SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN
DE URGENȚĂ
"SF. SPIRIDON" IAȘI
Nr.
Data

TEMATICA ȘI BIBLIOGRAFIE

INGRIJITOARE

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN
DE URGENȚĂ
"SF. SPIRIDON" IAȘI
Nr. 5467
Data 12 IUL. 2021

INGRIJITOAREA ŞI LOCUL EI DE MUNCĂ

Ingrijitoarea asigură îngrijirea pacientului, participă la menţinerea unui climat optim care să uşureze viaţa pacienţilor, asigura alimentaţia la pat a pacienţilor nedeplasabili, aranjează şi schimbă lenjeria de pat şi corp, menţine contactul cu pacienţii şi îi încurajează, prin crearea unei atmosfere de confort şi încredere, asigură aplicarea principiilor de dezinfecţie, acordă primul ajutor în caz de urgenţe medicale, catastrofe naturale, asigura transportul decedaţilor.

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

Ingrijitoarea trebuie să rămână calmă şi calculată, îndeosebi în situaţii de criză, chiar şi în faţa tragediei. Calitatea serviciilor ei nu trebuie alterată prin atribuirea unui caracter personal durerii bolnavului. Pot apare situaţii neprevăzute, starea de sănătate a bolnavului se poate înrăutăţi rapid şi atunci ingrijitoarea trebuie să fie lucidă, stăpână pe sine, acţionând în interesul bolnavului.

Aceasta profesie presupune de cele mai multe ori flexibilitate, răbdare şi rezistenţă fizică.

Dorinţa de a ajuta, împreună cu o atitudine pozitivă, înţelegătoare, empatie sunt calităţile pe care trebuie să le aibă o ingrijitoare pentru a face faţă acestui job.

Ingrijitoarea îşi exercită activitatea în mediu spitalicesc sau extraspitalicesc, în sectorul medical, medico-social sau social.

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

Petrecând majoritatea timpului de muncă printre bolnavi, în condiţii de muncă încordată şi de cele mai multe ori în mediu infecţios, trebuie să-şi organizeze în aşa fel modul de viaţă încât sa suporte cu uşurinţă eforturile cerute de munca profesională.

Ingrijitoarea trebuie să acorde o grijă deosebită igienei sale personale. Ea trebuie să fie exemplu de curăţenie, nu numai în serviciu,ci şi acasă. Baia zilnică este obligatorie. Exteriorul ei trebuie să fie corect şi 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.

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

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

Îmbrăcămintea de protecţie şi ţinuta

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

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

Îmbrăcarea, dezbrăcarea şi păstrarea echipamentului se vor face în aşa 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 numar minim de zile, în schimb durata maximă nu poate depăşi 3 zile. Echipamentul trebuie schimbat imediat ce se murdăreşte .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. Curăţenia halatului, ţinuta îngrijită reuşesc de la bun început să trezească increderea bolnavilor. Este foarte important ca exteriorul curat al personalului să se păstreze şi pe timpul turelor de noapte.

ATRIBUŢIILE INGRIJITOAREI

1. Efectuează igienizarea spaţiilor aflate in subordinea sa, in care se află pacintii (saloane, rezerve şi dependinţe):
   - Camera persoanei îngrijite şi dependinţele sunt igienizate permanent pentru încadrarea în parametrii prevăzuţi de normele igienico-sanitare specifice.
   - Activitatea de igienizare şi curăţenie este efectuată conform normelor igienico sanitare.
   - Igienizarea camerei este efectuată periodic prin utilizarea materialelor de igienizare specifice.
   - Igienizarea circuitelor funcţionale este respectată cu stricteţe pentru prevenirea transmiterii infecţiilor.
   - Îndepărtarea reziduurilor şi resturilor menajere este efectuată cu conştiinciozitate, ori de câte ori este necesar.
   - Reziduurile şi resturile menajere sunt depozitate în locurile special amenajate.
2. Răspunde de curaţenia şi dezinfecţia sectorului repartizat
3. Răspunde de utilizarea şi păstrarea in bune condiţii a ustensilelor folosite ce le are personal in grijă, precum şi a celor care se folosesc in comun şi le depozitează in condiţii de siguranţă.
4. Efectuează ingrijiri de igienă corporală a pacientului
   - Îngrijirile corporale sunt efectuate cu îndemânare conform tehnicilor specifice
   - Baia totală/parţială este efectuată periodic sau ori de câte ori este necesar
   - Îngrijirile corporale sunt acordate cu conştiinciozitate pentru prevenirea infecţiilor şi a escarelor.
   - Îmbrăcarea/dezbrăcarea persoanei îngrijite este efectuată cu operativitate conform tehnicilor specifice.
5. Menţine igiena lenjeriei persoanei ingrijite:
   - Efectueaza schimbarea lenjeriei patului ocupat/neocupat ori de cate ori este nevoie.
   - Schimbarea lenjeriei este efectuată cu îndemânare pentru asigurarea confortului persoanei asistate.
   - Accesoriile patului (masuţe de servit la pat,somiere etc.) sunt adaptate cu operativitate la necesităţile imediate ale persoanei îngrijite.
6. Colectează şi transportă lenjeria şi rufele murdare:
   - Respectă modul de colectare şi ambalare a lenjeriei murdare in funcţie 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 colecteaza şi ambalează la locul de producere,in aşa fel incât să fie cât mai putin manipulată şi scuturată,in scopul prevenirii contaminării aerului,a personalului şi a pacienţilor.

   - Controlează ca lenjeria pe care o colectează să nu conţină obiecte inţepătoare-tăietoare şau alte deşeuri
   - 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 intr-un spatiu in care pacienţii şi 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 secţia clinică in saci noi.
   - Depozitarea lenjeriei curate pe secţii se face in spaţii speciale destinate şi amenajate,ferite de praf,umezeală şi vectori.
   - Depozitează şi manipulează corect,pe secţie,lenjeria curată,respectand codurile de procedură privind igiena personală şi va purta echipamentul de protecţie adecvat.
8. Ţine evidenţe la nivelul secţiei,a lenjeriei predate şi a celei ridicate de la spălătoria unităţii.
9. Transporta alimentele de la oficiu/bloc alimentar la masa/patul persoanei ingrijite:
   - Alimentele sunt transportate respectând cu rigurozitate regulile de igienă.
   - Distribuirea alimentelor la patul bolnavului se face respectand dieta indicată.
   - Transportarea şi manipularea alimentelor se face folosind echipamentul pentru servirea mesei,special destinat acestui scop (halat,manusi de bumbac...) cu respectarea normelor igienico-sanitare in vigoare.
   - Inlatura resturile alimentare pe circuitul stabilit.
10. Pregateste persoana ingrijita dependenta pentru alimentare si hidratare:
    - Aşezarea persoanei îngrijite se face într-o poziţie confortabilă pentru a putea fi hrănit şi hidratat,corespunzător recomandărilor şi indicaţiilor specialiştilor.
    - Masa este aranjată ţinând cont de criteriile estetice şi de particularităţile persoanei îngrijite.
11. Ajuta persoana ingrijita la activitatea de hranire si hidratare:
    - Sprijinul necesar hrănirii persoanei îngrijite se acordă pe baza evaluării autonomiei personale în hrănire şi a stării de sănătate a acesteia.
    - Sprijinirea persoanei îngrijite pentru hidratare este realizată cu grijă prin administrarea cu consecvenţă a lichidelor.
    - Sprijinirea persoanei îngrijite pentru alimentare se face cu operativitate şi îndemânare pe tot parcursul hrănirii.
    - Acordarea de ajutor pentru alimentarea şi hidratarea persoanelor îngrijite ţine seama atât de indicaţiile medicului,de starea pacientului cât şi de preferinţele,obiceiurile,tradiţiile alimentare ale acestora.
    - Alimentarea persoanei ingrijite dependente se face sub supravegherea asistentei medicale de salon.
12. Igienizează vesela persoanei îngrijite:
    - Vesela persoanei îngrijite este curăţată şi dezinfectată conform normelor specifice,ori de câte ori este necesar pentru întreruperea lanţului epidemiologic.
    - Vesela persoanei îngrijite este igienizată după fiecare întrebuinţare, prin utilizarea materialelor de igienizare specifice.
13. Ajuta persoana ingrijită la satisfacerea nevoilor fiziologice:
    - Însoţeşte persoana îngrijită la toaleta în vederea satisfacerii nevoilor fiziologice.
    - Deserveşte persoana imobilizată cu urinare,bazinete,taviţe renale etc.,conform tehnicilor specifice.
    - Persoana îngrijită este ajutată/asistată cu calm la satisfacerea nevoilor fiziologice.
14. Efectuează mobilizarea:
    - Mobilizarea persoanei îngrijite se efectueaza conform tipului şi timpului stabilit de echipa medicală.
    - Mobilizarea este adaptată permanent la situaţiile neprevăzute apărute în cadrul îngrijirilor zilnice.
    - Efectuează mobilizarea prin acordarea sprijinului la mobilizare.
    - Frecvenţa şi tipul de mobilizare sunt adaptate permanent la necesităţile persoanelor îngrijite.
    - Mobilizarea persoanelor îngrijite este efectuată prin utilizarea corectă a accesoriilor specifice.

15. Comunică cu persoana îngrijită folosind forma de comunicare adecvată şi utilizând un limbaj specific:
    - Caracteristicile comunicării cu persoana îngrijită sunt identificate cu obiectivitate în vederea stimulării schimbului de informaţii.
    - Limbajul specific utilizat este în concordanţă cu abilităţile 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 şi educaţionale ale acestuia.
16. La terminarea programului de lucru va preda pacienţii infirmierei din urmatorul schimb pentru a se asigura de continuitatea îngrijirilor.
17. Ajuta la transportul persoanelor ingrijite:
    - 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 îngrijite se face cu grijă,adecvat specificului acesteia.
    - Aşteptarea finalizării investigaţiilor persoanei îngrijite se face cu corectitudine şi 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.
    - Dezinfecţia spaţiului 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 coreta 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. Poarta echipamentul de protectie prevazut de regulamentul de ordine interioara, care va fi schimbat ori de cate ori este nevoie, pentru pastrarea igienei si a aspectului estetic personal.
29. Declara imediat asistentei sefe orice imbolnavire acuta pe care o prezinta precum si bolile transmisibile aparute la membrii familiei sale.
30. Isi desfasoara activitatea in echipa respectand raporturile ierarhice si functionale.
31. Respecta « Drepturile pacientului » conform Ordinului MS 46/21.01.2003.
32. Nu are dreptul sa dea relatii privind starea pacientului.
33. Dezvoltarea profesionala in corelatie cu exigentele postului:
    - autoevaluare
    - cursuri de pregatire/perfectionare
34. Respecta indeplinirea conditiilor de igiena individuala efectuand controlul periodic al starii de sanatate pentru prevenirea bolilor transmisibile si inlaturarea pericolului declansarii unor epidemii (viroze respiratorii,infectii cutanate,diaree,tuberculoza,etc.).
35. Respecta regulamentul intern al spitalului.
36. Respecta programul de lucru de 8 ore,programul turelor de servici si programarea concediului de odihna.
37. Se prezinta la serviciu cu deplina capacitate de munca pentru a efectua servicii la parametrii de calitate impusi de sectie.
38. La inceputul si sfarsitul programului de lucru semneaza condica de prezenta.
39. Respecta ordinea si disciplina la locul de munca, foloseste integral si cu maxima eficienta timpul de munca.
40. In functie de nevoile sectiei va prelua si alte puncte de lucru.
41. Respecta si isi insuseste prevederile legislatiei din domeniul sanatatii si securitatii in munca (Legea 319/2006).
42. Se va supune masurilor administrative in ceea ce priveste neindeplinirea la timp si intocmai a sarcinilor prevazute in fisa postului.

ALIMENTAREA ACTIVĂ ŞI PASIVĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Asigurarea necesităţilor calorice şi calitative in funcţie de varsta şi starea organismului
- Favorizarea procesului de vindecare, consolidarea rezultatelor terapeutice şi prevenirea cronicizării unor imbolnăviri

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Veselă şi tacamuri
- Cană simplă
- Cană specială cu cioc sau in funcţie de starea pacientului, tub pentru administrarea lichidelor
- Tavă, cărucior pentru alimente
- Alimente conform regimului recomandat
- Şervetele de masă
- 2 prosoape (şervete) pentru protecţia lenjeriei de corp şi pat

PREGĂTIREA PACIENTULUI
CULEGEŢI DATE DESPRE:

- Afecţiune, regim, orarul meselor, repartizarea alimentelor pe mese
- Posibilităţile de mobilizare, dacă pacientul este imobilizat, dacă are indicaţie de repaus
- Posibilitatea de a-şi folosi membrele superioare şi nivelul de autonomie (se poate alimenta singur-activ, sau este alimentat de altă persoană- pasiv)

- Efectuarea unor examene care impun un anumit regim sau restricţii alimentare inainte sau după acestea
- Administrarea unor medicamente inainte, in timpul mesei sau după masă
- Preferinţele alimentare ale pacientului

a) PSIHICĂ:

- Stimulaţi autonomia
- Explicaţi pacientului importanţa alimentaţiei şi a respectării regimului pentru evoluţia favorabilă a bolii

b) FIZICĂ:

- Respectaţi recomandările cu privire la mobilizarea ei asiguraţi pacientul de ajutorul dumneavostră
- Ajutaţi pacientul să se spele pe maini
- Aşezaţi pacientul intr-o poziţie confortabilă in raport cu starea sa generală:
    - Şezand la masă in salon sau in pat
    - Semişezand pentru pacientul care se poate ridica puţin
    - In decubit lateral stang dacă pacientul este dreptaci, cu capul uşor ridicat

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificaţi dacă sunt indeplinite condiţiile pentru servirea mesei: salonul este aerisit, au fost indepărtate ploştile şi urinarele, nu se fac tratamente, nu se face curat in salon
- Identificaţi pacientul şi regimul alimentar recomandat
- Ajutaţi pacientul să-şi spele mainile
- Pregătiţi alimentele pe o tavă acordand atenţie aspectului estetic
- Imbrăcaţi un halat curat

a)Alimentarea activă

Servirea mesei la pat in poziţie şezand sau semişezand

- Aşezaţi pacientul in poziţie confortabilă
- Protejaţi lenjeria pacientului cu ajutorul unui prosop dacă este cazul
- Aşezaţi tava cu alimente in faţa pacientului sau adaptaţi o masuţă specială
- Ajutaţi pacientul să taie alimentele dacă este necesar
- Observa i dac pacientul consum ţ ă ă toate alimentele

Alimentarea activă la pat in poziţie de decubit lateral

- Aşezaţi pacientul in decubit lateral lăsand liber braţul dominant (de obicei drept)
- Ridicaţi uşor capul pacientului şi protejaţi patul pacientului cu un prosop curat
- Aşezaţi sub bărbia pacientului un prosop curat
- Puneţi tava cu alimente pe marginea patului, pe un taburet sau pe noptieră aşa incat pacientul să vadă ce mănancă
- Taiaţi alimentele in bucăţi mici
- Ajutaţi pacientul să bea lichide prin sucţiune sau cu ajutorul unei căni speciale

b) Alimentaţia pasivă

- Aşezaţi pacientul in poziţie şezand (dacă are membrele superioare afectate) sau semişezand (dacă este imobilizat, adinamic, epuizat, in stare gravă)
- Protejaţi lenjeria de pat şi de corp folosind prosoape curate
- Plasaţi tava cu alimente pe noptieră, pe un taburet sau pe o măsuţă adaptabilă la pat
- Asezaţi-vă in partea dreaptă a pacientului (de regulă) pe un scaun, verificaţi
- temperatura alimentelor
- Ridicaţi cu o mană (stanga) capul bolnavului cu pernă şi administraţi supa cu lingura pe jumătate plină
- Asiguraţi-vă că pacientul a inghiţit inainte de a administra o nouă cantitate

- Rezervaţi-vă suficient timp pentru a putea face mici pauze dacă este nevoie
- Tăiaţi alimentele in bucăţi mici fără să le atingeţi cu mana
- Incurajaţi pacientul să consume alimentele purtand o discuţie agreabilă
- Folosiţi linguriţa dacă pacientul este in stare foarte gravă sau are tulburări de deglutiţie
- Observaţi permanent faciesul pacientului

INGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul in poziţie comodă dacă nu poate singur
- Refaceţi patul, indepărtaţi eventualele firmituri sau schimbaţi lenjeria dacă este necesar
- Verificaţi dacă prezintă cumva senzaţie de greaţă
- Ajutaţi pacientul să-şi facă toaleta cavităţii bucale

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Indepărtaţi vasele muradare şi resturile alimentare
- Aerisiţi incaperea

SCHIMBAREA LENJERIEI PATULUI CU PACIENT IMOBILIZAT

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Asigurarea condiţiilor de igienă şi confort
- Evitarea complicaţiilor la pacientul imobilizat

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Cărucior pentru lenjerie
- Cearşaf plic
- Cearşaf de pat
- Faţă de pernă
- Aleza, muşama (material impermeabil)
- Inveliloare de flanelă sau o pătură moale
- Scaun cu spătar
- Mănuşi de unică folosinţă
- Sac pentru rufe murdare

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ
- Informaţi pacientul şi asiguraţi-l de inofensivitatea procedurii
- Explicaţi pacientului modul de desfăşurare a procedurii şi contribuţia sa la realizarea acesteia
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ
- Schimbaţi lenjeria după efectuarea toaletei
- Alegeţi metoda de schimbare in funcţie de poziţia in care poate fi aşezat pacientul şi de limitele sale de mobilizare

EFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

A. La pacientul care se poate ridica in poziţie şezandă (se foloseşte schimbarea in lăţime)
- Aduceţi materialele in salon

- Pregătiţi materialele astfel:
  - Rulaţi cearşaful de pat pe dimensiunea mica (in lţăţime) şi dacă pacientul necesită aleză şi muşama rulaţi-le impreună cu cearşaful
  - Indepărtaţi pătura şi lăsaţi pacientul acoperit cu cearşaful sau inlocuiţi cu o pătură moale
  - introduceţi pătura in cearşaful plic şi impachetaţi in armonică in trei la inceput pe lăţime şi apoi incă o dată reducand cele două dimensiuni (lungime, lăţime) la o treime, aşezaţi pe scaun
  - Faţa de pernă
- Spălaţi mainile şi imbrăcaţi mănuşi
- Degajaţi cearşaful murdar de sub saltea
- Acoperiţi pacientul şi ridicaţi-l in poziţie şezandă
- Rugaţi persoana care vă ajută să sprijine pacientul
- Indepărtaţi perna şi rulaţi cearşaful murdar pană aproape de pacient
- Poziţionaţi echidistant cearşaful curat la capătul patului şi pe suprafaţa acestuia pentru a putea fi fixat sub saltea-Derulaţi cearşaful curat pană aproape de cel murder
- Schimbaţi faţa de pernă şi aşezaţi perna pe pat
- Culcaţi pacientul in decubil dorsal şi rugaţi-l dacă poate să se ridice puţin pentru a continua schimbarea
- Introduceţi mana dinspre capul pacientului sub regiunea fesieră şi ridicaţi in acelaşi timp cu ajutorul
- Cu cealaltă mană rulaţi spre picioarele pacientului lenjeria murdară şi intindeţi cearşaful curat
- Ridicaţi in acelaşi mod picioarele şi continuaţi rularea şi respectiv derularea
- Introduceţi cearşaful murdar in sac
- Intindeţi bine cearşaful de pat, eventual muşamaua şi aleza şi fixaţi sub saltea

B. La pacientul care nu se poate ridica(se foloseşte schimbarea in lungime)

- Rulaţi cearşaful de pat intr-o singură direcţie, pe dimensiunea mare (lungime)
- Aşezaţi materialele pe scaune ca şi in cazul precedent
- Spălaţi mainile şi imbrăcaţi mănuşi
- Indepărtaţi cearşaful murdar de sub saltea
- Intoarceţi pacientul in decubit lateral sprijinindu-l sub axilă, sub umeri şi la nivelul genunchilor
- Trageţi perna spre marginea patului şi aşezaţi-o sub capul acestuia
- Rugaţi persoana care vă ajută să sprijine pacientul susţineţi-l amandouă
- Rulaţi cearşaful murdar pană langă pacient şi derulaţi cearşaful curat avand grijă să fie bine poziţionat pentru a putea fi fixat la capete şi pe laturi
- Aduceţi pacientul in decubit dorsal apoi in decubit lateral pe partea opusă sprijinind capul pe antebraţ
- Trageţi perna sub capul pacientului
- Continuaţi rularea cearşafului murdar şi derularea celui curat
- Introduceţi cearşaful murdar in sac
- Aduceţi pacientul in decubit dorsal
- Intindeţi bine cearşaful curat şi fixaţi la capete şi pe margini executand colţul
- Schimbaţi faţa de perna

Schimbarea cearşafului plic in ambele situaţii

- Aşezaţi cearşaful cu pătura deasupra pacientului incat marginea liberă de desubt să fie sub bărbia bolnavului, iar cea de deasupra să fie orientată spre picioarele pacientului
- Rugaţi pacientul sau o altă persoană să ţină marginea cearşafului sub bărbia acestuia . –
- Asezaţi-vă de o parte a patului, iar ajutorul de cealaltă

- Prindeţi cu mana dinspre capul pacientului colţul liber al cearşafului curat, iar cu cealaltă pe cel al cearşafului murdar
- Cu o mişcare rapidă, sincronizată, intindeţi cearşaful curat impreună cu pătura şi/sau invelitoarea şi indep ărtaţi-l pe cel murdar
- Introduceţi cearşaful murdar in sac
- Verificaţi dacă cearşaful de pat şi lenjeria de corp sunt bine intinse
- Efectuaţi pliul de confort la picioarele pacientului şi eventual fixaţi sub
- saltea, să nu alunece
- Asezati pacientul in pozitie comoda sau in cea recomandata de afectiunea sa

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Indepărtaţi invelitoarea şi acoperiţi pacientul cu pătura
- Indepărtaţi sacul cu rufe murdare
- Indepărtaţi mănuşile, spălaţi-vă mainile

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate dorite
- Schimbarea s-a făcut in condiţii bune
- Pacientul are o stare de confort

Rezultate nedorite / Ce faceti
- Pacientul acuză oboseală, dureri
- Lucraţi bland, lăsaţi pacientului timp de odihnă
- Pacientul refuză schimbarea:
- Discutaţi incă o dată cu pacientul
- Apelaţi la aparţinători daca este cazul

SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP IN CAZUL PACIENTULUI IMOBILIZAT

Schimbarea pijamalei

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea stării de igienă si confort
- Prevenirea escarelor de decubit
- Creşterea demnitlii pacientăţii
- Păstrarea identităţii

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Pijama incălzită
- Patura
- Alcool
- Sac pentru lenjeria murdară
- Mănuşi de unică folosinţă

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ
- Informaţi pacientul şi explicaiţi-i necesitatea procedurii
- Explicaţi pacientului cum poate participa la procedură
- Obţineţi consimţămantul informat

b) FIZICĂ

- Asigurați intimitatea și respectați pudoarea
- Intrebați pacientul dacă are nevoie de ploscă sau urinar inainte de procedură

EFECTUAREA PROCEDURII

- Așezați lenjeria curată pe un scaun in 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 incălzit
- Spălați-vă mainile, imbracați mănuși de cauciuc

a) Dezbrăcarea și imbracărea bluzei la pacientul care se poate ridica in poziție șezandă

- Descheiați nasturii pijamalei
- Ridicați pacientul in poziție șezandă
- Rulați pijamaua de la spate spre ceafă și treceți-o peste cap rugand pacientul să flecteze capul
- Rulați fiecare manecă și imbrăcați pe rand brațele
- Scoateți mainile in 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 in decubit lateral și dezbrăcați brațul eliberat
- Intoarceți pacientul in decubit lateral invers și dezbrăcați celălalt brat indepărtand bluza
- Mențineți pacientul in decubit lateral
- Rulați maneca și imbrăcați brațul liber
- Intoarceți cu blandețe pacientul in decubit lateral invers și imbrăcați celalalt brat intinzand bluza pe spate
- Aduceți pacientul in decubit dorsal
- Incheiați nasturii

c) Indepărtarea și imbrăcarea pantalonilor

- Ridicați regiunea lombosacrată a pacientului și trageți cu grijă pantalonii spre picioare
- Asezați pacientul pe pat
- Ridicați ușor membrele inferioare și continuați dezbrăcarea
- Puneți pantalonii murdari in sac
- Observați aspectul membrelor inferioare
- Rugați persoana care vă ajută să ridice membrele inferioare ale pacientului
- Imbrăcați pe rand fiecare membru și trageți pantalonii pană aproape de șezut
- Coborați și așezați pe pat membrele inferioare
- Ridicați regiunea fesieră și trageți in sus pantalonii
- Verificați dacă cearșaful e bine intins
- Incheiați nasturii

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul in poziție comodă
- Observati faciesul,
- Refaceți patul și inveliți pacientul cu pătură

- Verificaţi dacă pacientul se simte bine

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- indepărtaţi sacul cu lenjerie murdară
- indepărtaţi invelitoarea
- indepărtaţi mănuşile şi spalaţi-vă mainile

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate aşteptate

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

Rezultate nedorite / Ce faceti

- Pacientul prezintă eritem la nivelul punctelor de sprijin
- aplicaţi pudra de talc
- schimbaţi poziţia pacientului
- Pacientul reclamă manevre brutale şi oboseală, dureri
- liniştiţi pacientul, rămaneţi o vreme lănga el
- administraţi un calmant dacă medicul recomandă
- Lenjeria nu este bine intinsă, pacientul acuză jenă
- se reaşează patul după schimbarea lenjeriei, se intind bine cearşeafurile

TOALETA PACIENTULUI, IGIENA CORPORALĂ ŞI VESTIMENTARĂ

IGIENA BOLNAVILOR

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

Consultarea, triearea si repartizarea bolnavului de la internare si conducerea lui de catre infirmiera la salonul la care a fost repartizat.

Asigurarea cu lenjerie curata pentru fiecare bolnav nou internat si schimbarea acesteia ori de cate ori este nevoie si cel putin o data pe saptamana.

La bolnavii care prezinta incontinenta de urina sau fecale, la cei care au varsaturi, supuratii, precum si la copii mici, salteaua se acopera cu o musama sau o husa de plastic care se va spala si se va sterge cu solutie dezinfectanta zilnic, precum si ori de cate ori este nevoie.

Asigurarea spalarii paturilor, huselor (dosurilor) de perna si de saltea ori de cate ori se murdaresc cu produse patologice .

Asigurarea in timpul internarii a toaletei zilnice a bolnavilor si imbaierea acestora cel putin o data pe saptamana si ori de cate ori este nevoie. Imbaierea obligatorie in ziua dinaintea operatiei a bolnavilor ce se supun interventiilor chirurgicale (exceptie urgentele).

Instruirea bolnavilor (si familiei) sa-si procure pasta si perie de dinti, batista si pieptene.

Educarea permanenta a bolnavilor asupra comportamentului igenic in 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 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
- 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 ploscа

EFECTUAREA PROCEDURII

- Asigurati-va 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 apa caldă (37°C—38°C), controlând temperatura apei cu termometrul de baie
- Așezați pacientul în poziție decubit dorsal

- Dezbrăcaţi şi acoperiţi cu un cearşaf pacientul
- Luati pătura şi aşezaţi-o pe un scaun sau pe pat la picioarele bolnavului
- Descoperiţi progresiv numai partea care se va spală
- Indepărtaţi una dintre perne, iar pe cealaltă acoperiţi-o cu o muşama şi cearşaf, sau aleza
- Puneţi in faţa bolnavului un prosop pentru a proteja invelitoarea

! RESPECTAŢI ORDINEA IN CARE SE VA EFECTUA TOALETĂ

FAŢĂ ŞI GAT
- Spălaţi-vă mainile
- Imbrăcaţi prima mănuşă de baie, umeziti-o, şi spălaţi ochii de la comisura internă la cea externă; folosiţi parţi separate din mănuşă pentru fiecare ochi
- Ştergeţi imediat cu primul prosop
- Spălaţi fruntea de la mijloc spre tample
- Spălaţi cu mişcări circulare regiunea perioralã şi perinazală
- Insistaţi la urechi in şanţurile pavilionului şi regiunea retroauriculară
- Spălaţi cu / fără săpun, limpeziţi de câteva ori cu apă şi ştergeţi imediat
- Spălaţi gatul, limpeziţi
- Uscaţi prin tamponare cu prosopul
- Schimbaţi apa şi mănuşa

PARTEA ANTERIOARA A TORACELUI
- Spălaţi cu mişcări ferme, insistaţi la axile
- Limpeziţi şi uscaţi foarte bine: folosiţi deodorant, dacă pacientul doreşte
- Insistaţi la femei, la pliurile submamare
- Observaţi respiraţia pacientului şi eventuale iritaţii ale pielii sau alte modificări
- Acoperiţi toracele şi membrele superioar

MEMBRELE SUPERIOARE
- Mutaţi muşamaua şi aleza şi intindeţi-le sub intreg membrul superior, desupra invelitorii
- Spălaţi prin mişcări lungi şi blande; incepeţi de la articulaţia pumnului spre umăr, stimuland astfel circulaţia venoasă
- Limpeziţi cu apă şi ştergeţi imediat cu al doilea prosop
- Daca este posibil aşezaţi mana pacientului in bazinul cu apă caldă, pentru a tăia mai uşor unghiile sau pentru a le curaţa: spălaţi mana pacientului cu săpun insistand in spaţiile interdigitale: limpeziţi cu apă şi uscaţi foarte bine.
- Spălaţi celalat membru superior după acelaşi principiu

ABDOMENUL
- Dezveliţi abdomenul pacientului
- Insistaţi la nivelul pliurilor inghinale, unde datorită transpiraţiei şi lipsei de igiena a unor persoane pot apărea foarte uşor iritaţii ale pielii.
- Insistaţi la nivelul ombilicului care la unii pacienţi poate fi foarte murdar; procedaţi astfel:
  a) indepărtaţi depozitul de murdărie cu ajutorul unui tampon de vată inbibat in alcool şi montat pe un porttampon
  b) spălaţi ombilicul cu apă şi săpun
  c) uscaţi foarte bine şi ungeţi regiunea cu vaselină
- Acoperiţi pacientul cu cearşaful

PARTEA POSTERIOARĂ A TORACELUI ŞI REGIUNEA SACRATĂ

- Aşezaţi pacientul în poziţie de decubit lateral, fiind susţinut de o altă cursă
- Mutaţi muşamaua şi aleza şi întindeţi-le sub trunchiul pacientului
- Spalati, limpeziţi şi uscaţi regiunea
- Masaţi spatele pacientului cu alcool mentolat; observaţi proeminenţele osoase şi verificaţi starea pielii în punctele de sprijin
- Acoperiţi spatele pacientului
- Spălaţi regiunea anală dinspre faţă spre spate, astfel încat să evitaţi contaminarea regiunii perineale; limpeziţi şi uscaţi foarte bine regiunea
- Observaţi atent starea pielii în zonele predispuse apariţiei escarelor

MEMBRELE INFERIOARE

- Înlocuiţi apa, mănuşa de baie şi prosopul cu altele curate
- Întindeţi muşamaua şi aleza sub jumătatea inferioară a pacientului
- Readuceţi pacientul în decubit dorsal.
- Insistaţi la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea tendonului lui Ahile şi a calcaneului
- Spălaţi cu apă şi supun prin mişcări blande dinspre gleznă spre şold pentru a stimula circulaţia venoasă;

ATENŢIE! NU SE MASEAZĂ!

- După fiecare săpunire limpeziţi bine cu apă şi uscaţi cu prosopul
- Observaţi atent starea pielii în zonele predispuse apariţie escarelor;
- Spălaţi picioarele prin introducerea lor într-un bazin cu apă, aşezat pe pat; protejaţi patul cu muşamaua, această metodă uşurează curăţirea şi tăierea unghiilor!
- Pudraţi într-un strat foarte subţire plicile naturale
- Taiaţi unghiile
- Acoperiţi pacientul cu cearşaful

ORGANELE GENITALE ŞI REGIUNEA PERIANALĂ

- Încheie toaleta la pat a pacientului; dacă starea generala a pacientului îi permite, acesta se poate spăla singur, în timp ce veţi controla daca s-a făcut corect
- Înlocuiţi apa, mănuşa de baia şi prosopul cu altele curate
- Îmbrăcaţi mănuşa de unică folosinţă
- Aşezaţi bolnavul în poziţie ginecologică
- Izolaţi patul cu muşama şi aleza pe care le introduceţi sub regiunea sacrată
- Introduceţi plosca sub pacient
- Îmbrăcaţi mănuşa de baie peste mănuşa de cauciuc
- Spălaţi regiunea genitală dinspre anterior spre posterior, evitand regiunea anală; folosiţi săpun neutru (neiritant pentru piele şi mucoase)
- Limpeziţi cu apă curată foarte atent pentru îndepărtarea săpunului; se poate face cu ajutorul unui jet de apă turnat dintr-o cană
- Puteţi folosi tampoane şi o pensă porttampon, avand grijă să curăţaţi toate pliurile şi să schimbaţi des tampoanele pentru a nu transporta germeni dinspre regiunea anală spre cea genitală
- Îndepărtaţi bazinetul de sub pacient şi ştergeţi foarte bine organele genital şi regiunea din jur folosind al treilea prosop

! IN TIMPUL PROCEDURII EXAMINAŢI TEGUMENTELE ŞI OBSERVAŢI EVENTUALE MODIFICĂRI (ROŞEAŢĂ/ IRITAŢIE)

INGRIJIREA PĂRULUI PRIN SPĂLARE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menţinerea igienei părului şi 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/şampon
- Muşama şi aleză
- Prosoape
- Perie, pieptăne
- Paravan
- Mănuşi de unică folosinţă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informaţi pacientul/pacienta şi stabiliţi de comun acord ora spălării
- Evaluaţi resursele pacientului/pacientei pentru a putea aprecia contribuţia acestuia. Obţineţi consimţământul.

b) FIZICĂ:

- Asiguraţi poziţia in funcţie de starea generală:
  1) şezand, pe scaun cu spatele sau cu faţa spre lavoar (sau in picioare aplecat deasupra lavoarului
  2) şezand pe un scaun cu spătar alături de care se aşează al 2-lea scaun pe care se pune ligheanul
  3) decubit dorsal cu toracele uşor ridicat şi cu salteaua indoită sub torace lăsand somiera liberă spre capătul patului
  4) decubit dorsal, orientat oblic, cu capul spre marginea patului

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Asiguraţi-vă că temperatura din salon este de peste 20°C, geamurile şi uşa sunt inchise
- Asigura intimitatea izoland patul cu un paravan
- Spălaţi mainile şi imbrăcaţi mănuşile
- Procedaţi in continuare in funcţie de poziţia aleasă şi starea pacientului

Cu pacientul in poziţie şezand

- Aşezaţi pacientul pe un scaun sau in faţa lavoarului

Cu pacientul in poziţie de decubit

- Rulaţi putin patul şi acoperiţi cu muşama şi aleză pe care se sprijină spatele şi capul pacientului / pacientei.
- Aşezaţi ligheanul pe partea de somieră rămasă liberă şi introduceţi capătul liber al muşamalei făcut sul in găleata pentru a permite scurgerea apei
- Aşezaţi pacientul/pacienta pe pat cu capul spre margine. Introduceţi sub capul şi umerii pacientului/pacientei muşamaua şi aleza. Aşezaţi găleata pentru colectarea apei murdare in vecinătatea patului şi introduceţi capătul liber al muşamalei făcut sul
- Susţineţi cu o mană (dacă este cazul) capul pacientului, iar cu cealaltă umeziţi şi şamponaţi părul. Apelaţi la ajutorul altei persoane (dacă este necesar)
- Masaţi uşor pielea capului cu varful degetelor şi spălaţi de 2-3 ori
- Limpeziţi cu multă apă
- Acoperiţi părul cu un prosop cald şi ştergeţi bine

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutaţi pacientul/pacienta să se aşeze în pat
- Verificaţi dacă este cazul funcţiile vitale
- Evitaţi curenţii de aer
- Acoperiţi capul pacientului/pacientei dacă este necesar sau solicită

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Indepărtaţi apa murdară şi materialele folosite
- Curăţaţi şi dezinfectaţi materialele folosite, asezaţi-le la locul de păstrare
- Indepărtaţi mănuşile şi spălaţi mainile

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate

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

Rezultate nedorite / Ce faceţi?

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

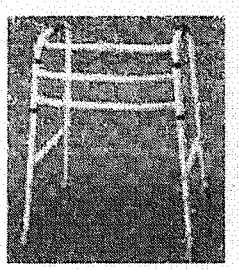
2. MOBILIZAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea complicaţiilor
- Stimularea tonusului fizic şi psihic

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cadru mobil
- Agăţători
- Baston
- Carje





PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Anunţaţi pacientul şi descrieţi mişcările care se vor face
- Explicaţi pacientului importanţa mobilizării precoce
- Evaluaţi resursele fizice ale pacientului

b) FIZICĂ:

- Ajutaţi pacientul să se imbrace corespunzător

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Consultaţi medicul privind tipul de mobilizare şi durata

1. Mobilizarea pasivă
   - Faceţi mişcări de flexie şi rotaţie ale capului
   - Continuaţi să faceţi exerciţii ale membrelor superioare şi inferioare prin mişcări de flexie, extensie, abducţie, adducţie, supinaţie şi pronaţie - mobilizaţi toate articulaţiile cu blandeţe
   - Comunicaţi cu pacientul pentru a afla dacă are dureri şi observaţi faciesul
   - Masaţi membrele in sensul circulaţiei de intoarcere

2. Ridicarea in poziţie şezand

a) In pat
   - Ajutaţi pasiv pacientul să se ridice şi sprijiniţi-l cu perne sau folosiţi rezemătorul mobil
   - Montaţi deasupra patului o agăţătoare mobilă şi stimulaţi pacientul să se ridice, sprijinindu-l cu perne dacă este necesar

b) La marginea patului
   - Executarea de către o singură persoană
     - Introduceţi o mană sub regiunea omoplaţilor, iar cealaltă sub regiunea poplitee
     - Dacă este cazul rugaţi pacientul să se prindă de gatul dumneavoastră
     - Rotiţi picioarele pacientului intr-un unghi de 90° şi lăsaţi-le să atarne uşor la marginea patului
     - Observaţi faciesul pacientului
   - Executarea de către 2 persoane
     - Aşezaţi-vă spre capul pacientului şi introduceţi mainile sub omoplaţi
     - Rugaţi ajutorul să introducă mainile sub regiunea poplitee
     - Sincronizaţi mişcările şi ridicaţi spatele pacientului rotind picioarele cu 90° şi aduceţi-le la marginea patului
     - Menţineţi pacientul in această poziţie - la inceput cateva minute, apoi creşteţi treptat timpul
     - Reaşezaţi pacientul pe pat, executand mişcările in sens invers

c) Aşezarea pacientului in fotoliu
   - Aşezaţi pacientul la marginea patului
   - Oferiţi pacientului papucii
   - Aşezaţi fotoliul cu rezemătoarea laterală lipită de marginea patului
   - Aşezaţi-vă in faţa pacientului şi introduceţi mainile sub axile, rugandu-l să ţină capul intors intr-o parte
   - Dacă aveţi ajutor, aşezaţi-vă de o parte şi de alta a pacientului
   - Prindeţi fiecare pacientul pe sub axilă şi ridicaţi-l in picioare
   - Rotiţi pacientul cu spatele spre fotoliu şi aşezaţi-l cu grijă in fotoliu
   - Acoperiţi pacientul cu un pled dacă situaţia o cere (temperatură mai scăzută in incăpere)
   - Reaşezaţi pacientul in pat executand mişcările in sens invers

d) Ridicarea pacientului in poziţie ortostatică
   - Repetaţi mişcările de aducere a pacientului in poziţie şezand, cat mai aproape de margineapatului
   - Aşezaţi-vă de o parte a pacientului şi sprijiniţi-l de sub axile
   - Ridicaţi pacientul in picioare
   - Observaţi faciesul pacientului şi menţineţi-l in ortostatism cateva minute
   - Intrebaţi pacientul dacă se simte bine
   - Aşezaţi pacientul pe pat dacă acuză ameţeli
   - Reaşezaţi pacientul pe pat executand mişcările in ordine inversă

e) Efectuarea primilor paşi
   - Intrebaţi medicul dacă pacientul se poate deplasa

- Ridicaţi pacientul mai intai în poziţie şezand cat mai aproape de marginea patului şi apoi in ortostatism
- Sprijiniţi pacientul de braţ şi apoi ajutaţi-l să facă primii paşi prin salon
- Creşteţi distanţa de deplasare in funcţie de recomandarea medicală
- Oferiţi pacientului un cadru mobil dacă starea generală îi permite să se deplaseze singur
- Supravegheaţi pacientul in timpul deplasării
- Incurajaţi pacientul să se ridice şi să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite

INGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi starea pacientului
- Aşezaţi pacientul in poziţie comodă
- Intindeţi lenjeria pentru a preveni apariţia escarelor

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Aşezati materialele folosite in locurile de depozitare
- Spălaţi mainile

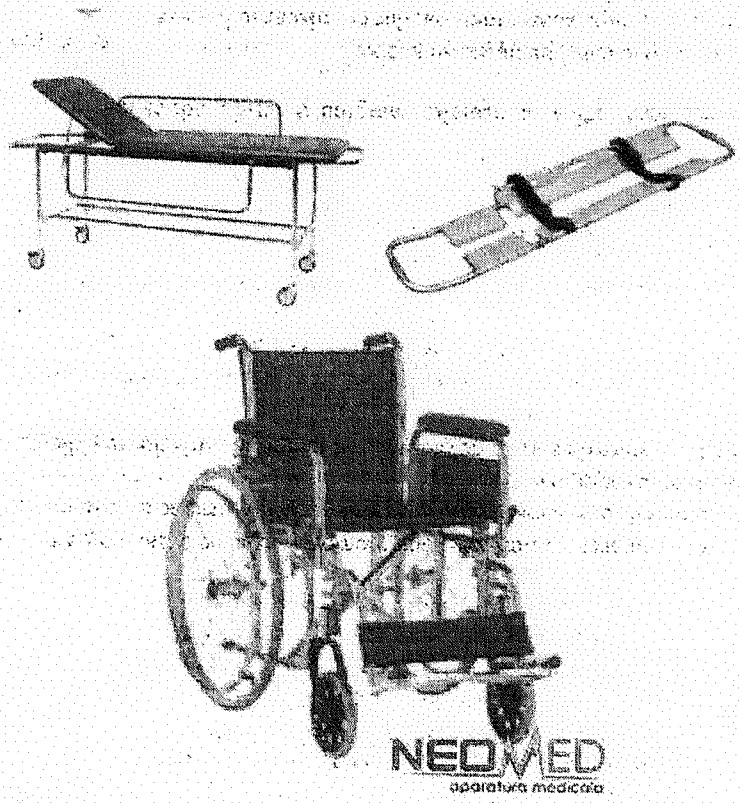
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- pacientul se mobilizează conform programului
- nu prezintă complicaţii favorizate de imobilizare

Rezultate nedorite / Ce facem dacă:
- Pacientul refuză mobilizarea
- Cercetaţi cauza
  - prezintă dureri
  - se teme de durere
  - este slăbit
  - prezintă ameţeli.
- Incurajaţi pacientul
  - acordaţi-i mai mult timp
  - asiguraţi-l că sunteţi acolo pentru a-l ajuta
- acţionaţi cu blandeţe
- Reduceţi durata mobilizării (dacă pacientul se simte slăbit sau are ameţeli)

TRANSPORTUL ŞI ÎNSOŢIREA PACIENŢILOR

Mijloace de transport

In functie de gravitatea afectiunii, de scopul transportului, de distanta, transportul se face cu:
- brancarda (targa)
- carucior
- fotoliu si pat rulant
- cu mijloace improvizate in caz de urgenta.
- cu vehicule speciale: autosalvari, 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 membrelor inferioare: sub membrul lezat, se aseaza o perna
- leziuni ale membrelor superioare: 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 Trendelemburg, pentru a prevenii acumularea si aspirarea secretiilor

In pozitie Trendelemburg, 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:

Curăţenia este o etapă preliminara obligatorie, permanenta si sistemica in cadrul oricarei activitati sau proceduri de indepartare a murdariei(materie organica si anorganica)de pe suprafete (inclusiv tegumente) sau obiecte, prin operatiuni mecanice sau manuale, utilizandu-se agenti fizici si/sau chimici, care se efectueaza in unitatile sanitare de orice tip, astfel incat activitatea medicala sa se desfasoare in conditii optime de securitate.

Curatenia este cea mai răspandita metoda de decontaminare utilizata in unitati sanitare prin care se indeparteaza microorganismele de pe suprafete, obiecte sau tegumente odata cu indepartarea prafului si substantelor organice.

Aplicarea rationala a metodelor de curatenie a suprafetelor incaperilor, obiectelor si echipamentelor poate realiza o decontaminare de 95-98 %, foarte apropiata de cea obtinuta printr-o dezinfectie eficace. Curăţenia reprezintă rezultatul aplicării corecte a unui program de curăţare.

Suprafeţele şi obiectele pe care se evidenţiază macro- sau microscopic materii organice ori anorganice se definesc ca suprafeţe şi obiecte murdare.Curăţarea se realizează cu detergenţi, produse de întreţinere şi produse de curăţat.

Urmărirea şi controlul programului de curăţare revin personalului unităţii sanitare, care, conform legislaţiei în vigoare, este responsabil cu supravegherea şi controlul infecţiilor nosocomiale din unitate.

METODE GENERALE DE EFECTUARE A CURĂŢENIEI SPĂLAREA, ŞTERGEREA, ASPIRAREA, PERIEREA

Prin ***spălare*** sunt îndepărtate, concomitent cu procedurile mecanice, pulberile şi substanţele organice. Spălarea se realizează prin folosirea de apă caldă şi detergenti.

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

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

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

Condiţii de eficacitate: utilizarea de lavete (ştergătoare) curate; umezirea lor cu soluţii proaspete de produse etichetate şi avizate/autorizate de Ministerul Sănătăţii şi Familiei ca detergent, detergent dezinfectant; schimbarea frecventă a lavetelor şi a apei de ştergere. La sfârşitul operaţiunii se efectuează decontaminarea lavetelor utilizate.

Aspirarea. Curăţenia prin aspirare este recomandabilă numai cu aspiratoare cu proces umed, a căror construcţie permite curăţarea şi dezinfecţia lor şi menţinerea uscată după utilizare.

Metode combinate. Pentru curăţenia pavimentelor şi a mochetelor (este recomandată limitarea utilizării lor în spaţiile unităţilor sanitare) pot fi utilizate aparate care realizează spălarea şi aspirarea umedă.

Alte metode de curăţenie. 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 CURĂŢENIE

- Folosirea doar a produselor avizate/autorizate de Ministerul Sănătăţii/Ministerul Sănătăţii şi Familiei pentru utilizare în sectorul sanitar.
- Respectarea tuturor recomandărilor producătorului.
- Respectarea regulilor de protecţie a muncii (purtarea mănuşilor, ochelarilor de protecţie, echipamentelor impermeabile, etc.).
- Etichetarea şi închiderea ermetică a recipientelor. Eticheta trebuie să conţină: numele produsului, termenul de valabilitate, diluţia de lucru, data la care s-a făcut diluţia, perioada de utilizare a produsului diluat menţinut în condiţii adecvate (cu specificare pentru ceea ce înseamnă "condiţii adecvate").

- NU este permis amestecul produselor! Există riscul unor reacţii chimice periculoase pentru cel care le manipulează, precum şi riscul de inactivare şi incompatibilitate.
- NU este permisă utilizarea ambalajelor alimentare pentru produsele de întreţinere a curăţeniei!
- Distribuirea produselor la locul de utilizare (pe secţii / compartimente) în ambalajul original.
- Asigurarea rotaţiei stocurilor, pentru înscrierea în temenele de valabilitate.
- NU este permisă aruncarea ambalajelor goale, decât după ce au fost curăţate sau / şi neutralizate.

CURĂŢENIA ŞI DEZINFECŢIA ÎN UNITĂŢILE SANITARE

Materialele si produsele pentru curăţenie

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.

Materiale :

• 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 uned a căror construcţie permite curăţarea şi dezinfecţia lor.

• manusi de menaj, manuşi de unică folosinţă.

Produse de intretinere pentru curatenie şi dezinfecţie

Întreţinerea spaţiilor din unitatile sanitare are drept scop realizarea curateniei vizuale, esteticii spatiilor, intretinerea acestora, dar si a dezinfectiei.

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

Aceste operatii fizico-chimice se efectuaza cu ajutorul detergentilor şi a dezinfectanţilor. Pentru intretinerea zilnica a curateniei se recomanda utilizarea de detergenti si detergenti - dezinfectanti. Rezultatele operatiilor de curatenie si dezinfectie depind de cunoasterea podusului folosit si de respectarea conditiilor de utilizare ale acestuia.

SPĂLAREA

▪ Sunt necesare doua galeţi: 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 ieşire, mopul se manevrează in forma literei S;

▪ Se introduce mopul in găleata cu apa cu detergent, se spala pavimentul pe o parte din suprafaţa si apoi se introduce mopul in găleata cu apa simpla si se clăteşte, apoi se stoarce; se repeta procedeul pana se termina întreaga suprafaţa.

CLĂTIREA

- Se arunca apa folosita la spălare, se spală bine galetile si apoi se clătesc; se pune apa simpla in galeti si se clăteşte suprafaţa in acelaşi mod ca la spălare;
- Se lasa sa se usuce;
- Se spala si clătesc galetile.

DEZINFECŢIA

- Vom folosi produse dezinfectante pentru suprafeţe,
- Se prepară soluţia de dezinfectant în concentraţia recomandată de producător;
- Se aplică pe suprafaţă şi apoi se introduce mopul in găleata cu apa simpla si se clăteşte, apoi se stoarce; se repeta procedeul pana se termina întreaga suprafaţa.
- Se verifica aspectul estetic al salonului, se închide fereastra, se saluta bolnavul.

ATENŢIE !

✓ 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, clatire, dezinfectie. Se pastreaza aceleasi reguli ca la pavimente.

ATENŢIE !

✓ 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 şi a ustensilelor folosite la efectuarea curăţării se face respectându-se următoarele:

a) în unitatea sanitară, la nivel central, trebuie să existe spaţii special destinate depozitării produselor şi ustensilelor aflate în stoc, folosite în procesul de efectuare a curăţării;

b) spaţiile trebuie să asigure menţinerea calităţii iniţiale a produselor până la utilizare;

c) spaţiile de depozitare trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

- pavimentul şi pereţii trebuie să fie impermeabili şi uşor de curăţat;
- zona de depozitare trebuie să permită aranjarea în ordine a materialelor de curăţare şi accesul uşor la acestea;
- trebuie să existe aerisire naturală;
- trebuie să existe iluminat corespunzător;
- gradul de umiditate să fie optim păstrării calităţii produselor;

d) în fiecare secţie sau compartiment trebuie să existe încăperi special destinate depozitării produselor şi ustensilelor utilizate pentru efectuarea curăţării, aflate în rulaj, şi pentru pregătirea activităţii propriu-zise;

e) încăperile de depozitare de pe secţii, respectiv compartimente, trebuie să îndeplinească următoarele condiţii:

- pavimentul şi pereţii trebuie să fie impermeabili şi uşor de curăţat;
- trebuie să existe aerisire naturală;
- trebuie să existe iluminat corespunzător;

f) locul de organizare a activităţii, sursa de apă şi suprafaţa zonei de depozitare trebuie să permită aranjarea în ordine a materialelor de întreţinere;

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

h) trebuie să existe pubelă şi saci colectori de unică folosinţă pentru deşeuri, conform legislaţiei în vigoare.

TEHNICA EFECTUĂRII CURĂŢENIEI ÎN SALOANE

- se bate la usa salonului, se deschide usa, se saluta bolnavul, se inveleste 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 clanţele de la uşi;
- se curata grupul sanitar: oglinda, suportul pentru prosop chiuveta, suportul pentru hartia igienica si vasul de toaleta cu accesoriile;
- 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 saloni se strang în spaţiul special destinat colectarii temporare din sectie.

ATENŢIE !

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

- se spala si dezinfecteaza pavimentul

În zonele în care pacienţii primesc îngrijiri medicale, pe suprafeţele contaminate cu sânge şi/ sau alte fluide biologice, se toarnă dezinfectantul adecvat pentru a înmuia si distruge eventualii agenţi patogeni, se lasă un timp de contact, apoi se curăţă şi dezinfectează.

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

CIRCUITUL LENJERIEI

Materialele textile şi mai ales lenjeria pot constitui un factor important în răspandirea infecţiilor intraspitaliceşti atunci când sunt în catităţi 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,
- dezinfecţia şi spălarea corespunzătoare,
- transportul,
- depozitarea corectă a lenjeriei curate,
- şi evitarea contaminării.

La nivelul secţiei lenjeria murdară se schimbă săptămânal sau ori de câte ori este nevoie şi niciodată mai târziu de 7 zile de la internare sau schimbarea anterioară. Se colectează la locul de producere a lenjeriei murdare (in salon) in saci curaţi, special destinaţi. Lenjeria cu un grad excesiv de umiditate se colectează în saci de material plasic sau impermeabilizaţi.

Depozitarea temporară la nivelul secţiei se face pentru un timp cat mai scurt în spaţii 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 trasportul lenjeriei murdare v-a purta alte halate pentru această activitate faţă de cele pe care la utilizează pe secţie. După predarea lenjeriei murdare personalul v-a dezinfecta căruciorul utilizat pentru transport, işi va schimba echipamentul şi îşi v-a spăla şi dezinfecta mainile.

Lenjeria contaminată cat şi lenjeria provenită de la pacienţii contagioşi va fi separat colectată şi trasportată la spălătorie, unde va fi supusă dezinfecţiei chimice înainte de spălare.

Spălătoriile secţiilor sau unităţilor de boli transmisibile vor fi complet separate faţă de spălătoriile celorlalte secţii sau unităţi sanitare.

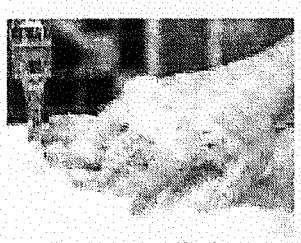
Dezinfecţia chimică a acesei lenjerii se face fie prin submerjare în soluţia de dezinfectant (se vor folosi 4 litri de soluţie la 1 Kg de lenjerie) fie prin folosirea unor maşini de spălat automate cu program de dezinfecţie inclus (aceasta necesitând parcurgerea celor 2 paşi: predezinfecţie iniţială şi dezinfecţie finală).

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

Trasportul lenjeriei curate în secţii se face în saci curaţi, alţii decât cei cu care se transportă lenjeria murdară.

Pentru materialele textile utilizate în spital: saltele, perne, pături care nu intră în fluxul rufăriei, deci nu se prelucrează termic ceea ce duce la acumularea şi la creşterea încărcăturii microbiene, dezinfecţia se face prin pulverizare sau vaporizare în camere speciale, spaţii etanşeizate sau saloane odată cu dezinfecţia terminală aplicată în aceste spaţii.

Spălatul mâinilor



Spălarea mâinilor – procedura prin care se elimina murdăria si se reduce flora microbiana. tranzitorie prin acţiune 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 mănuşilor,
- la intrarea in serviciu si la plecare ;

- la intrarea si la ieşirea din salon ;
- înainte si după examinarea fiecărui bolnav ,
- înainte si după aplicarea unui tratament ;
- înainte si după efectuarea de investingatii ;
- după scoaterea mănuşilor ;
- după scoaterea măşti
- înaintea de distribuirea alimentelor si a medicamentelor ;
- după folosirea batistei ;
- după folosirea toaletei ;
- după trecerea mâinii prin par ;
- după activităţi administrative ,gospodăreşti.