

TEMATICA ÎNGRIJITOARE SI BRANCARDIER

ÎNGRIJITOAREA ȘI LOCUL EI DE MUNCĂ

Îngrijitoarea asigură îngrijirea pacientului, participă la menținerea unui climat optim care să ușureze viața pacienților, asigura alimentația la pat a pacienților nedeplasabili, aranjează și schimbă lenjeria de pat și corp, menține contactul cu pacienții și îi încurajează, prin crearea unei atmosfere de confort și încredere, asigură aplicarea principiilor de dezinfecție, acordă primul ajutor în caz de urgențe medicale, catastrofe naturale, asigura transportul decedaților.

Pentru unii pacienți, chiar și lucrurile elementare devin dificile, cum ar fi servirea mesei, îmbrăcatul sau igiena personală. Dacă este ușor de îngrijit un copil, un adult este mai greu de manevrat și mai temperamental.

Îngrijitoarea trebuie să rămână calmă și calculată, îndeosebi în situații de criză, chiar și în fața tragediei. Calitatea serviciilor ei nu trebuie alterată prin atribuirea unui caracter personal durerii bolnavului. Pot apare situații neprevăzute, starea de sănătate a bolnavului se poate înrăutăți rapid și atunci îngrijitoarea trebuie să fie lucidă, stăpână pe sine, acționând în interesul bolnavului.

Aceasta profesie presupune de cele mai multe ori flexibilitate, răbdare și rezistență fizică.

Dorința de a ajuta, împreună cu o atitudine pozitivă, înțeleghătoare, empatie sunt calitățile pe care trebuie să le aibă o îngrijitoare pentru a face față acestui job.

Îngrijitoarea își exercită activitatea în mediu spitalicesc sau extraspitalicesc, în sectorul medical, medico-social sau social.

Îngrijirea bolnavului este o muncă grea, care cere serioase eforturi și un aport intelectual apreciabil. Serviciul de 8 ore în ajutorul dat bolnavilor, gărzile de noapte alternate cu serviciul de zi, mediul infecțios în care lucrează o mare parte a cadrelor medicale și grija față de suferințele bolnavilor fac ca îngrijirea bolnavului să ceară o muncă încordată din partea personalului medico-sanitar

Petrecând majoritatea timpului de muncă printre bolnavi, în condiții de muncă încordată și de cele mai multe ori în mediu infecțios, trebuie să-și organizeze în așa fel modul de viață încât sa suporte cu ușurință eforturile cerute de munca profesională.

Îngrijitoarea trebuie să acorde o grijă deosebită igienei sale personale. Ea trebuie să fie exemplu de curățenie, nu numai în serviciu, ci și acasă. Baia zilnică este obligatorie. Exteriorul ei trebuie să fie corect și acasă, dar mai cu seamă pe stradă sau în locuri publice. O grijă deosebită trebuie să acorde mâinilor, care reprezintă unul dintre cele mai valoroase instrumente ale oricărui cadru sanitar.

Îngrijitoarea trebuie să se prezinte în mod regulat la controalele periodice de sănătate. Activitatea de îngrijire o expune la infecții, pe care e bine să le descopere cât

mai devreme. În același timp, lucrând cu bolnavii, care sunt mai receptivi la infecții, ea poate reprezenta o sursă de îmbolnăvire în plus pentru ei. Radioscopia pulmonară, examenul serologic al sângelui și în special examinările coprobacteriologice și coproparazitologice sunt obligatorii pentru prevenirea infecțiilor nosocomiale.

Îmbrăcămintea de protecție și ținuta

Folosirea echipamentului de protecție este obligatorie. Echipamentul este format din halat, pantaloni, bonetă albe sau de diferite culori, în funcție de unitate.

Echipamentul de protecție în timpul liber, precum și hainele de stradă în timpul serviciului, se păstrează în dulapuri strict individuale. La intrarea în serviciu, personalul va dezbrăca hainele de stradă așezându-le în dulap, îmbracă echipamentul de lucru, pe care îl ia dintr-un alt dulap. La părăsirea spitalului se va proceda invers.

Îmbrăcarea, dezbrăcarea și păstrarea echipamentului se vor face în așa fel ca să se evite o eventuala contaminare.

Echipamentul de lucru trebuie să fie totdeauna perfect curat. Durata de purtare a unei garnituri de echipament nu poate fi fixată la un număr minim de zile, în schimb durata maximă nu poate depăși 3 zile. Echipamentul trebuie schimbat imediat ce se murdărește. Petele de sânge alte lichide biologice sau chiar

de medicamente sunt dezgustătoare pentru bolnav. Halatul rupt, lipsa nasturilor, echipamentul incomplet produce la bolnavi o impresie nefavorabilă asupra personalului. Curățenia halatului, ținuta îngrijită reușesc de la bun început să trezească încrederea bolnavilor. Este foarte important ca exteriorul curat al personalului să se păstreze și pe timpul turelor de noapte.

ATRIBUȚIILE ÎNGRIJITOAREI

1. Efectuează igienizarea spațiilor aflate în subordinea sa, în care se află pacienții (saloane, rezerve și dependențe):
 - Camera persoanei îngrijite și dependențele sunt igienizate permanent pentru încadrarea în parametrii prevăzuți de normele igienico-sanitare specifice.
 - Activitatea de igienizare și curățenie este efectuată conform normelor igienico sanitare.
 - Igienizarea camerei este efectuată periodic prin utilizarea materialelor de igienizare specifice.
 - Igienizarea circuitelor funcționale este respectată cu strictețe pentru prevenirea transmiterii infecțiilor.
 - Îndepărtarea reziduurilor și resturilor menajere este efectuată cu conștiinciozitate, ori de câte ori este necesar.
 - Reziduurile și resturile menajere sunt depozitate în locurile special amenajate.
2. Răspunde de curățenia și dezinfecția sectorului repartizat
3. Răspunde de utilizarea și păstrarea în bune condiții a ustensilelor folosite ce le are personal în grijă, precum și a celor care se folosesc în comun și le depozitează în condiții de siguranță.
4. Efectuează îngrijiri de igienă corporală a pacientului
 - Îngrijirile corporale sunt efectuate cu îndemânare conform tehnicilor specifice
 - Baia totală/parțială este efectuată periodic sau ori de câte ori este necesar
 - Îngrijirile corporale sunt acordate cu conștiinciozitate pentru prevenirea infecțiilor și a escarelor.
 - Îmbrăcarea/dezbrăcarea persoanei îngrijite este efectuată cu operativitate conform tehnicilor specifice.
5. Menține igiena lenjeriei persoanei îngrijite:
 - Efectuează schimbarea lenjeriei patului ocupat/neocupat ori de câte ori este nevoie.
 - Schimbarea lenjeriei este efectuată cu îndemânare pentru asigurarea confortului persoanei asistate.
 - Accesoriiile patului (masuțe de servit la pat, somiere etc.) sunt adaptate cu operativitate la necesitățile imediate ale persoanei îngrijite.
6. Colectează și transportă lenjeria și rufele murdare:
 - Respectă modul de colectare și ambalare a lenjeriei murdare în funcție de gradul de risc conform codului de procedură:
 - Ambalaj dublu pentru lenjeria contaminată (sac galben-portocaliu)
 - Ambalaj simplu pentru lenjeria necontaminată (sac alb)

Lenjeria murdară se colectează și ambalează la locul de producere, în așa fel încât să fie cât mai puțin manipulată și scuturată, în scopul prevenirii contaminării aerului, a personalului și a pacienților.

- Controlează ca lenjeria pe care o colectează să nu conțină obiecte înțepătoare-tăietoare sau alte deșeuri
- Se interzice sortarea la locul de producere a lenjeriei pe tipuri de articole.
- Respectă codul de culori privind ambalarea lenjeriei murdare.
- Depozitarea lenjeriei murdare ambalate se face într-un spațiu în care pacienții și vizitatorii nu au acces.
- Nu se permite scoaterea lenjeriei din ambalajul de transport.

- Asigură transportul lenjeriei la spălători
7. Preia rufele curate de la spălătorie:
 - Lenjeria curată este transportată de la spălătorie la secția clinică în saci noi.
 - Depozitarea lenjeriei curate pe secții se face în spații speciale destinate și amenajate, ferite de praf, umezeală și vectori.
 - Depozitează și manipulează corect, pe secție, lenjeria curată, respectând codurile de procedură privind igiena personală și va purta echipamentul de protecție adecvat.
 8. Ține evidențe la nivelul secției, a lenjeriei predate și a celei ridicate de la spălătoria unității.
 9. Transporta alimentele de la oficiu/bloc alimentar la masa/patul persoanei îngrijite:
 - Alimentele sunt transportate respectând cu rigurozitate regulile de igienă.
 - Distribuirea alimentelor la patul bolnavului se face respectând dieta indicată.
 - Transportarea și manipularea alimentelor se face folosind echipamentul pentru servirea mesei, special destinat acestui scop (halat, manusi de bumbac...) cu respectarea normelor igienico-sanitare în vigoare.
 - Inlatură resturile alimentare pe circuitul stabilit.
 10. Pregătește persoana îngrijită dependentă pentru alimentare și hidratare:
 - Așezarea persoanei îngrijite se face într-o poziție confortabilă pentru a putea fi hrănit și hidratat, corespunzător recomandărilor și indicațiilor specialiștilor.
 - Masa este aranjată ținând cont de criteriile estetice și de particularitățile persoanei îngrijite.
 11. Ajută persoana îngrijită la activitatea de hranire și hidratare:
 - Sprijinul necesar hrănirii persoanei îngrijite se acordă pe baza evaluării autonomiei personale în hrănire și a stării de sănătate a acesteia.
 - Sprijinirea persoanei îngrijite pentru hidratare este realizată cu grijă prin administrarea cu consecvență a lichidelor.
 - Sprijinirea persoanei îngrijite pentru alimentare se face cu operativitate și îndemânare pe tot parcursul hrănirii.
 - Acordarea de ajutor pentru alimentarea și hidratarea persoanelor îngrijite ține seama atât de indicațiile medicului, de starea pacientului cât și de preferințele, obiceiurile, tradițiile alimentare ale acestora.
 - Alimentarea persoanei îngrijite dependente se face sub supravegherea asistentei medicale de salon.
 12. Igienizează vesela persoanei îngrijite:
 - Vesela persoanei îngrijite este curățată și dezinfectată conform normelor specifice, ori de câte ori este necesar pentru întreruperea lanțului epidemiologic.
 - Vesela persoanei îngrijite este igienizată după fiecare întrebuințare, prin utilizarea materialelor de igienizare specifice.
 13. Ajută persoana îngrijită la satisfacerea nevoilor fiziologice:
 - Însoțește persoana îngrijită la toaleta în vederea satisfacerii nevoilor fiziologice.
 - Deservește persoana imobilizată cu urinare, bazinețe, tavițe renale etc., conform tehnicilor specifice.
 - Persoana îngrijită este ajutată/asistată cu calm la satisfacerea nevoilor fiziologice.
 14. Efectuează mobilizarea:
 - Mobilizarea persoanei îngrijite se efectuează conform tipului și timpului stabilit de echipa medicală.
 - Mobilizarea este adaptată permanent la situațiile neprevăzute apărute în cadrul îngrijirilor zilnice.
 - Efectuează mobilizarea prin acordarea sprijinului la mobilizare.
 - Frecvența și tipul de mobilizare sunt adaptate permanent la necesitățile persoanelor îngrijite.
 - Mobilizarea persoanelor îngrijite este efectuată prin utilizarea corectă a accesoriilor specifice.

15. Comunică cu persoana îngrijită folosind forma de comunicare adecvată și utilizând un limbaj specific:
 - Caracteristicile comunicării cu persoana îngrijită sunt identificate cu obiectivitate în vederea stimulării schimbului de informații.
 - Limbajul specific utilizat este în concordanță cu abilitățile de comunicare identificate la persoana îngrijită.
 - Limbajul utilizat respectă, pe cât posibil, specificul mediului din care provine persoana îngrijită.
 - Limbajul folosit în comunicarea cu persoana îngrijită este adecvat dezvoltării fizice, sociale și educaționale ale acestuia.
16. La terminarea programului de lucru va preda pacienții infirmierei din urmatorul schimb pentru a se asigura de continuitatea îngrijirilor.
17. Ajuta la transportul persoanelor îngrijite:
 - Utilizeaza accesoriile necesare transportului conform programului de ingrijire sau ori de cate ori este nevoie.
 - Pune la dispozitia persoanei ingrijite accesoriile necesare conform tipului de imobilizare.
18. Insoteste persoana ingrijita in vederea efectuarii unor investigatii:
 - Pregateste persoana ingrijita in vederea transportului (imbracaminte corespunzatoare).
 - Transportarea persoanei ingrijite se face cu grija,adecvat specificului acesteia.
 - Așteptarea finalizării investigațiilor persoanei îngrijite se face cu corectitudine și răbdare.
19. Asigura transportul persoanelor decedate:
 - Asigura izolarea persoanei decedate de restul pacientilor.
 - Dupa declararea decesului indeparteaza lenjeria decedatului si il pregateste pentru transport in husa destinata acestui scop.
 - Ajuta la transportul decedatului la camera frigorifica,destinata depozitarii cadavrelor.
 - Participa la inventarierea bunurilor personale ale persoanei decedate.
 - Dezinfecția spațiului în care a survenit decesul se efectuează prompt,respectand normele igienico-sanitare.
20. Respecta circuitele functionale in cadrul spitalului
(personal sanitar/bolnavi/apartinatori/lenjerie/materiale sanitare/deseuri).
21. Respecta atributiile conform Ordinului M.S. nr.219/01.04.2002 privind depozitarea si gestionarea deseurilor infectioase:
 - aplica procedurile stipulate de codul de procedura privind gestionarea deseurilor infectioase;
 - asigura transportul deseurilor infectioase pe circuitul stabilit de codul de procedura;
 - transporta pe circuitul stabilit rezidurile alimentare in conditii corespunzatoare,raspunde de depunerea lor corecta in recipiente,curata si dezinfecteaza pubelele in care se pastreaza si se transporta acestea;
22. Semnaleaza orice problema aparuta in desfasurarea activitatii asistentei sefe.
- 25.Situatiile neplacute sunt tratate cu calm,pe prim plan fiind grija fata de pacient.
- 26.Respecta si aplica normele prevazute in **Ordinul MS nr 916/ 2006** privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si control al infectiilor nosocomiale in unitatile sanitare si **Ghidul practic de management al expunerii accidentale la produse biologice** .
27. Aplica Normele de Protectia Muncii si Normele de Protectie privind Stingerea Incendiilor:
 - a. Aparatele electrice sunt bine izolate si nu se folosesc cu mainile umede;
 - b. Operatiile de curatire se executa cu cea mai mare atentie,pentru a evita accidentele;
 - c. Solutiile de curatire se manevreaza cu mainile protejate;
 - d. Aparatele electrice se deconecteaza de la curent la sfarsitul programului de lucru;
 - e. Defectiunile ivite la echipamente,instalatii electrice se anunta cu promptitudine la asistenta sefa.

28. Poartă echipamentul de protecție prevăzut de regulamentul de ordine interioară, care va fi schimbat ori de câte ori este nevoie, pentru păstrarea igienei și a aspectului estetic personal.
29. Declară imediat asistentei sefe orice îmbolnăvire acută pe care o prezintă precum și bolile transmisibile apărute la membrii familiei sale.
30. Își desfășoară activitatea în echipă respectând raporturile ierarhice și funcționale.
31. Respectă « Drepturile pacientului » conform Ordinului MS 46/21.01.2003.
32. Nu are dreptul să dea relații privind starea pacientului.
33. Dezvoltarea profesională în corelație cu exigentele postului:
 - autoevaluare
 - cursuri de pregătire/perfecționare
34. Respectă îndeplinirea condițiilor de igienă individuală efectuând controlul periodic al stării de sănătate pentru prevenirea bolilor transmisibile și înlăturarea pericolului declanșării unor epidemii (viroze respiratorii, infecții cutanate, diaree, tuberculoză, etc.).
35. Respectă regulamentul intern al spitalului.
36. Respectă programul de lucru de 8 ore, programul turelor de servicii și programarea concediului de odihnă.
37. Se prezintă la serviciu cu deplină capacitate de muncă pentru a efectua servicii la parametrii de calitate impuși de secție.
38. La începutul și sfârșitul programului de lucru semnează condica de prezență.
39. Respectă ordinea și disciplina la locul de muncă, folosește integral și cu maximă eficiență timpul de muncă.
40. În funcție de nevoile secției va prelua și alte puncte de lucru.
41. Respectă și își însușește prevederile legislației din domeniul sănătății și securității în muncă (Legea 319/2006).
42. Se va supune măsurilor administrative în ceea ce privește neîndeplinirea la timp și întocmai a sarcinilor prevăzute în fișa postului.

ALIMENTAREA ACTIVĂ ȘI PASIVĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Veselă și tacamuri
- 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:

- Afecțiune, 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
- Imbrăcați un halat curat

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 suțiu 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 masuță adaptabilă la pat
- Așezați-vă în partea dreaptă a pacientului (de regulă) pe un scaun, verificați temperatura alimentelor
- Ridicați cu o mână (stanga) 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
- Tăiați alimentele în bucăți mici fără să le atingeți cu mana
- Incurajați pacientul să consume alimentele purtând o discuție agreabilă
- Folosiți lingurița dacă pacientul este în stare foarte gravă sau are tulburări de deglutiție
- Observați permanent fațesul pacientului

INGRIJIREA 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

- Indepărtați vasele murdare și resturile alimentare
- Aerisiți incaperea

SCHIMBAREA LENJERIEI PATULUI CU PACIENT IMOBILIZAT

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)
- Invelitoare de flanelă sau o pătură moale
- Scaun 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

- 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

- Pregătiți materialele astfel:
 - Rulați cearșaful de pat pe dimensiunea mica (în lățime) și dacă pacientul necesită aleză și mușama rulați-le împreună cu cearșaful
 - Indepărtați 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 mainile și îmbrăcați mănuși
- Degajați cearșaful murdar de sub saltea
- Acoperiți pacientul și ridicați-l în poziție șezandă
- Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul
- Indepărtați 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 decubit dorsal și rugați-l dacă poate să se ridice puțin pentru a continua schimbarea
- Introduceți mana 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 mainile și îmbrăcați mănuși
- Indepărtați cearșaful murdar de sub saltea
- Intoarceți 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 amandouă
- 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 pernă

Schimbarea cearșafului plic în ambele situații

- Așezați cearșaful cu pătura deasupra pacientului încât marginea liberă de deșubt 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 mana 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 invelitoarea 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
- Așezați pacientul în poziție comodă sau în cea recomandată de afecțiunea sa

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați invelitoarea și acoperiți pacientul cu pătura
- Îndepărtați sacul cu rufe murdare
- Îndepărtați mănușile, spălați-vă mainile

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 bland, lăsați pacientului timp de odihnă
- Pacientul refuză schimbarea:
- Discutați încă o dată cu pacientul
- Apelați la aparținători dacă este cazul

SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL PACIENTULUI IMOBILIZAT

Schimbarea pijamalei

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pijama încălzită
- Patura
- Alcool
- 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
- Pliați pătura la picioarele pacientului
- Inveliți pacientul cu un cearceaf încălzit
- Spălați-vă mainile, imbracați mănuși de cauciuc

a) Dezbrăcarea și imbrăcarea 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 manecă și imbrăcați pe rand brațele
- Scoateți mainile în afara manecilor
- Ridicați bluza pe spatele bolnavului și imbracați umerii
- Fricționați ușor spatele pacientului
- Incheiați nasturii

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

- Descheiați nasturii
- Intoarceți pacientul în decubit lateral și dezbrăcați brațul eliberat
- Intoarceți pacientul în decubit lateral invers și dezbrăcați celălalt braț îndepărtând bluza
- Mențineți pacientul în decubit lateral
- Rulați maneca și imbrăcați brațul liber
- Intoarceți cu blandețe pacientul în decubit lateral invers și imbrăcați celălalt braț întinzând bluza pe spate
- Aduceți pacientul în decubit dorsal
- Incheiați nasturii

c) Îndepărtarea și imbrăcarea 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
- Imbrăcați pe rand fiecare membru și trageți pantalonii până aproape de șezut
- Coborați și așezați pe pat membrele inferioare
- Ridicați regiunea fesieră și trageți în sus pantalonii
- Verificați dacă cearșaful e bine întins
- Incheiați nasturii

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați faciesul,
- Refaceți patul și inveliți 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 mainile

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 pudra de talc
- schimbați poziția pacientului
- Pacientul reclamă manevre brutale și oboseală, dureri
- liniștiți pacientul, rămaneți 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 cearșeafurile

TOALETA PACIENTULUI, IGIENA CORPORALĂ ȘI VESTIMENTARĂ

IGIENA BOLNAVILOR

Prelucrarea igienică a bolnavului la internare (imbaierea prin dus, taierea unghiilor, la nevoie deparatizare)

Consultarea, trierea și repartizarea bolnavului de la internare și conducerea lui de către infirmiera la salonul la care a fost repartizat.

Asigurarea cu lenjerie curată pentru fiecare bolnav nou internat și schimbarea acesteia ori de câte ori este nevoie și cel puțin o dată pe săptămână.

La bolnavii care prezintă incontinență de urină sau fecale, la cei care au varsături, supurații, precum și la copii mici, salteaua se acoperă cu o musamă sau o husă de plastic care se va spăla și se va șterge cu soluție dezinfectantă zilnic, precum și ori de câte ori este nevoie.

Asigurarea spălării paturilor, huselor (dosurilor) de pernă și de saltea ori de câte ori se murdăresc cu produse patologice .

Asigurarea în timpul internării a toaletei zilnice a bolnavilor și imbaierea acestora cel puțin o dată pe săptămână și ori de câte ori este nevoie. Imbaierea obligatorie în ziua dinaintea operației a bolnavilor ce se supun intervențiilor chirurgicale (excepție urgentele).

Instruirea bolnavilor (și familiei) să-și procure pasta și perie de dinți, batistă și pieptene.

Educarea permanentă a bolnavilor asupra comportamentului igienic în spital.

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
- Masă mobilă pentru materiale, acoperită cu un camp
- 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
- Cearceaf
- Alcool mentol
- 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-l independența și ajutați-l doar la nevoie
- Asigurați intimitatea pacientului
- Întrebați pacientul dacă dorește să i se servească urinarul sau plosca

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Asigurați-vă ca 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 vasul 2/3 cu apă caldă (37°C—38°C), controlând temperatura apei cu termometrul de baie
- Așezați pacientul în poziție decubit dorsal

- Dezbrăcați și acoperiți cu un cearșaf pacientul
- Luați pătura și așezați-o pe un scaun sau pe pat la picioarele bolnavului
- Descoperiți progresiv numai partea care se va spăla
- Indepărtați 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 GAT

- Spălați-vă mainile
- Imbrăcați prima mânășă de baie, umeziti-o, și spălați ochii de la comisura internă la cea externă; folosiți părți separate din mânășă pentru fiecare ochi
- Ștergeți imediat cu primul prosop
- Spălați fruntea de la mijloc spre temple
- 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 gatul, limpeziți
- Uscați prin tamponare cu prosopul
- Schimbați apa și mânășa

PARTEA ANTERIOARA A TORACELUI

- Spălați cu mișcări ferme, 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, deasupra învelitorii
- Spălați prin mișcări lungi și blande; 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 mana pacientului în bazinul cu apă caldă, pentru a tăia mai ușor unghiile sau pentru a le curăța: spălați mana 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 igienă 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 înbibat în alcool 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

PARTEA POSTERIOARĂ A TORACELUI ȘI REGIUNEA SACRATĂ

- Așezați pacientul în poziție de decubit lateral, fiind susținut de o altă nursă
- Mutați mușamaua 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
- 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 blande 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

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 veți controla dacă s-a făcut corect
- Înlocuiți apa, mănua de baie și prosopul cu altele curate
- Imbrăcați 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
- Imbrăcați 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 OBSERVAȚII EVENTUALE MODIFICĂRI (ROȘEAȚĂ/ IRITAȚIE)

INGRIJIREA PĂRULUI PRIN SPĂLARE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea igienei părului și a stării de bine a pacientului
- Indepărtarea 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
- 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) șezand, pe scaun cu spatele sau cu fața spre lavoar (sau în picioare aplecat deasupra lavoarului)
 - 2) șezand 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 mainile și îmbrăcați mănușile
- Proceedați în continuare în funcție de poziția aleasă și starea pacientului

Cu pacientul în poziție șezand

- Așezați pacientul pe un scaun sau în fața lavoarului

Cu pacientul în poziție de decubit

- Rulați puțin patul 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 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 varful degetelor și spălați de 2-3 ori
- Limpeziți cu multă apă
- Acoperiți părul cu un prosop cald și ștergeți bine

INGRIJIREA 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 solicită

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Indepărtați apa murdară și materialele folosite
- Curățați și dezinfectați materialele folosite, așezați-le la locul de păstrare
- Indepărtați mănușile și spălați mainile

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

2. MOBILIZAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea complicațiilor
- Stimularea tonusului fizic și psihic

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cadru mobil
- Agățători
- Baston
- Carje



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

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 pronație - mobilizați toate articulațiile cu blândete
 - Comunicați cu pacientul pentru a afla dacă are dureri și observați faciesul
 - Masați membrele în sensul circulației de întoarcere
 2. Ridicarea în poziție șezând
 - a) În pat
 - Ajuțați pasiv pacientul să se ridice și sprijiniți-l cu perne sau folosiți rezemătorul 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 gatul dumneavoastră
 - Rotiți picioarele pacientului într-un unghi de 90° și lăsați-le să atarne ușor la marginea patului
 - Observați faciesul pacientului
 - Executarea de către 2 persoane
 - Așezați-vă spre capul pacientului și introduceți mainile sub omoplați
 - Rugați ajutorul să introducă mainile 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 rezemătoarea laterală lipită de marginea patului
 - Așezați-vă în fața pacientului și introduceți mainile 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 încăpere)
 - 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
- Incurajați pacientul să se ridice și să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Observați starea pacientului
- Așezați pacientul în poziție comodă
- Intindeți lenjeria pentru a preveni apariția escarelor

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Așezați materialele folosite în locurile de depozitare
- Spălați mainile

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
- Incurajați pacientul
 - acordați-i mai mult timp
 - asigurați-l că sunteți acolo pentru a-l ajuta
- acționați cu blândțe
- Reduceți durata mobilizării (dacă pacientul se simte slăbit sau are amețeli)

TRANSPORTUL ȘI ÎNSOȚIREA PACIENȚILOR

Mijloace de transport

În funcție de gravitatea afecțiunii, de scopul transportului, de distanță, transportul se face cu:

- brancarda (targa)
- carucior
- fotoliu și pat rulant
- cu mijloace improvizate în caz de urgență.
- cu vehicule speciale: autosalvări, avioane sanitare.



Transportul cu targa

- Pregatirea targii
 - targa se acopera cu o patura si cu un cearsaf; la nevoie, se acopera cu musama si aleza; perna subtire.
- Asezarea pacientului pe targa
 - pacientul va fi asezat cu privirea in directia mersului (trebuie sa vada unde merge)
 - la urcatul scarilor, brancardierul din urma va ridica pana la nivelul orizontal; daca panta este prea accentuata, se poate duce pacientul, la urcus , cu capul inainte.
 - de asemenea daca pacientul trebuie supravegheat tot timpul , este mai bine ca acesta sa fie dus cu capul inainte, pentru ca, stand fata in fata cu brancardierul, sa poata fi supravegheat.
 - in principiu, pacientul va fi prins cu atentie si transportat conform indicatiilor.
- Executia
 - targa este tinuta de cele doua extremitati de catre doi brancardieri, doar de cate un singur maner astfel incat targa sa atarne de-a lungul marginii patului.
 - asezarea pacientului pe targa necesita trei persoane: acestea se vor aseza de-a lungul patului de partea targii atarnate.
 - isi introduce mainile, cu palma si degetele intinse, sub pacient.
 - prima: sustine capul si toracele, sprijinind ceafa pacientului pe antebrat.
 - a doua : sprijina pacientul in regiunea lombara si sub sezut.
 - a treia: sustine membrele inferioare.
 - Prima persoana comanda miscarile:
 - ridica deodata pacientul.
 - dupa ce acesta a fost ridicat, face un pas inapoi.

- brancardierii ridica si cealalta margine a targii, aducand-o in pozitie orizontala sub pacient.
- se aseaza pacientul pe targa, se acopera.
- Descarcarea se face dupa aceasi metoda, dar cu miscarile inverse.

Pozitia pacientului pe targa in functie de afectiune

In decubit dorsal

- pacientii cu traumatisme abdominale, cu genunchi flectati
- accidentatii constientii, suspectii de fractura a coloanei vertebrale sau a bazinului; se asigura suprafata rigida
- leziuni ale membrului inferior: sub membrul lezat, se aseaza o perna
- leziuni ale membrului superior: membrul superior lezat se aseaza peste toracele pacientului; eventual se fixeaza cu o esarfa
- accidentatii in stare de soc cu hemoragie: cu membrele inferioare ridicate.

In pozitie sezand:

- pacientii cu traumatisme craniene, constienti si fara semne de soc: mentinuti cu ajutorul pernelor
- leziuni ale gatului: capul va fi flectat, astfel incat regiunea mentoniana sa atinga toracele

In pozitie semisezand:

- accidentatii toraco-pulmonar
- pacientii cu insuficienta cardiorespiratorie
- accidentatii cu leziuni abdominale (pozitia Fowler), cu genunchii flectati

In decubit lateral:

- pacientii in stare de coma,inconstienti

In decubit ventral:

- pacientii cu leziuni ale fetei (craniofaciale): sub fruntea lor se aseaza un sul improvizat din cearsafuri, sau antebratul flectat al traumatizatului
- cu leziuni ale spatelui sau regiunii fesiere

In decubit semiventral:

- pacientii inconstienti, iar in caz de tulburari de deglutitie sau hipersecretie salivara, in pozitia Trendelenburg, pentru a prevenii acumularea si aspirarea secretiilor

In pozitie Trendelenburg, cu inclinarea maxima de 10-15 grade

- accidentatii in stare de soc
- in colaps periferic, pentru a asigura un aport mai mare de sange in organele vitale

CURĂȚENIA

Obiective:

Curățenia este o etapă preliminară obligatorie, permanentă și sistemică în cadrul oricărei activități sau proceduri de îndepărtare a murdăriei (materie organică și anorganică) de pe suprafețe (inclusiv tegumente) sau obiecte, prin operațiuni mecanice sau manuale, utilizându-se agenți fizici și/sau chimici, care se efectuează în unitățile sanitare de orice tip, astfel încât activitatea medicală să se desfășoare în condiții optime de siguranță.

Curățenia este cea mai răspândită metodă de decontaminare utilizată în unități sanitare prin care se îndepărtează microorganismele de pe suprafețe, obiecte sau tegumente odată cu îndepărtarea prafului și substanțelor organice.

Aplicarea rațională a metodelor de curățenie a suprafețelor încăperilor, obiectelor și echipamentelor poate realiza o decontaminare de 95-98 %, foarte apropiată de cea obținută printr-o dezinfectie eficientă. Curățenia reprezintă rezultatul aplicării corecte a unui program de curățare.

Suprafețele și obiectele pe care se evidențiază macro- sau microscopic materii organice ori anorganice se definesc ca suprafețe și obiecte murdare. Curățarea se realizează cu detergenți, produse de întreținere și produse de curățat.

Urmărirea și controlul programului de curățare revin personalului unității sanitare, care, conform legislației în vigoare, este responsabil cu supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale din unitate.

METODE GENERALE DE EFECTUARE A CURĂȚENIEI

SPĂLAREA, ȘTERGEREA, ASPIRAREA, PERIEREA

Prin **spălare** sunt îndepărtate, concomitent cu procedurile mecanice, pulberile și substanțele organice. Spălarea se realizează prin folosirea de apă caldă și detergenți.

Condiții de eficacitate:

- asocierea spălării cu metode mecanice: agitare, periere, frecare;
- respectarea timpilor de înmuiere și de spălare (în funcție de puterea de spălare a apei, de mijloacele mecanice utilizate și de obiectul supus spălării);
- spălarea trebuie urmată de clătire abundentă.

Spălarea poate fi simplă (ex.: în igiena individuală, spălarea mâinilor, curățenia pavimentelor și a mobilierului) sau asociată cu un ciclu de dezinfecție prin căldură umedă (ex.: utilizând mașini de spălat pentru lenjerie, veselă, sau cu program inclus de spălare și dezinfecție, etc.) și se completează cu o dezinfecție chimică.

Prin **ștergerea umedă** a suprafețelor (ex.: lambriuri, mobilier) se realizează îndepărtarea microorganismelor.

Condiții de eficacitate: utilizarea de lavete (ștergătoare) curate; umezirea lor cu soluții proaspete de produse etichetate și avizate/autorizate de Ministerul Sănătății și Familiei ca detergent, detergent dezinfectant; schimbarea frecventă a lavetelor și a apei de ștergere. La sfârșitul operațiunii se efectuează decontaminarea lavetelor utilizate.

Aspirarea. Curățenia prin aspirare este recomandabilă numai cu aspiratoare cu proces umed, a căror construcție permite curățarea și dezinfecția lor și menținerea uscată după utilizare.

Metode combinate. Pentru curățenia pavimentelor și a mochetelor (este recomandată limitarea utilizării lor în spațiile unităților sanitare) pot fi utilizate aparate care realizează spălarea și aspirarea umedă.

Alte metode de curățenie. În anumite cazuri se pot utiliza măturatul sau periatul umed, metode care au eficacitate redusă. Nu se recomandă măturatul uscat, sau scuturatul, în încăperi, locuri circulate sau aglomerate.



REGULI FUNDAMENTALE ÎN UTILIZAREA PRODUSELOR FOLOSITE ÎN ACTIVITATEA DE CURĂȚENIE

- Folosirea doar a produselor avizate/autorizate de Ministerul Sănătății/Ministerul Sănătății și Familiei pentru utilizare în sectorul sanitar.
- Respectarea tuturor recomandărilor producătorului.
- Respectarea regulilor de protecție a muncii (purtarea mănușilor, ochelarilor de protecție, echipamentelor impermeabile, etc.).
- Etichetarea și închiderea ermetică a recipientelor. Eticheta trebuie să conțină: numele produsului, termenul de valabilitate, diluția de lucru, data la care s-a făcut diluția, perioada de utilizare a produsului diluat menținut în condiții adecvate (cu specificare pentru ceea ce înseamnă "condiții adecvate").

- NU este permis amestecul produselor! Există riscul unor reacții chimice periculoase pentru cel care le manipulează, precum și riscul de inactivare și incompatibilitate.
- NU este permisă utilizarea ambalajelor alimentare pentru produsele de întreținere a curățeniei!
- Distribuirea produselor la locul de utilizare (pe secții / compartimente) în ambalajul original.
- Asigurarea rotației stocurilor, pentru înscrierea în temenele de valabilitate.
- NU este permisă aruncarea ambalajelor goale, decât după ce au fost curățate sau / și neutralizate.

CURĂȚENIA ȘI DEZINFECȚIA ÎN UNITĂȚILE SANITARE

Materialele si produsele pentru curățenie

Materialul de intretinere a curateniei trebuie utilizat la maximum de eficienta respectand regulile de igiena pentru ca operatiunile de curatenie si dezinfectie sa-si atinga scopul, acela de a elimina microorganismele.

Material :

- maturi, perii, mopuri
 - cu ajutorul lor se realizeaza indepartarea prafului si a gunoiului de pe pavimente
- carucior pentru curatenie



- permite aranjarea si transportul tuturor materialelor si produselor de intretinere necesare curateniei zilnice.

Se manevreaza usor, este ergonomic, igienic pentru manipulator. Utilizarea sa permite realizarea unei bune spalari.

- aspirator – se recomandă numai aspiratoare cu proces umed a căror construcție permite curățarea și dezinfecția lor.
- manusi de menaj, manuşă de unică folosință.

Produse de intretinere pentru curatenie și dezinfecție

Întreținerea spațiilor din unitatile sanitare are drept scop realizarea curateniei vizuale, esteticii spațiilor, intretinerea acestora, dar si a dezinfecției.

! Actiunile de curatenie trebuie sa realizeze mentinerea continua in stare curata a suprafetelor.

Aceste operatii fizico-chimice se efectueaza cu ajutorul detergentilor și a dezinfecțanților. Pentru intretinerea zilnica a curateniei se recomanda utilizarea de detergenti si detergenti - dezinfecțanti. Rezultatele operatiilor de curatenie si dezinfecție depind de cunoasterea produsului folosit si de respectarea conditiilor de utilizare ale acestuia.

SPĂLAREA

- Sunt necesare doua galeți: una pentru curatat care sa contina amestec de apa calda cu detergent si una cu apa simpla pentru a spală si stoarce mopul cat mai frecvent;
 - Spalarea începe de la geam către ieșire, mopul se manevrează in forma literei S;
 - Se introduce mopul in găleata cu apa cu detergent, se spala pavimentul pe o parte din suprafata si apoi se introduce mopul in găleata cu apa simpla si se clătește, apoi se stoarce; se repeta procedeul pana se termina întreaga suprafata.

CLĂTIREA

▪ Se arunca apa folosita la spălare, se spală bine galetile si apoi se clătesc; se pune apa simpla in galeti si se clătește suprafața in același mod ca la spălare;

- Se lasa sa se usuce;
- Se spala si clătesc galetile.

DEZINFECȚIA

- Vom folosi produse dezinfectante pentru suprafețe,
- Se prepară soluția de dezinfectant în concentrația recomandată de producător;
- Se aplică pe suprafață și apoi se introduce mopul in găleata cu apa simpla si se clătește, apoi se stoarce; se repeta procedeul pana se termina întreaga suprafața.
- Se verifica aspectul estetic al salonului, se inchide fereastra, se saluta bolnavul.

ATENȚIE !

✓ Trebuie să existe galeti separate pentru saloane (apa se schimba la fiecare salon), pentru grupuri sanitare se folosesc alte galeti de culoare diferita sau marcate diferit, pentru holuri sunt alte galeti; de asemenea si mopuri separate pentru saloane, grupuri sanitare, holuri;

✓ După terminarea curateniei si dezinfectiei, toate galetile si mopurile folosite sunt spalate si dezinfectate, uscate si pastrate in locuri special amenajate;

Pentru pereti, geamuri, calorifere, mobilier – se respecta aceleasi etape: spalarea cu apa calda si detergent, clătire, dezinfectie. Se pastreaza aceleasi reguli ca la pavimente.

ATENȚIE !

- ✓ se folosesc lavete separate, de culori diferite la mobilierul din saloane, la chiuvetele din saloane, altele pentru grupurile sanitare.

Personalul care efectueaza curatenia si dezinfectia este obligat sa poarte manusi de unica folosinta nesterile sau de menaj la efectuarea curateniei si dezinfectiei.

Este obligatorie spalarea si dezinfectia mainilor dupa scoaterea manusilor.

Reguli de intretinere a ustensilelor de curatenie:

- zilnic, dupa fiecare operatiune de curatenie si la sfarsitul zilei de lucru ustensilele utilizate vor fi spalate, curatate, dezinfectate (decontaminate) si uscate;
- personalul care executa operatiunile de curatenie si decontaminare a materialelor de curatenie va purta manusi de menaj sau manusi de latex nesterile;
- decontaminarea (curatarea si dezinfectia) materialelor de curatenie se efectueaza la sfarsitul operatiunii de curatenie pe sectie.

Depozitarea produselor și a ustensilelor folosite la efectuarea curățării se face respectându-se următoarele:

- a) în unitatea sanitară, la nivel central, trebuie să existe spații special destinate depozitării produselor și ustensilelor aflate în stoc, folosite în procesul de efectuare a curățării;
- b) spațiile trebuie să asigure menținerea calității inițiale a produselor până la utilizare;
- c) spațiile de depozitare trebuie să îndeplinească următoarele condiții:
 - pavimentul și pereții trebuie să fie impermeabili și ușor de curățat;
 - zona de depozitare trebuie să permită aranjarea în ordine a materialelor de curățare și accesul ușor la acestea;
 - trebuie să existe aerisire naturală;
 - trebuie să existe iluminat corespunzător;
 - gradul de umiditate să fie optim păstrării calității produselor;

d) în fiecare secție sau compartiment trebuie să existe încăperi special destinate depozitării produselor și ustensilelor utilizate pentru efectuarea curățării, aflate în rulaj, și pentru pregătirea activității propriu-zise;

e) încăperile de depozitare de pe secții, respectiv compartimente, trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

- pavimentul și pereții trebuie să fie impermeabili și ușor de curățat;
- trebuie să existe aerisire naturală;
- trebuie să existe iluminat corespunzător;

f) locul de organizare a activității, sursa de apă și suprafața zonei de depozitare trebuie să permită aranjarea în ordine a materialelor de întreținere;

g) trebuie să existe chiuvetă cu apă potabilă rece și caldă, dotată pentru igiena personalului care efectuează curățarea.

h) trebuie să existe pubelă și saci colectori de unică folosință pentru deșeuri, conform legislației în vigoare.

TEHNICA EFECTUĂRII CURĂȚENIEI ÎN SALOANE

- se bate la usa salonului, se deschide usa, se saluta bolnavul, se invelste bolnavul, se deschide geamul pentru a se aerisi;
- caruciorul pentru curatenie se lasa afara pe coridor;
- se face ordine in salon :
- se sterge de praf mobilierul cu o laveta imbibata in solutie de detergent - dezinfectant : corpul de iluminat, tablile patului, blatul mesei pe care se serveste mancarea, noptiera, masa de scris si scaunele;
- laveta se clateste dupa stergerea fiecarui element de mobilier;
- se sterg de praf celelalte suprafete orizontale;
- daca este cazul, se sterg peretii, geamurile, usile;
- cu o laveta imbibata in solutie de detergent - dezinfectant se sterg intrerupatorul electric si clanțele de la uși;
- se curata grupul sanitar : oglinda, suportul pentru prosop chiuveta, suportul pentru hartia igienica si vasul de toaleta cu accesoriiile;
- se sterge umed pavimentul si se strang deseurile din interiorul salonului, se goleste cosul de gunoi si se curata; se pune in cos un sac (unica .folosinta). destinat pentru reziduurile menajere . Deseurile provenite din salon se strang in spatiul special destinat colectarii temporare din sectie.



ATENȚIE !

Spălarea se realizează prin folosirea de apă caldă și detergent. Apa caldă la 35 – 45 grade C are o putere de spălare superioară apei reci deoarece are o putere mai mare de emulsionare și dizolvare.

- se spala si dezinfecteaza pavimentul

În zonele în care pacienții primesc îngrijiri medicale, pe suprafețele contaminate cu sânge și/ sau alte fluide biologice, se toarnă dezinfectantul adecvat pentru a înmuia si distruge eventualele agenți patogeni, se lasă un timp de contact, apoi se curăță și dezinfectează.

- se verifica aspectul estetic al salonului, se inchide fereastra, se saluta bolnavul.

CIRCUITUL LENJERIEI

Materialele textile și mai ales lenjeria pot constitui un factor important în răspandirea infecțiilor intraspitalicești atunci când sunt în cantități insuficiente, când nu sunt schimbate la timp sau cand nu li se asigură un circuit corespunzător.

Pentru a evita riscurile de răspandire a germenilor patogeni prin textile, măsurile se vor concentra pe:

- colectarea lenjeriei murdare,
- transportul lenjeriei murdare,
- dezinfectia și spălarea corespunzătoare,
- transportul,
- depozitarea corectă a lenjeriei curate,
- și evitarea contaminării.

La nivelul secției lenjeria murdară se schimbă săptămânal sau ori de câte ori este nevoie și niciodată mai târziu de 7 zile de la internare sau schimbarea anterioară. Se colectează la locul de producere a lenjeriei murdare (în salon) în saci curați, special destinați. Lenjeria cu un grad excesiv de umiditate se colectează în saci de material plastic sau impermeabilizați.

Depozitarea temporară la nivelul secției se face pentru un timp cat mai scurt în spații special destinate lenjeriei murdare, de unde se transportă pe un circuit stabilit pana la spălătorie cu ajutorul carucioarelor sau a toboganelor. Circuitul lenjeriei murdare nu are voie sa se intersecteze cu circuitul lenjeriei curate.

Personalul care asigură transportul lenjeriei murdare v-a purta alte halate pentru această activitate față de cele pe care la utilizează pe secție. După predarea lenjeriei murdare personalul v-a dezinfecta căruciorul utilizat pentru transport, își va schimba echipamentul și își v-a spăla și dezinfecta mainile.

Lenjeria contaminată cat și lenjeria provenită de la pacienții contagioși va fi separat colectată și transportată la spălătorie, unde va fi supusă dezinfectiei chimice înainte de spălare.

Spălătoriile secțiilor sau unităților de boli transmisibile vor fi complet separate față de spălătoriile celorlalte secții sau unități sanitare.

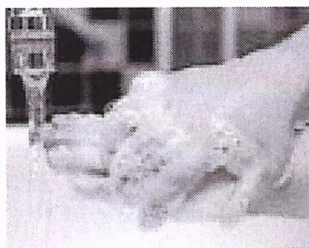
Dezinfectia chimică a acesei lenjerii se face fie prin submerjare în soluția de dezinfectant (se vor folosi 4 litri de soluție la 1 Kg de lenjerie) fie prin folosirea unor mașini de spălat automate cu program de dezinfectie inclus (aceasta necesitând parcurgerea celor 2 pași: predezinfectie inițială și dezinfectie finală).

Spălătoriile se organizează pe două compartimente: curat, murdar izolate între ele, fără încrucișarea și contactul lenjeriei curate cu cea murdară.

Trasportul lenjeriei curate în secții se face în saci curați, alții decât cei cu care se transportă lenjeria murdară.

Pentru materialele textile utilizate în spital: saltele, perne, păaturi care nu intră în fluxul rufăriei, deci nu se prelucrează termic ceea ce duce la acumularea și la creșterea încărcăturii microbiene, dezinfectia se face prin pulverizare sau vaporizare în camere speciale, spații etanșeizate sau saloane odată cu dezinfectia terminală aplicată în aceste spații.

Spălatul mâinilor



Spălarea mâinilor – procedura prin care se elimina murdăria si se reduce flora microbiana. tranzitorie prin acțiune mecanica, utilizând apa si săpun.

Spălarea mâinilor se face cat mai atent după contactul cu:

- fiecare pacient,
- cu sange sau alte fluide biologice,
- echipamente, aparatură contaminată cu sânge,
- după îndepărtarea mănușilor,
- la intrarea in serviciu si la plecare ;

- la intrarea si la ieșirea din salon ;
- înainte si după examinarea fiecărui bolnav ;
- înainte si după aplicarea unui tratament ;
- înainte si după efectuarea de investigații ;
- după scoaterea mânușilor ;
- după scoaterea măști
- înainte de distribuirea alimentelor si a medicamentelor ;
- după folosirea batistei ;
- după folosirea toaletei ;
- după trecerea mâinii prin par ;
- după activități administrative ,gospodărești.