteriologică a sputei
- Diagnosticarea unor boli ale aparatului respirator

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiți pe o tavă medicală :

- Recipient steril cu capac potrivit, etanș
- Etichetă / formular cerut de laborator
- Aerosol (clorură de sodiu 10%, acetilcisteină, apă distilată sau sterilă) pentru a induce tusea, dacă medicul indică
- Batiste de hârtie

- Mănuși de unică folosință dacă este necesar
- Pungi din material plastic
- Recipient special pentru materialele folosite

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicați pacientului procedura pentru a reduce anxietatea și a obține colaborarea
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Instruiți pacientul să nu mănânce, să nu fumeze, să nu-și pună picături în nas, să nu se spele pe dinți sau să-și clătească gura cu soluții dezinfectante înainte de recoltare pentru a nu influența rezultatul
- Apelați la drenajul postural și la tapotări dacă expectorația este dificilă

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Instruiți pacientul să se așeze pe un scaun, pe marginea patului sau în poziție Fowler înaltă dacă starea generală nu este favorabilă
- Cereți pacientului să-și clătească gura cu apă simplă pentru a reduce riscul de contaminare a sputei cu bacteriile din cavitatea bucală sau cu particule de alimente
- Instruiți pacientul să inspire și să expire profund de câteva ori provocându-și tusea (cel puțin 3 ori); la ultima expirație sfătuiți-l să tușească
- Sfătuiți pacientul să tușească profund și să expectoreze direct în recipient, cca. 15 ml de spută - - Puneți-vă mănuși de unică folosință, opțional - Acoperiți recipientul cu capacul
- Ștergeți exteriorul recipientului cu un șervețel
- Introduceți recipientul într-o pungă de material plastic

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Oferiți pacientului un pahar cu apă curată să-și clătească gura
- Ajutați pacientul să adopte o poziție comodă
- Observați respirația
- Educați pacientul să colecteze în continuare sputa pentru a preveni diseminarea infecției

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați materialele folosite în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notați procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Notați data, ora, cantitatea, culoarea, mirosul, consistența

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetați recipientul cu: numele și prenumele pacientului, data și ora recoltării, examenul cerut - Completați formularul cerut de laborator dacă pacientul are febră, dacă a luat antibiotice sau dacă expectorația a fost indusă prin administrare de aerosol (deoarece, în acest caz, sputa este mai apoasă și se poate confunda cu saliva)

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate:

- Pacientul este compliant și reușește să-și recolteze sputa și nu saliva
- Respectarea indicațiilor de recoltare se reflectă în acuratețea rezultatului testului

Rezultate nedorite/ce faceți?

- Pacientul nu reușește să expectoreze și înghite sputa (mai ales femeile și copiii)
 - Rezervați-vă mai mult timp pentru a instrui pacientul
 - Anunțați medicul care vă recomandă altă tehnică de recoltare (prin frotiu, spălatură gastrică, spălatură bronșică)
- Sputa este amestecată cu saliva și resturi alimentare din cavitatea bucală

- Repetați recoltarea instruind încă o dată pacientul și ajutându-l să respecte indicațiile de recoltare
- Sputa este amestecată cu vărsătura declanșată în timpul efortului de tuse.
 - Captați vărsătura și acordați îngrijiri adecvate

FIȘA Nr. 9.6.

RECOLTAREA SECREȚIILOR URETRALE LA BĂRBAT

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Obținerea informațiilor referitoare la agenții patogeni care produc infecții uretrale.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Ansa de platină,
- Lampă de spirit
- Lame de sticlă
- Mănuși sterile
- Etichete sau creion dermatograf

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul cu privire la necesitatea efectuării examenului, momentul recoltării
- Explicați procedura, anunțați pacientul să nu urineze înainte de recoltare
- Asigurați pacientul că veți păstra confidențialitatea

b) FIZICĂ:

- Asigurați intimitatea
- Obțineți colaborarea

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiți materialele pe o tavă sau măsuță
- Atenționați pacientul asupra modului de colaborare
- Spălați mâinile
- Îmbrăcați mănuși de cauciuc
- Sterilizați ansa de platină prin încălzire la roșu și așteptați răcirea
- Cu o mână prindeți glandul și exercitați o ușoară presiune
- Cu cealaltă mână prelevați cu ansa flambată prima picătură matinală (dacă secreția este insuficientă recoltați din uretra anterioară)
- Puneți picătura pe lamă și realizați frotiul
- Etichetați sau scrieți numele cu creion dermatograf
- Trimiteți lama la laborator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Examenul se efectuează ambulator și bolnavul nu are nevoie de îngrijire specială
- Observați aspectul local, sfătuiți pacientul să respecte tratamentul recomandat

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Flambați ansa de platină începând de la tijă către fir
- Puneți materialele în dulap
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Procedura în planul de îngrijiri nursing
- Data, ora și observațiile privind aspectul local
- Notați ce a învățat pacientul, cum și-a însușit informațiile

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate :

- Recoltarea s-a făcut corect
- Frotiul a permis stabilirea diagnosticului

Rezultate nedorite / Ce faceți ?

- Frotiul nu este edificator, rezultatul este negativ dar nu exclude prezența

gonococilur

- Se impune realizarea unei culturi
- Pacientul nu respectă recomandările și recoltarea nu se poate face în condiții adecvate
- Instruiți exact pacientul și repetați procedura

Nota:

În cazul în care frotiul nu este edificator se face cultură

Recoltarea se face cu ansa sterilă din uretra anterioară și se însămânțează pe mediul de cultură

FIȘA Nr. 9.7.

RECOLTAREA SECREȚIILOR PURULENTE DIN LEZIUNI DESCHISE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Colectarea de secreții purulente dintr-o leziune deschisă pentru identificarea prin examene de laborator a microorganismelor ce provoacă infecția în vederea precizării diagnosticului

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pense
- Comprese
- Soluții dezinfectante
- Mănuși sterile
- Recipiente sterile pentru colectat produsul (eprobete sterile)
- Tampoane sterile
- Ansa de platină
- Pipeta Pasteur
- Lame de laborator, lampa de spirt
- Leucoplast
- Tavă medicală/cărucior medical

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați și explicați procedura pacientului/clientului
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ:

- Poziționați pacientul/clientul în funcție de locul leziunii (plagă chirurgicală cu supurație parietală, plăgi septice, abces, flegmon deschis, vezicule, pustule)
- Asigurați intimitatea pacientului/clientului

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Identificați pacientul
- Verificați prescripția medicală
- Spălați mâinile
- Îmbrăcați mănuși sterile
- Curățați suprafața leziunii
- Recoltați din secreție:
 - prin aspirație cu pipeta Pasteur sterilă
 - cu ansă de platină sterilizată în prealabil prin încălzire la roșu
 - cu tampon steril
- Realizați 2-3 frotiuri având grijă să întindeți uniform secreția
- Introduceți produsul aspirat sau tamponul cu care ați recoltat într-o eprubetă sterilă
- Etichetați și trimiteți la laborator în timp util

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Pansați leziunea folosind o tehnică adecvată dacă este nevoie
- Supravegheați aspectul pansamentului
- Monitorizați funcțiile vitale

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectați compresele, mănușile în recipiente speciale pentru materiale cu

potențial infecțios respectând P.U.

NOTAREA PROCEDURII

Notăți procedura în planul de îngrijire :

- Data, ora recoltării și numele persoanei care a recoltat
- Aspectul secreției
- Aspectul leziunii și al tegumentelor din jur

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate:

- Pacientul nu acuză durere
- Recoltarea s-a făcut în condiții de asepsie, nu există risc de suprainfectare

Rezultate nedorite/Ce facem ?

- Acuză durere și produce sângerare
 - Lucrați cu blândețe
- Suprainfectare cu alți germeni
 - Respectați cu strictețe asepsia și antisepsia
- Rezultatul nu este corect pentru că produsul nu s-a trimis în timp util la laborator

Bibliografie

1. Dr. Ramona Bănică, Dr. Marius Samoilă, Dr. Marius Negru
ANALIZE DE LABORATOR ȘI ALTE DIAGNOSTICE, Editura Medicart 2007.
2. Marion B. Dolan și colaboratorii
NURSING PROCEDURES - student version, Editura Springhouse Corporation,
Pennsylvania - 1992.
3. Frances Fischbach
A MANUAL LABORATORY & DIAGNOSTIC TEST, Editura J. B. Lippincott Company -1992.
4. Barbara Koziar, Glenora Erb
TECHNIQUES IN CLINICAL NURSING, Editura Addison Wesley Publishing Company -
1987.
5. Carol Mozcs
TEHNICA ÎNGRIJIRII BOLNAVULUI, Editura Medicală - 2006
6. Sanda Smith, Donna Duell
FOUNDATION SKILLS FOR NURSING AND ALLIED HEALTH PROFESSIONS, Editura National
Nursing Review, California -1982.
7. Barbara K. Timby
CLINICAL NURSING PROCEDURES, Editura J. B. Lippincott Company - Philadelphia -
1989.