

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN
DE URGENȚĂ
Nr. 25000
Data 18.07.2025

TEMATICA SI BIBLIOGRAFIE INFIRMIERE, INGRIJITOARE, BRANCARDIERI

Cap. I - Notiuni de epidemiologie

1. NOTIUNI DE EPIDEMIOLOGIE GENERALA

Epidemiologia - este stiinta medicala care se ocupa cu identificarea factorilor de agresiune pentru sanatate, cu stabilirea mijloacelor si metodelor de neutralizare a actiunii lor asupra grupelor populationale cu risc crescut.

Pentru producerea unei boli infectioase sunt necesare o serie de factori epidemiologici considerati principali (microorganismul, macroorganismul, mediul exterior) si o serie de factori secundari (climatici, sociali).

Intregul proces de raspandire a bolilor infectioase este reprezentat printr-un lant de fenomene in care se pot distinge trei verigi principale :

- sursa de infectie sau izvorul infectios
- calea de transmitere
- masa receptiva

Izvorul infectios sau sursa de infectie este un organism (uman sau animal) care are capacitatea sa gazduiasca, sa asigure supravietuirea, multiplicarea si diseminarea (raspandirea) unui agent patogen, prin intermediul cailor de transmitere sau direct, spre organismul receptiv, prezentand sau nu semne clinice de boala. Sursa de agenti patogeni este reprezentata de :

- a). omul bolnav, convalescent, purtatorul de germeni.
- b). animalele ca izvor de infectie, ca si pasarile, sunt fie bolnave, fie purtatoare de diferiti agenti patogeni. Ele reprezinta in anumite conditii, izvoare de infectie pentru om. Bolile astfel produse se numesc zoonoze.

Cale de transmitere

- dupa eliminarea sa de catre sursa generatoare, agentul patogen parcurge un drum mai lung sau mai scurt pana intalneste organismul receptiv pentru a-l contamina sau infecta.

- caile de transmitere sunt foarte variate. Propagarea infectiilor de la sursa de infectie se poate face prin mai multe cai, fiecare boala sau grup de boli folosind o anumita cale.

- de regula, eliminarea si transmiterea se poate face pe urmatoarele 4 cai :

1. Calea aeriana : reprezinta modalitatea de raspandire a unui numar mare de boli. Bolile cu transmitere aerogena reprezinta sursa cea mai primejdioasa de infectie atat in teren cat si in mediul spitalicesc.

2. Calea digestive : de la sursa de infectie, germenii se raspandesc in mediul inconjurator prin materiile fecale, urina sau alte produse patologice putand contamina alimentele, apa.

3. Calea sexuala : reprezinta calea de transmitere a unor boli transmisibile veneric, acestea aparand la contactele sexuale ale celor bolnavi.

4. Calea transcutanata : destul de frecventa in practica bolilor infectioase. Leziunile tegumentelor, arsurile, reprezinta porti de intrare a unor multitudini de germeni, care dau infectii.

5. Alte cai de transmitere : parenteral (prin instrumente medicale insuficient sterilizate, prin transfuzie de sange, prin alaptare.

Modurile de transmitere a agentilor patogeni sunt : direct si indirect.

- agentii patogeni cu rezistenta scazuta in mediul extern se transmit pe cale directa, adica de la sursa de infectie la organismul receptiv. Transmiterea directa a unei infectii presupune : inhalarea, contactul fizic, sarutul, contactul sexual, transferul transplacentar, transfuzii de sange infectat, cat si utilizarea batistei contaminate sau a prosopului, a unor instrumente medicochirurgicale infectate recent.

- contaminarea indirecta se face prin intermediul aerului, apei, solului.

Poarta de intrare - se intelege locul prin care microorganismul ajuns la macroorganism pe una din caile de mai sus aratate, patrunde in interiorul acestuia si incepe sa se multiplice, dand nastere infectiei.

Orice macroorganism poate prezenta 3 porti de intrare principale si anume : mucoasa respiratorie, mucoasa digestiva, tegumentele.

Factorul : imunitate - receptivitate

Receptivitatea reprezinta acea stare a organismului care nu-i confera acestuia posibilitati de a invinge o agresiune microbiana, parazitara sau fungica, declansandu-se astfel boala.

Rezistenta fata de infectii are 2 componente :

- rezistenta generala nespecifica, dependenta de integritatea barierelor cutanate si mucoase, inflamatie

- rezistenta specifica (imunitate umorala si celulara) care este de 2 feluri :

- a). imunitatea naturala (realizata fara interventia omului).
- b). imunitatea artificiala - obtinuta dupa administrarea de vaccinuri.

Toti acesti factori epidemiologici principali depind de unii factori favorizanti, reprezentati de varsta, sex si de rasa.

2. Infectia asociata asistentei medicale (IAAM)

Este infectia contractata in unitati sanitare cu paturi (de stat si private), care se refera la orice boala infectioasa ce poate fi recunoscuta clinic si/sau microbiologic si pentru care exista dovada epidemiologica a contractarii in timpul spitalizarii/actului medical sau manevrelor medicale, care afecteaza fie bolnavul - datorita ingrijirilor medicale primite, fie personalul sanitar - datorita activitatii sale si este legata prin incubatie de perioada asistarii medicale in unitatea respectiva, indiferent daca simptomele bolii apar sau nu apar pe perioada spitalizarii.

Definitia infectiei asociate asistentei medicale se bazeaza pe date clinice, epidemiologice, de laborator, precum si pe alte tipuri de teste de diagnostic.

Cauzele infectiei asociate asistentei medicale

- sterilizarea defectuasa a ustensilelor cu care se efectueaza tratamente, investigatii, ingrijiri
- nerespectarea rgulilor de aseptie si antiseptie
- intretinerea defectuasa a igienei corporale a bolnavilor, a personalului
- curatenia si dezinfectia defectuasa a rufariei de pat, de corp, a paturilor, saltelelor, a imbracamintei de protectie a personalului sanitar
- curatenia si dezinfectia necorespunzatoare a localului : paviment, pereti, mobilier, instalatii sanitare
- nerespectarea cicutelor functionale (bolnavi, instrumente, medicamente, alimente, lenjerie, reziduri)
- aglomerarea de bolnavi, vizitatori, personal, elevi si studenti in practica
- purtatori necunoscuti de germeni

Supravegherea, prevenirea si limitarea infectiilor asociate asistentei medicale

ORDIN Nr. 1101/2016 din 30 septembrie 2016 privind aprobarea Normelor de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale in unitatile sanitare

1. Unitatile sanitare publice si private cu paturi asigura organizarea si functionarea serviciilor/compartimentelor de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale.

2. Unitatile sanitare publice si private cu paturi vor raspunde pentru activitatile de supraveghere, prevenire si limitare a infectiilor asociate asistentei medicale, prin asumarea responsabilitatii profesionale si juridice, in conformitate cu legislatia.

3. In toate unitatile sanitare cu paturi se va infiinta Comitetul de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, din care vor face parte: seful serviciului/compartimentului de prevenire a infectiilor asociate asistentei medicale, medicul responsabil de politica de utilizare a antibioticelor, directorul medical, directorul de ingrijiri, dupa caz, farmacistul, microbiologul/medicul de laborator din laboratorul propriu sau desemnat de laboratorul cu care unitatea are contract, toti sefii de sectie. Comitetul este

condus de șeful serviciului/coordonatorul compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale și are obligația de a se întâlni trimestrial sau la nevoie pentru analiza situației și elaborarea de propuneri către Comitetul director.

4. Unitățile sanitare ambulatorii de specialitate cu paturi, de spitalizare de zi, centrele multifuncționale, unitățile sanitare de asistență medico-socială, sanatoriile, alte tipuri de unități sanitare, indiferent de forma de organizare, vor desemna, din personalul propriu, un medic care a absolvit un curs de perfecționare profesională în domeniu, responsabil pentru activitățile specifice de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale, cu activitate de 0,5 normă, în conformitate cu legea.

5. Îndrumarea metodologică a personalului și a activităților desfășurate în cadrul serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale din unitățile sanitare publice se realizează de către compartimentul de specialitate din cadrul direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București.

6. Intervenția și expertiza de specialitate, în cazul unor focare epidemice sau situații de risc declarat, sunt asigurate, la solicitarea unității sau prin autosesizare, de către compartimentele/structurile specializate ale direcțiilor de sănătate publică județene și a municipiului București, cu titlu de gratuitate, cu finanțare din bugetul de stat, din venituri proprii sau din fonduri ale programului național de sănătate, după caz.

METODOLOGIA de supraveghere a expunerii accidentale a personalului care lucrează în sistemul sanitar la produse biologice

Scop: reducerea riscului de infecție postexpunere la sânge și la alte produse biologice la personalul care lucrează în sistemul sanitar

Atribuții în unitățile sanitare cu paturi

1. Compartimentul/Secția în care a avut loc expunerea accidentală

a) Persoana expusă accidental aplică imediat protocolul de management al expunerii accidentale la produse biologice, respectiv:

1. îngrijire de urgență:

- expunere cutanată: spălare cu apă și săpun 5 minute;

- expunere percutanată: spălare cu apă și săpun, urmată de aplicarea unui antiseptic cu timp de contact conform recomandărilor producătorului;

- expunere mucoasă: spălare cu ser fiziologic sau cu apă 5 minute.

2. chimioprofilaxie, pentru infecția HIV, administrată în funcție de tipul expunerii, starea pacientului-sursă

3. vaccinare postexpunere:

- în prima oră de la accident se prezintă la medicul șef de secție/compartiment sau la medicul șef de gardă;

- în termen de 24 de ore se prezintă la responsabilul serviciului/compartimentului de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale pentru consultanță în vederea evaluării riscului;

- în termen de maximum 48 de ore anunță medicul de medicina muncii pentru luarea în evidență;

PRECAUȚIUNILE STANDARD

Măsuri minime obligatorii pentru prevenirea și limitarea infecțiilor asociate asistenței medicale

Măsurile standard reprezintă măsurile minime de prevenire a infecției care se aplică tuturor pacienților îngrijiiți, indiferent de statutul de infecțiozitate suspectat sau confirmat al pacientului, în orice cadru unde este asigurată asistență medicală.

Aceste proceduri sunt concepute atât pentru a proteja personalul sanitar, cât și pentru a preveni răspândirea infecțiilor în rândul pacienților.

Măsurile standard includ:

1. igiena mâinilor, care este esențială pentru a reduce riscul de răspândire a infecțiilor. Utilizarea antisepticelor alcoolice este metoda preferată în toate situațiile clinice, cu excepția cazurilor când mâinile sunt vizibil murdare (de exemplu, sânge, alte fluide biologice) sau după examinarea pacienților cu infecție cu *Clostridium difficile* sau norovirus, situații în care trebuie utilizate apă și săpunul;

2. utilizarea echipamentului individual de protecție (de exemplu: mănuși, halate, protectoare faciale), în funcție de expunerea anticipată. Igiena mâinilor este întotdeauna etapa finală după îndepărtarea și aruncarea echipamentului;

3. practici sigure de injectare, proceduri specifice pentru a preveni transmiterea bolilor infecțioase de la un pacient la altul sau între un pacient și personalul medical în timpul preparării și administrării medicamentelor de uz parenteral;

4. manipularea în condiții de siguranță a echipamentelor medicale sau contactul cu suprafețele potențial contaminate din imediata apropiere a pacientului, proceduri specifice pentru prevenirea transmiterii bolilor infecțioase de la un pacient la altul sau între un pacient și personalul medical în timpul manipulării echipamentelor medicale și contactul cu obiectele sau suprafețele din mediu;

5. igiena respiratorie și eticheta de tuse (tehnica de tuse și strănut cu utilizarea de batiste de nas de unică folosință cu poziționarea la minimum 1 metru față de celelalte persoane, urmată de igiena mâinilor), ca element al precauțiilor standard care se adresează în primul rând pacienților și însoțitorilor acestora cu simptomatologie de posibilă infecție respiratorie care se aplică oricărei persoane cu asemenea manifestări când intră în unitatea sanitară. Acest element al precauțiilor standard este aplicat pentru prevenirea promptă a infecțiilor respiratorii și trebuie aplicată la intrarea în unitatea sanitară (zonele de recepție și de triaj ale pacienților).

Precauțiile adresate căii de transmitere

Măsuri de precauție care se adresează căii de transmitere a agentului patogen sunt destinate să completeze precauțiile standard la pacienții cu colonizări sau infecții, probabile sau cunoscute, cu agenți patogeni transmisibili sau cu patogeni importanți din punct de vedere epidemiologic. Aceste măsuri de precauție suplimentare sunt utilizate pentru situațiile în care calea de transmitere nu este complet întreruptă prin utilizarea precauțiilor standard.

Cele trei categorii de măsuri adresate căilor de transmitere includ:

- Căile de transmitere pentru care pot fi necesare măsuri suplimentare de precauție sunt:

1. Transmiterea prin contact:

1.1. direct, când microorganismul se poate transmite de la o persoană la alta (contactul cu produse biologice): în timpul asistenței medicale și îngrijirii bolnavului de către cadrele medicale sau în contact cu membrii familiei sau cu alți pacienți;

1.2. indirect, prin intermediul suprafețelor/obiectelor contaminate care implică transferul unui microorganism printr-o contaminare intermediară (de exemplu, contaminarea obiectelor, echipamentului, mâncării), când:

1.2.1. igiena mâinii personalului ce asigură actul medical/îngrijire este inadecvată;

1.2.2. echipamentul nu este curățat, dezinfectat sau sterilizat corespunzător între pacienți;

1.2.3. patogenii sunt transferați prin instrumentar.

2. Transmiterea prin picături:

2.1. picăturile infecțioase expulzate, atunci când se strănută sau se tușește, sunt prea grele pentru a pluti în aer și se transferă la mai puțin de 2 m de la sursă;

2.2. răspândirea picăturilor poate fi:

2.2.1. directă - se realizează când acestea ajung la nivelul mucoaselor sau sunt inhalate;

2.2.2. indirectă - se realizează când acestea cad pe suprafețe sau mâini și sunt transmise pe mucoase sau alimente. Acest mod de transmitere este mai frecvent și este descris în infecțiile respiratorii comune, gripă, infecții cu virus sincițial.

3. Transmiterea aeriană - transmitere care se realizează prin intermediul particulelor mici ($\leq 5 \mu m$ în mărime) care transportă microbii și pot fi transferați prin intermediul curenților de aer pe o distanță mai mare de 2 m de la sursă. Aceste particule sunt inhalate (de exemplu, în cazul varicelei zoster, rujelei și tuberculozei pulmonare).

Măsurile suplimentare de precauție care vizează calea de transmitere includ:

1. pentru transmiterea prin contact:

1.1. utilizarea echipamentului de protecție când este posibil contactul cu un mediu contaminat cu microbi rezistenți la antibiotice (de exemplu, enterococi rezistenți la vancomicină (VRE), Staphylococcus aureus rezistent la meticilină MRSA) sau Clostridium difficile;

1.2. pacientul se poate amplasa într-o rezervă singur sau într-un salon cu un alt pacient infectat cu același patogen;

1.3. la intrarea în salon trebuie purtate mănuși curate și echipament de protecție curat;

2. pentru transmiterea prin picături pacientul se amplasează într-o rezervă singur sau se cohortează într-un salon cu alți pacienți infectați cu același agent patogen.

Este necesară purtarea de protectoare faciale când se lucrează la 1 - 2 metri de pacient. În situația în care este necesar transportul pacientului, acestuia i se aplică o mască.

3. pentru transmiterea aeriană - plasarea pacientului într-o cameră de izolare cu presiune negativă a aerului în raport cu coridoarele, aerul fiind evacuat direct spre exterior sau recirculat prin filtre HEPA de înaltă eficiență cu 6 - 12 schimburi de aer pe oră.

În rezervele cu antecameră (sasuri), riscul de circulație al aerului între cameră și coridor este redus la minimum. Acest sistem este mai ușor de susținut, dar dificil de amenajat din punct de vedere arhitectonic.

În situația în care nu există astfel de facilități simpla plasare a pacientului singur într-o rezervă care să aibă grup sanitar și duș reduce riscul de transmitere.

Pentru bolile care au mai multe căi de transmitere se poate utiliza o combinație de măsuri de precauție. Fie că aceste măsuri sunt utilizate singular sau în combinație, acestea trebuie utilizate întotdeauna în plus față de precauțiile standard.

Este important de reținut:

Microorganismele care cauzează infecții asociate asistenței medicale pot să fie transmise de la pacienți infectați sau colonizate la alți pacienți și la personalului medical, de îngrijire sau auxiliar. Măsurile adecvate și aplicate în mod corespunzător pot reduce transmiterea acestora.

Măsurile se aplică în conformitate cu semnele și simptomele pacientului și în general nu se așteaptă rezultatele de laborator.

3. Profilaxia și combaterea infecțiilor asociate asistenței medicale

ORDIN Nr. 961/2016 din 19 august 2016

pentru aprobarea Normelor tehnice privind curățarea, dezinfecția și sterilizarea în unitățile sanitare

CAPITOLUL II

Curățarea

ART. 2

(1) Curățenia reprezintă rezultatul aplicării corecte a unui program de curățare.

(2) Suprafețele și obiectele pe care se evidențiază macro- sau microscopic materii organice ori anorganice se definesc ca suprafețe și obiecte murdare.

ART. 3

Curățarea se realizează cu detergenți, produse de întreținere și produse de curățat.

ART. 4

În utilizarea produselor folosite în activitatea de curățare se respectă următoarele reguli fundamentale:

a) respectarea tuturor recomandărilor producătorului;

b) respectarea normelor generale de protecție a muncii, conform prevederilor legale în vigoare;

c) se interzice amestecul produselor;

d) se interzice păstrarea produselor de curățare în ambalaje alimentare;

e) produsele se distribuie la locul de utilizare, respectiv la nivelul secțiilor sau compartimentelor, în ambalajul original sau în recipiente special destinate, etichetate cu identificarea produsului.

ART. 5

(1) Urmărirea și controlul programului de curățare revin personalului unității sanitare, care, conform legislației în vigoare, este responsabil cu prevenirea, supravegherea și limitarea infecțiilor asociate îngrijirilor medicale din unitate.

(2) Programul de curățare este parte integrantă a planului propriu unității sanitare de prevenire, supraveghere și limitare a infecțiilor asociate îngrijirilor medicale.

(3) Ustensilele de curățare vor fi special dedicate fiecărei zone de risc identificate pe harta riscurilor în unitatea sanitară.

ART. 6

(3) În fiecare secție sau compartiment trebuie să existe încăperi special destinate pentru:

a) spațiu pentru produse și ustensile aflate în rulaj și pregătirea activității de curățare;

b) spațiu de depozitare/dezinfecție a ustensilelor și materialelor utilizate.

(4) Spațiul de depozitare și pregătire din secții/compartimente prevăzut la alin. (3) lit. b) trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) pavimentul și pereții să fie impermeabili și ușor de curățat;

b) să existe aerisire naturală;

c) să existe iluminat corespunzător;

d) zona de depozitare să permită aranjarea în ordine a materialelor de curățare și accesul ușor la acestea;

e) să aibă o suprafață care să permită desfășurarea activității de pregătire a ustensilelor și a materialelor utilizate în procedura de curățare;

f) să dețină sursă de apă rece și caldă;

g) să existe chiuvetă, dotată cu dispenser cu săpun lichid, pentru igiena personalului care efectuează curățarea.

(5) Spațiul de depozitare/dezinfecție a ustensilelor și materialelor utilizate din secții/compartimente prevăzut la alin. (3) lit. a) trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

a) pavimentul și pereții să fie impermeabili și ușor de curățat;

b) să existe aerisire naturală;

c) să existe iluminat corespunzător;

d) să existe cuvă sau bazin cu apă pentru dezinfecția și spălarea ustensilelor folosite la efectuarea curățării sau mașini de spălat cu uscător;

e) să existe suport uscător pentru mănușile de menaj, mopuri, perii și alte ustensile;

f) să existe chiuvetă, dotată cu dispenser cu săpun lichid, pentru igiena personalului care efectuează curățarea;

g) să existe pubelă și saci colectori de unică folosință pentru deșuri, conform legislației în vigoare.

ART. 7

(1) Întreținerea ustensilelor folosite pentru efectuarea curățării se face după fiecare operațiune de curățare și la sfârșitul zilei de lucru.

(2) Ustensilele utilizate se spală, se curăță, se dezinfectează și se usucă, cu respectarea circuitelor funcționale.

(3) Curățarea și dezinfecția ustensilelor complexe se efectuează conform recomandărilor producătorului.

(4) Personalul care execută operațiunile de curățare și dezinfecție a materialului de curățare trebuie să poarte mănuși de menaj sau mănuși de latex.

CAPITOLUL III

Dezinfecția

ART. 8

(1) Dezinfecția este procedura care se aplică numai după curățare și este urmată de clătire, după caz. Excepția este reprezentată de situația în care suportul care trebuie tratat a fost contaminat cu produse

biologice. În această situație prima etapă este de dezinfecție, apoi se realizează curățarea urmată de încălzirea etapei de dezinfecție și clătire, după caz.

(2) În orice activitate de dezinfecție se aplică măsurile de protecție a muncii, conform prevederilor legislației în vigoare, pentru a preveni accidentele și intoxicațiile.

ART. 9

Dezinfecția prin căldură uscată sau flambarea este utilizată exclusiv în laboratorul de microbiologie.

ART. 10

Dezinfecția prin căldură umedă se utilizează numai în cazul spălării automatizate a lenjeriei și a veselei, cu condiția atingerii unei temperaturi de peste 90 grade C.

ART. 11

(1) Dezinfecția cu raze ultraviolete este indicată în dezinfecția suprafețelor netede și a aerului în boxe de laborator, săli de operații, alte spații închise, pentru completarea măsurilor de curățare și dezinfecție chimică.

(2) Aparatele de dezinfecție cu raze ultraviolete, autorizate conform prevederilor legale în vigoare, sunt însoțite de documentația tehnică, ce cuprinde toate datele privind caracteristicile și modul de utilizare și de întreținere al aparatelor, pentru a asigura o acțiune eficientă și lipsită de nocivitate.

(3) Se va întocmi evidența orelor de funcționare pentru lămpile de ultraviolete.

ART. 12

Dezinfecția prin mijloace chimice se realizează prin utilizarea produselor biocide.

ART. 13

(1) Produsele biocide utilizate pentru dezinfecție în unitățile sanitare se încadrează în grupa principală I, tip de produs 1 și 2, conform prevederilor Regulamentului (UE) nr. 528/2012 al Parlamentului European și al Consiliului din 22 mai 2012 privind punerea la dispoziție pe piață și utilizarea produselor biocide.

(2) În unitățile sanitare, în afara produselor tip 1 și 2, se mai utilizează și produse biocide tip 4, 14 și 18 (menținerea igienei în zona de distribuție și preparare a alimentelor sau cele utilizate în activitățile de dezinfectare și pentru acțiunile de dezinsecție).

(3) Produsele biocide încadrate în tipul 1 de produs sunt utilizate pentru:

- a) dezinfecția igienică a mâinilor prin spălare;
- b) dezinfecția igienică a mâinilor prin frecare;
- c) dezinfecția pielii intacte.

(4) Produsele biocide încadrate, conform prevederilor legale în vigoare, în tipul 2 de produs sunt utilizate pentru:

- a) dezinfecția suprafețelor;
- b) dezinfecția manuală a dispozitivelor medicale, dezinfecția prin imersie, dezinfecția la mașini automate;
- c) dezinfecția lenjeriei/material moale.

ART. 14

În funcție de eficacitate, de timpul de contact și de concentrația utilizată, nivelurile de dezinfecție sunt:

- a) dezinfecție de nivel înalt;
- b) dezinfecție de nivel intermediar;
- c) dezinfecție de nivel scăzut.

ART. 15

Este obligatorie respectarea concentrațiilor și a timpului de contact specificate în avizul produsului.

ART. 19

Igiena mâinilor și dezinfecția pielii se realizează după cum urmează:

a) spălarea simplă igienică a mâinilor se face utilizându-se apă și săpun lichid; această procedură nu este un substitut pentru dezinfecția igienică a mâinilor.

b) dezinfecția igienică a mâinilor se face prin spălare sau frecare, utilizându-se de rutină un produs antiseptic de preferat pe bază de alcool; în cazurile de infecție cu Clostridium difficile dezinfecția igienică a mâinilor se face cu apă și săpun, nu cu soluții alcoolice;

c) dezinfecția chirurgicală a mâinilor prin spălare sau prin frecare este procedura care se realizează numai după dezinfecția igienică a mâinilor, utilizându-se un produs antiseptic.

ART. 20

Criteriile de utilizare și păstrare corectă a produselor antiseptice sunt următoarele:

- a) un produs se utilizează numai în scopul pentru care a fost avizat;
- b) se respectă întocmai indicațiile de utilizare de pe eticheta produsului;
- c) se respectă întocmai concentrația și timpul de contact precizate în avizul produsului;
- d) pe flacon se notează data și ora deschiderii și data-limită până la care produsul poate fi utilizat în conformitate cu recomandările producătorului;
- e) la fiecare utilizare, flaconul trebuie deschis și închis corect;
- f) flaconul se manipulează cu atenție; în cazul flacoanelor cu antiseptic este interzisă atingerea gurii flaconului, pentru a se evita contaminarea;
- g) este interzisă transvazarea în alt flacon;
- h) este interzisă recondiționarea flaconului;
- i) este interzisă completarea unui flacon pe jumătate golit în alt flacon;
- j) este interzisă amestecarea, precum și utilizarea succesivă a două produse diferite;
- k) se recomandă alegerea produselor care se utilizează ca atare și nu necesită diluție;
- l) sunt de preferat produsele condiționate în flacoane cu cantitate mică;
- m) flacoanele trebuie păstrate la adăpost de lumină și departe de surse de căldură.

ART. 21

Procedurile recomandate pentru dezinfecția mâinilor, în funcție de nivelul de risc, se efectuează conform anexei nr. 3 la ordin.

ART. 22

Criteriile de alegere corectă a dezinfectantelor sunt următoarele:

- a) spectrul de activitate adaptat obiectivelor fixate;
- b) timpul de acțiune;
- c) în funcție de secția din unitatea sanitară în care sunt utilizate, dezinfectanțele trebuie să aibă eficiență și în prezența substanțelor interferente: sânge, puroi, vomă, diaree, apă dură, materii organice;
- d) să aibă remanență cât mai mare pe suprafețe;
- e) să fie compatibile cu materialele pe care se vor utiliza;
- f) gradul de periculozitate (foarte toxic, toxic, nociv, coroziv, iritant, oxidant, foarte inflamabil și inflamabil) pentru personal și pacienți;
- g) să fie ușor de utilizat;
- h) să fie stabile în timp;
- i) natura suportului care urmează să fie tratat;
- j) riscul de a fi inactivat de diferite substanțe sau condiții de mediu, așa cum este prevăzut în fișa tehnică produsului;
- k) să fie biodegradabile în acord cu cerințele de mediu.

ART. 23

(1) Reguli generale de practică ale dezinfecției:

- a) dezinfecția completează curățarea, dar nu o suplințește și nu poate înlocui sterilizarea sau dezinfecția de tip înalt în cazul dispozitivelor termosensibile;
- b) pentru dezinfecția în focar se utilizează dezinfectante cu acțiune asupra agentului patogen incriminat sau presupus;
- c) utilizarea dezinfectantelor se face respectându-se normele de protecție a muncii, care să prevină accidentele și intoxicațiile;

d) personalul care utilizează în mod curent dezinfectantele trebuie instruit cu privire la noile proceduri sau la noile produse dezinfectante;

e) în fiecare încăpere în care se efectuează operațiuni de curățare și dezinfecție trebuie să existe în mod obligatoriu un grafic zilnic orar, în care personalul responsabil va înregistra tipul operațiunii, ora de efectuare și semnătura; aceste persoane trebuie să cunoască în orice moment denumirea dezinfectantului utilizat, data preparării soluției de lucru și timpul de acțiune, precum și concentrația de lucru.

(2) La prepararea și utilizarea soluțiilor dezinfectante sunt necesare:

a) cunoașterea exactă a concentrației de lucru în funcție de suportul supus dezinfecției;

b) folosirea de recipiente curate;

c) utilizarea soluțiilor de lucru în cadrul perioadei de stabilitate și eficacitate, conform unei corecte practici medicale, pentru a se evita contaminarea și degradarea sau inactivarea lor.

(3) Efectuarea controlului chimic și bacteriologic, prin sondaj, al soluțiilor dezinfectante în curs de utilizare se realizează prin intermediul bandetelor test aferente produsului.

ART. 24

Alegerea metodei de dezinfecție și/sau sterilizare pentru suprafețe, instrumentar și echipamente trebuie să țină cont de categoria din care acestea fac parte: noncritice, semicritice și critice.

ART. 25

Suprafețele, instrumentarul și echipamentele sunt clasificate după cum urmează:

a) critice - cele care vin în contact cu țesuturile corpului uman sau penetrează țesuturile, inclusiv sistemul vascular, în mod normal sterile. Exemple: instrumentarul chirurgical, inclusiv instrumentarul stomatologic, materialul utilizat pentru suturi, trusele pentru asistență la naștere, echipamentul personalului din sălile de operații, câmpuri operatorii, meșele și tampoanele, tuburile de dren, implanturile, acele și seringile, cateterle cardiace și urinare, dispozitivele pentru hemodializă, toate dispozitivele intravasculare, endoscoapele flexibile sau rigide utilizate în proceduri invazive, echipamentul pentru biopsie asociat endoscoapelor, acele pentru acupunctură, acele utilizate în neurologie; aceste dispozitive trebuie sterilizate;

b) semicritice - care vin în contact cu mucoase intacte și nu penetrează bariera tegumentară, cu excepția mucoasei periodontale sau pielea având soluții de continuitate.

Acestea ar trebui să beneficieze de cel puțin dezinfecție la nivel mediu.

Exemple: suprafața interioară a incubatoarelor pentru copii și dispozitivele atașate acestora (mască de oxigen, umidificator), endoscoapele flexibile și rigide utilizate exclusiv ca dispozitive pentru imagistică, laringoscoapele, tuburile endotraheale, echipamentul de anestezie și respirație asistată, diafragmele, termometrele de sticlă, termometrele electronice, ventuzele, vârfurile de la seringile auriculare, specul nazal, specul vaginal, abaiselang-urile, instrumentele utilizate pentru montarea dispozitivelor anticoncepționale, accesoriile pompișelor de lapte.

Suprafețele inerte din secții și laboratoare, stropite cu sânge, fecale sau cu alte secreții și/sau excreții potențial patogene, și căzile de hidroterapie utilizate pentru pacienții a căror piele prezintă soluții de continuitate sunt considerate semicritice;

c) noncritice - care nu vin frecvent în contact cu pacientul sau care vin în contact numai cu pielea intactă a acestuia. Aceste dispozitive trebuie să fie curățate și trebuie aplicată o dezinfecție scăzută.

Exemple: stetoscoape, ploști, urinare, manșeta de la tensiometru, specul auricular, suprafețele hemodializatoarelor care vin în contact cu dializatul, cadrele pentru invalizi, suprafețele dispozitivelor medicale care sunt atinse și de personalul medical în timpul procedurii, orice alte tipuri de suporturi.

Suprafețele inerte, cum sunt pavimentele, pereții, mobilierul de spital, obiectele sanitare ș.a., se încadrează în categoria noncritice.

ART. 26

Metodele de aplicare a dezinfectantelor chimice în funcție de suportul care urmează să fie tratat sunt prevăzute în anexa nr. 4 la ordin.

ART. 27

Dezinfecția curentă și/sau terminală, efectuată numai cu dezinfectanți de nivel înalt, este obligatorie în:

a) secțiile de spitalizare a cazurilor de boli transmisibile;

b) situația evoluției unor cazuri de infecții asociate asistenței medicale;

c) situațiile de risc epidemiologic (evidențierea cu ajutorul laboratorului a circulației microorganismelor patogene);

d) secțiile cu risc înalt: secții unde sunt asistați pacienți imunodeprimați, arși, neonatologie, prematuri, secții unde se practică grefe/transplant (de măduvă, cardiace, renale etc.), secții de oncologie și oncohematologie);

e) blocul operator, blocul de nașteri;

f) secțiile de reanimare, terapie intensivă;

g) serviciile de urgență, ambulanță, locul unde se triază lenjeria.

ANEXA 3

PROCEDURILE RECOMANDATE pentru dezinfecția mâinilor, în funcție de nivelul de risc

Nivelul de risc	Proceduri aplicate	Indicații
Minim	- spălarea simplă igienică a mâinilor cu apă și săpun lichid	- când mâinile sunt vizibil murdare - la începutul și la sfârșitul programului de lucru - înainte și după utilizarea mănușilor (sterile sau nesterile) - înainte și după activitățile de curățare - înainte și după contactul cu pacienții - după utilizarea grupului sanitar (WC)
Intermediar	- spălare cu apă și săpun lichid, urmată de dezinfecția igienică a mâinilor prin frecare cu un antiseptic, de regulă pe bază de alcool sau - dezinfecția igienică a mâinilor prin spălare cu apă și săpun antiseptic	- după contactul cu un pacient septic izolat - înainte de realizarea unei proceduri invazive - după orice contact accidental cu sângele sau cu alte lichide biologice - după contactul cu un pacient infectat și/sau cu obiectele din salonul acestuia - după toate manevrele potențial contaminante - înainte de contactul cu un pacient izolat profilactic - înaintea manipulării dispozitivelor intravasculare, tuburilor de dren pleurale sau similare - între manevrele efectuate succesiv la același pacient - înainte și după îngrijirea plăgilor
Înalt	- dezinfecția chirurgicală a mâinilor prin frecare cu antiseptic pe bază de alcool, după spălarea prealabilă cu apă sterilă și săpun antiseptic	- înainte de toate intervențiile chirurgicale, obstetricale - înaintea tuturor manevrelor care necesită o asepzie de tip chirurgical

ANEXA 4

METODELE de aplicare a dezinfectantelor chimice în funcție de suportul care urmează să fie tratat

Suportul de tratat	Metoda de aplicare	Observații
Suprafețe		
Pavimente (mozaic, ciment, linoleum, lemn etc.)	Ștergere	Curățare riguroasă, apoi dezinfecție (ce poate fi de nivel scăzut, mediu sau înalt, în cazul prezenței produselor biologice)
Pereți (faianță, tapet lavabil, uleiăți etc.), uși, ferestre (tocărie)	Ștergere Pulverizare*)	Se insistă asupra curățării părților superioare ale pervazurilor și a altor suprafețe orizontale, precum și ale colțurilor, urmată de dezinfecție (ce poate fi de nivel scăzut, mediu sau înalt, în cazul prezenței produselor biologice).
Mobilier, inclusiv paturi și noptiere (din lemn, metal, plastic)	Ștergere Pulverizare*)	Curățare riguroasă și dezinfecție de nivel scăzut sau mediu a suprafețelor orizontale (partea superioară a dulapurilor, a rafturilor etc.)
Mese de operație, mese instrumentar, suprafețe pentru pregătirea tratamentului, suprafețe pentru depozitarea temporară a produselor patologice recoltate, lămpi scialitice, mese de înfășat, mese de lucru în laborator	Ștergere Pulverizare*)	Dezinfecție de nivel înalt, curățare riguroasă, dezinfecție de nivel înalt
Mușamale din cauciuc sau plastic, colac din cauciuc etc.	Ștergere Imersie	Dezinfecție de nivel mediu, apoi curățare
Cărucioare, târgi	Ștergere	Curățare, dezinfecție de nivel mediu sau înalt În funcție de prezența produselor biologice de la pacienți, întâi se realizează dezinfecția de nivel înalt, apoi curățare, dezinfecție de nivel înalt.
Obiecte sanitare, recipiente de colectare, materiale de curățare		
Băi, băițe pentru copii, chiuvete, bazine de spălare	Ștergere	Curățare, dezinfecție de nivel mediu sau înalt
Ploști, olițe, urinare	Imersie	Dezinfecție de nivel mediu,

	Mașini automate	curățare, dezinfecție de nivel înalt Se păstrează uscate în locuri special destinate. În cazul mașinilor automate se urmează instrucțiunile producătorului.
Grupuri sanitare (WC, bazine, scaune WC, pisoare), grătare din lemn sau plastic pentru băi și dușuri	Ștergere	Curățare, dezinfecție de nivel mediu
Sifoane de pardoseală, sifoane de scurgere	Se toarnă un produs dezinfectant de nivel scăzut.	Dezinfecție de nivel scăzut
Găleți pentru curățare, ustensile pentru curățare (perii, mop, teu, lavete, cârpe etc.)	Spălare	Curățare, dezinfecție de nivel scăzut În cazul contactului cu produse biologice, întâi dezinfecție de nivel mediu sau scăzut, apoi curățare și dezinfecție de nivel scăzut.
Recipiente pentru colectarea deșeurilor menajere, pubele	Spălare	Curățare, dezinfecție de nivel scăzut
Lenjerie și echipamente de protecție		
Lenjerie contaminată (murdărită cu excremente, produse patologice și lenjerie care provine de la bolnavi contagioși)	Imersie	Dezinfecție de nivel mediu Se pot folosi mașini de spălat automate cu program de dezinfecție inclus; necesită predezinfecție inițială înaltă și dezinfecție finală de nivel mediu.
Alte categorii		Spălare la mașini automate cu ciclu termic de dezinfecție sau fierbere
Echipament de protecție și de lucru din material textil	Imersie	Curățare, dezinfecție de nivel scăzut sau înalt, pentru cel contaminat cu produse biologice
Șorțuri impermeabile din cauciuc și plastic	Ștergere	Dezinfecție de nivel mediu, curățare urmată de dezinfecție de nivel mediu
Zone de preparare și distribuție alimente		
Veselă, tacâmuri, alte ustensile de consum, echipamente	Imersie sau ștergere	Curățare, dezinfecție de nivel mediu, clătire Pentru dezinfecție se utilizează un produs biocid care se încadrează în timpul de produs 4.

		Acestea pot fi procesate și în mașini automate.
Suprafețe (pavimente, pereți, mese)	Ștergere Pulverizare*)	Curățare, dezinfecție de nivel mediu, clătire Pentru dezinfecție se utilizează un produs biocid care se încadrează în tipul de produs 2.

____|

Cazarmament
Folosirea dezinfectantelor special destinate, de nivel mediu, iar pentru obiectele care provin de la bolnavii cu tuberculoză pulmonară, în spații special amenajate, a dezinfectantelor de nivel înalt, în absența pacienților.
Reglementările privind lenjeria se regăsesc în Normele privind serviciile de spălătorie pentru unitățile medicale, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.025/2000**)

Saltele, huse pentru saltele, perne, păaturi, halate din molton, îmbrăcăminte	Pulverizare*)	În spații etanșeizate și în funcție de: - temperatură; - umiditate relativă; - timpul de expunere.
	Vaporizare	Cameră specială
	Vaporizare	În saloane și alte spații de cazare și în funcție de: - temperatură; - umiditate relativă; - timpul de expunere. Doar în cazuri speciale (eliminatori de BK)

*) În cazul în care dezinfectantul se aplică prin pulverizare se va utiliza cantitatea specificată în aviz pentru a fi utilizată pentru un m² sau un m³ la timpii recomandați.

**) Ordinul ministrului sănătății nr. 1.025/2000 pentru aprobarea Normelor privind serviciile de spălătorie pentru unitățile medicale nu a fost publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I.

5. Precauțiuni universale

SCOPUL APLICĂRII PU:

- prevenirea transmiterii infecțiilor cu cale de transmitere la locul de muncă al personalului.

CONCEPTUL DE PU se referă la:

- sângele, alte fluide biologice și țesuturile tuturor pacienților sunt considerate infectate cu HIV și HBV și alți agenți microbieni cu cale de transmitere parenterală
- toți pacienții potențiali infectați cu HIV, HBV sau cu alți agenți microbieni cu cale de transmitere sanguină, deoarece:
 - cei mai mulți dintre purtătorii de HIV, HBV și alți agenți microbieni sunt asimptomatici și nu-și cunosc propria stare de portaj
 - testarea simptomatică pentru HIV și HBV s-a dovedit neeficientă și chiar mai mult o încălcare a drepturilor omului la viața privată

REGULI DE BAZĂ ÎN APLICAREA PU:

- consideră toți pacienții potențiali infectați
- consideră că sângele, alte fluide biologice și țesuturile sunt contaminate cu HIV și HBV
- consideră că acele și alte obiecte folosite în practica medicală sunt contaminate după utilizare

CONTACTUL tegumentelor și mucoaselor cu următoarele produse **trebuie** considerat la risc:

- sânge
- lichid amniotic, lichid pericardiac, lichid peritoneal, lichid pleural, lichid sinovial, lichid cefalorahidian
- sperma și secrețiile vaginale
- orice alte fluide organice vizibil contaminate cu sânge

Aplicare PU se referă la:

1. Utilizarea echipamentului adecvat complet, corect:

1.1. DEFINIȚIE „ECHIPAMENT DE PROTECȚIE”: bariera între lucrător și sursa de infecție, utilizată în timpul activităților care presupun risc de infecție

1.2. categorii de bariere utilizare pentru aplicarea precauțiunilor universale:

MĂNUȘI:

CÂND?

- anticiparea contactului mâinilor cu sânge, cu lichide biologice contaminate, alte lichide biologice, cu urme vizibile de sânge, țesuturi umane,
- abord venos sau arterial
- recoltare de LCR
- contact cu pacienți care sângerează, au plăgi deschise, escare de decubit, alte leziuni cutanate
- manipularea după utilizarea instrumentarului contaminat în vederea curățării/decontaminării

FELUL MĂNUȘILOR:

de uz unic:

- chirurgie
- examinare internă: sterile, intervenții care implică un contact cu regiuni ale corpului în mod normal
- sterile; uneori sunt necesare mănuși duble
- abord vascular prin puncție
- tegument pacient cu soluții de continuitate
- manipularea unor materiale potențial contaminate
- necsterile, curate, examinări curente, care implică un contact cu mucoasele, dacă nu există o recomandare contrară

reutilizabile:

- manipularea de materiale contaminate
- curățenia, îndepărtarea de produse biologice contaminate
- de uz general, menaj, de cauciuc; activități de întreținere care implică în contact cu sânge și alet produse biologice considerate a fi contaminate: colectare materiale contaminate, curățirea și decontaminarea instrumentar, material moale, suprafețe contaminate
- mărime potrivită

MOD DE FOLOSIRE

- schimbarea după fiecare pacient
- după folosire se spală mai întâi mâinile cu mănuși, după care acestea se îndepărtează, prinzând marginea primeia prin exterior aruncând-o în containerul pentru colectare și apoi prinzând-o pe cealaltă, cu mâna liberă prin interior, scoțând-o cu grijă și aruncând-o în același container aflat la îndemână;
- după îndepărtarea mănușilor mâinile se spală din nou, 10- 15 secunde, chiar dacă mănușile nu prezintă semne vizibile de deteriorare;
- mănușile de unică utilizare nu se reutilizează, deci nu se curăță, dezinfectează;
- mănușile de uz general se pot decontamina și reutiliza, dacă nu prezintă semne de deteriorare.

HALATE OBIȘNUTE

- în timpul tuturor activităților din unitățile medicale,

ȘORTURI, BLUZE IMPERMEABILE

- completează portul halatelor atunci când se anticipează producerea de stropi, picături, jeturi cu produse biologice potențial contaminate, protejând tegumentele personalului medical din:

- secții cu profil chirurgical,
- laboratoare;
- servicii de anatomie patologică, medicină legală;
- unele activități administrative;
- servicii de urgență.

MASCA, protejează:

- tegumentele;

- mucoasele bucală și nazală ale personalului medical prestator

PROTECTOARE FACIALE

ECHIPAMENTE DE RESUSCITARE, protejează mucoasa bucală în timpul instituirii respirației artificiale

BONETE

2.SPĂLAREA MĂINILOR și a altor părți ale tegumentele

IMPORTANTĂ:

- cel mai important și uneori singurul mod de prevenire a contaminării, a diseminării agenților microbieni.

CÂND?

- la intrarea în serviciu și la părăsirea locului de muncă ;
- la intrarea și ieșirea din salonul de bolnavi;
- înainte și după examinarea fiecărui bolnav; atenție la bolnavii cu mare receptivitate;
- înainte și după aplicarea fiecărui tratament;
- înainte și după efectuarea de investigații și proceduri invazive;
- după scoaterea mănușilor de protecție;
- după scoaterea măștii folosită la locul de muncă;
- înainte de prepararea și distribuirea alimentelor și a medicamentelor administrate per os;
- după folosirea batistei;
- după folosirea toaletei;
- după trecerea mâinii prin păr;
- după activități administrative gospodărești.

CUM?

- îndepărtarea bijuteriilor, (inele, brățări) a ceasurilor,
- unghii îngrijite tăiate scurt;
- utilizarea de apă curentă și săpun pentru spălarea obișnuită;
- două săpuniri consecutive;
- în cazuri de urgență este permisă utilizarea de antiseptice ca înlocuitor al spălăturii, dar nu ca rutină;
- în unele situații spălarea este completată de dezinfecția mâinilor:
 - după manipularea bolnavilor septici, a bolnavilor contagioși și a celor cu imunodepresie severă;
 - înainte și după efectuarea tratamentelor parenterale (în abordurile vasculare și efectuarea de puncții lombare este obligatoriu portul mănușilor), schimbarea pansamentelor (atenție - mănuși), termometrizare intrarectală, clisme, toaleta lăuzei (atenție - mănuși)
 - după efectuarea toaletei bolnavului la internare

- după manipularea și transportul cadavrelor, înainte și după efectuarea examenelor și tratamentelor oftalmologice, ORL, stomatologice și în general înainte și după orice fel de manevră care implică abordarea sau producerea unor soluții de continuitate (atenție - mănuși)

- spălarea, dezinfecția mâinilor și portul mănușilor de unică utilizare este obligatoriu în următoarele situații:

- recoltarea de produse biologice pentru examinări de laborator sau alte scopuri
- efectuarea puncțiilor lombare sau vasculare
- la orice manevră prin care se vine în contact cu sânge, secreții și excreții ale asistaților
- examenele și tratamentele stomatologice
- tușeul vaginal, tușeul rectal
- sondaje, cateterizări vezicale
- tubaj gastric, duodenal, alimentarea prin gavaj
- intubație oro-traheală
- endoscopie
- toate intervențiile chirurgicale
- asistarea nașterilor
- aplicare așii îndepărtarea cateterelor venoase și arteriale

3.PREVENIREA ACCIDENTELOR ȘI ALTOR TIPURI DE EXPUNERE PROFESIONALĂ

• EXPUNERE PROFESIONALĂ:

- prin - inoculări/cutanate:
 - înțepare
 - tăiere
- contaminarea tegumentelor care prezintă soluții de continuitate
- contaminarea mucoaselor
- în timpul:- efectuării de manopere medicale invazive cu ace și instrumente ascuțite
 - manipulării de produse biologice potențial contaminate
 - manipulării instrumentarului și a altor materiale sanitare, după utilizare în activități care au dus la contaminarea cu produse biologice potențial infectate
- prin intermediul:- instrumentelor ascuțite
 - materialului moale
 - suprafețelor, a altor materiale utilizate în activitatea de unități sanitare
 - reziduurilor din activitatea medicală

• METODE DE PREVENIRE

- obiecte ascuțite:
 - reducere de manevre parenterale la minimum necesar
 - colectarea imediat după utilizare în containere rezistente
 - la înțepare și tăiere, amplasate la îndemână și marcate corespunzător, pentru:
 - pregătirea în vederea utilizării
 - distrugere
 - evitarea recapșonării, îndoirii, ruperii acelor utilizate
 - de evitat scoaterea acelor din seringile de uz unic
- lenjerie:
 - manipularea lenjeriei contaminate cu sânge și alte produse biologice potențial contaminate cât mai puțin posibil
 - sortare și prelucrare cu echipament de protecție potrivit în spații special destinate
 - colectare în saci impermeabili, la nevoie dublii, marcați în mod corespunzător

- evitarea păstrării lor îndelungate, înainte de prelucrare
- asigurarea unui ciclu corect și complet de prelucrare-decontaminare
- **curățenie și decontaminare:**
 - folosirea mănușilor la îndepărtarea urmelor de sânge, alte lichide biologice sau țesuturi
 - decontaminarea inițială cu substanțe clorigene, îndepărtarea cu hârtie absorbantă care se colectează în containere sau saci de plastic marcate
 - uscarea suprafeței prelucrate
 - folosirea de tehnici standard în vederea efectuării curățeniei, sterilizării, decontaminării echipamentului medical, a pavimentelor, pereților, mobilierului, veselei, sticlăriei, tacâmurilor
- **reziduuri infectate:**
 - neutralizare prin ardere sau autoclavare
 - colectare – recipiente impermeabile, marcate pentru diferențierea clară prin culoare și etichetare
- **igiena personală:**
 - spălarea mâinilor (pct.2)
 - spălarea altor părți ale corpului care au venit în contact cu produse biologice potențial contaminate sau cu materiale potențial contaminate.
 - evitarea activităților cu risc de expunere:
 - existența de leziuni cutanate;
 - prezența unui deficit imunitar;
 - graviditate;
- **asistență de urgență, principii:**
 - viața pacientului este prețioasă;
 - obligatorie aplicarea PU;
 - chiar și în situații imprevizibile se vor asigura cele necesare respectării principiilor PU.

6. Gestionarea deseurilor

ORDIN Nr. 1226 din 3 decembrie 2012 pentru aprobarea Normelor tehnice privind gestionarea deseurilor rezultate din activități medicale și a Metodologiei de culegere a datelor pentru baza națională de date privind deseurile rezultate din activități medicale

CAPITOLUL II

Definiții

- **deeurile anatomo-patologice** sunt fragmente și organe umane, inclusiv recipient de sânge și sânge conservat. Aceste deeururi sunt considerate infecțioase;
- **deeurile chimice și farmaceutice** sunt substanțe chimice solide, lichide sau gazoase, care pot fi toxice, corozive ori inflamabile; medicamentele expirate și reziduurile de substanțe chimioterapeutice, care pot fi citotoxice, genotoxice, mutagene, teratogene sau carcinogene;
- **deeurile infecțioase** sunt deseurile care prezintă proprietăți periculoase: substanțe și preparate cu conținut de microorganisme viabile sau toxine ale acestora care sunt cunoscute ca producând boli la om ori la alte organisme vii"; aceste deeururi sunt considerate deeururi periculoase;
- **deeurile înepătoare-tăietoare** sunt obiecte ascuțite care pot produce leziuni mecanice prin înțepare sau tăiere; aceste deeururi sunt considerate deeururi infecțioase/periculoase, dacă au fost în contact cu fluide biologice sau cu substanțe periculoase;
- **deeurile medicale nepericuloase** sunt deseurile a căror compoziție și ale căror proprietăți nu prezintă pericol pentru sănătatea umană și pentru mediu;
- **deeurile medicale periculoase** sunt deseurile rezultate din activități medicale și

care prezintă una sau mai multe din proprietățile periculoase

CAPITOLUL III

Clasificări

Tipurile de deeururi, întâlnite frecvent în activitățile medicale, sunt exemplificate în tabelul următor:

Cod deșeu, conform Hotărârii Guvernului nr. 856/2006	Categorii de deșeuri rezultate din activități medicale
18 01 01 obiecte ascuțite (cu excepția 18 01 03*)	Deeururile înepătoare-tăietoare: ace, ace cu fir, catetere, seringi cu ac, branule, lame de bisturiu, pipete, sticlărie de laborator ori altă sticlărie spartă sau nu etc. de unică folosință, neîntrebuințată sau cu termen de expirare depășit, care nu a intrat în contact cu material potențial infecțios În situația în care deseurile mai sus menționate au intrat în contact cu material potențial infecțios, inclusiv recipientele care au conținut vaccinuri, sunt considerate deeururi infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*. În situația în care obiectele ascuțite au intrat în contact cu substanțe/materiale periculoase sunt considerate deeururi periculoase și sunt incluse în categoria 18 01 06*.
18 01 02 fragmente și organe umane, inclusiv recipiente de sânge și sânge (cu excepția 18 01 03*)	Deeururile anatomo-patologice constând în fragmente din organe și organe umane, părți anatomice, lichide organice, material biopsic rezultat din blocurile operatorii de chirurgie și obstetrică (fetuși, placentă etc.), părți anatomice rezultate din laboratoarele de autopsie, recipiente pentru sânge și sânge etc. Toate aceste deeururi sunt considerate infecțioase și sunt incluse în categoria 18 01 03*.
18 01 03* deeururi ale căror colectare și eliminare fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor	Deeururile infecțioase , respectiv deseurile care conțin sau au venit în contact cu sânge ori cu alte fluide biologice, precum și cu virusuri, bacterii, paraziți și/sau toxinele microorganismelor parazitoare cu tubulatură, recipiente care au conținut sânge sau alte fluide biologice, câmpuri operatorii, mănuși, sonde și alte materiale de unică folosință, comprese, pansamente și alte materiale contaminate, membrane de dializă, pungi de material plastic pentru colectarea urinei, materiale de laborator folosite, scutece care provin de la pacienți internați în unități sanitare cu specific de boli infecțioase sau în secții de boli infecțioase ale unităților sanitare, cadavre de animale rezultate în urma activităților de cercetare și experimentare etc.

18 01 04 deșeuri ale căror colectare și eliminare nu fac obiectul unor măsuri speciale privind prevenirea infecțiilor	<u>Îmbrăcăminte necontaminată</u> , aparate gipsate, lenjerie necontaminată, deșeuri rezultate după tratarea/decontaminarea termică a deșeurilor infecțioase, recipiente care au conținut medicamente, altele decât citotoxice și citostatice etc.
18 01 06* chimicale constând din sau conținând substanțe periculoase	<u>Acizi, baze, solvenți halogenați</u> , alte tipuri de solvenți, produse chimice organice și anorganice, inclusiv produse reziduale generate în cursul diagnosticului de laborator, soluții fixatoare sau de dezvoltare, produse concentrate utilizate în serviciile de dezinfecție și curățenie, soluții de formaldehidă etc.
18 01 07 chimicale, altele decât cele specificate la 18 01 06*	<u>Produse chimice organice și anorganice nepericuloase</u> (care nu necesită etichetare specifică), dezinfectanți (hipoclorit de sodiu slab concentrat, substanțe de curățare etc.), soluții antiseptice, deșeuri de la aparatele de diagnostic cu concentrație scăzută de substanțe chimice periculoase etc., care nu se încadrează la 18 01 06*

CAPITOLUL VI

Ambalarea deșeurilor medicale

ART. 13

Recipientul în care se face colectarea și care vine în contact direct cu deșeurile periculoase rezultate din activități medicale este de unică folosință și se elimină odată cu conținutul.

ART. 14

Codurile de culori ale recipientelor în care se colectează deșeurile medicale sunt:

- galben - pentru deșeurile medicale periculoase;
- negru - pentru deșeurile nepericuloase.

ART. 15

Pentru deșeurile infecțioase se folosește pictograma "Pericol biologic". Pentru deșeurile periculoase clasificate prin codurile 18 01 06* - chimicale constând din sau conținând substanțe periculoase se folosesc pictogramele aferente proprietăților periculoase ale acestora, respectiv: "Inflamabil", "Coroziv", "Toxic" etc.

ART. 16

(1) Pentru deșeurile infecțioase care nu sunt obiecte ascuțite identificate prin codul 18 01 03*, se folosesc cutii din carton prevăzute în interior cu saci galbeni din polietilenă sau saci din polietilenă galbeni ori marcați cu galben. Atât cutiile prevăzute în interior cu saci din polietilenă, cât și sacii sunt marcați și etichetați în limba română cu următoarele informații: tipul deșeurii colectate, pictograma "Pericol biologic", capacitatea recipientului (1 sau kg), modul de utilizare, linia de marcare a nivelului maxim de umplere, data începerii utilizării recipientului pe secție, unitatea sanitară și secția care au folosit recipientul, persoana responsabilă cu manipularea lor, data umplerii definitive, marcaj conform standardelor Națiunilor Unite (UN), în conformitate cu Acordul european referitor la transportul rutier internațional al mărfurilor periculoase (ADR). Cutiile din carton prevăzute cu saci de plastic în interior trebuie stocate temporar pe suprafețe uscate.

ART. 17

(1) Atât deșeurile înțepătoare-tăietoare identificate prin codul 18 01 01, cât și prin codul 18 01 03* se colectează separat în același recipient din material plastic rigid rezistent la acțiuni mecanice.

(2) Recipientul trebuie prevăzut la partea superioară cu un capac special care să permită introducerea deșeurilor și să împiedice scoaterea acestora după umplere a recipientului, fiind prevăzut în acest scop cu un sistem de închidere definitivă. Capacul recipientului are orificii pentru detașarea acelor de seringă și a lamelor de bisturiu. Recipientele trebuie prevăzute cu un mâner rezistent pentru a fi ușor transportabile la locul de stocare temporară și, ulterior, la locul de eliminare finală. Recipientele utilizate pentru deșeurile înțepătoare-tăietoare infecțioase au culoarea galbenă și sunt marcate cu pictograma "Pericol biologic".

ART. 18

Recipientul destinat colectării deșeurilor înțepătoare-tăietoare trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- să fie impermeabil, să prezinte etanșeitate, un sistem de închidere temporară și definitivă. Prin sistemul de închidere temporară se asigură o măsură de prevenție suplimentară, iar prin sistemul de închidere definitivă se împiedică posibilitatea de contaminare a personalului care manipulează deșeurile înțepătoare-tăietoare și a mediului, precum și posibilitatea de refolosire a acestora de către persoane din exteriorul unității sanitare;
- să fie marcat și etichetat în limba română cu următoarele informații: tipul deșeurii colectate, pictograma "Pericol biologic", capacitatea recipientului (1 sau kg), modul de utilizare, linia de marcare a nivelului maxim de umplere, data începerii utilizării recipientului pe secție, unitatea sanitară și secția care au folosit recipientul, persoana responsabilă cu manipularea lui, data umplerii definitive, marcaj conform standardelor UN, în conformitate cu ADR;

ART. 22

(1) Deșeurile anatomo-patologice încadrate la codul 18 01 02 (18 01 03*) destinate incinerării sunt colectate în mod obligatoriu în cutii din carton rigid, prevăzute în interior cu sac din polietilenă care trebuie să prezinte siguranță la închidere sau în cutii confecționate din material plastic rigid cu capac ce prezintă etanșeitate la închidere, având marcaj galben, special destinate acestei categorii de deșeuri, și sunt eliminate prin incinerare.

(2) Recipientele vor fi etichetate cu următoarele informații: tipul deșeurii colectate, pictograma "Pericol biologic", capacitatea recipientului (1 sau kg), modul de utilizare, linia de marcare a nivelului maxim de umplere, data distribuirii recipientului pe secție, unitatea sanitară și secția care au folosit recipientul, persoana responsabilă cu manipularea lui, data umplerii definitive, marcaj conform standardelor UN, în conformitate cu ADR.

ART. 23

La solicitarea beneficiarului, părțile anatomice pot fi înhumate sau incinerate în condițiile legii, pe baza unei declarații pe propria răspundere a acestuia, ce se depune atât la unitatea sanitară respectivă, cât și la direcția de sănătate publică județeană. Direcția de sănătate publică județeană eliberează un certificat în acest sens. Părțile anatomice sunt ambalate și refrigerate, după care se vor depune în cutii speciale, etanșe și rezistente.

ART. 24

(1) Deșeurile periculoase chimice rezultate din unitățile sanitare identificate prin codul 18 01 06* se colectează în recipiente speciale, cu marcaj adecvat pericolului ("Inflamabil", "Coroziv", "Toxic" etc.) și se tratează conform prevederilor legale privind deșeurile periculoase.

(2) Deșeurile chimice sunt colectate și ambalate în recipiente cu o capacitate care să nu depășească 5 l pentru substanțe lichide și 5 kg pentru substanțe solide. Aceste recipiente pot fi introduse într-un ambalaj exterior care, după umplere, nu trebuie să depășească greutatea de 30 de kg.

ART. 34

(1) Durata stocării temporare a deșeurilor medicale infecțioase în incintele unităților medicale nu poate să depășească un interval de 48 de ore, cu excepția situației în care deșeurile sunt depozitate într-un amplasament prevăzut cu sistem de răcire care să asigure constant o temperatură mai mică de 4 °C, situație în care durata depozitării poate fi de maximum 7 zile. Amplasamentul trebuie să aibă un sistem automat de monitorizare și înregistrare a temperaturilor, ce va fi verificat periodic.

(2) Deșeurile infecțioase încadrate la categoria 18 01 03* generate de cabinete medicale trebuie stocate temporar pe o perioadă de maximum 7 zile, cu asigurarea unor condiții frigorifice corespunzătoare, adică să se asigure constant o temperatură mai mică de 4 °C.

(3) Condițiile de stocare temporară a deșeurilor rezultate din activitățile medicale trebuie să respecte normele de igienă în vigoare.

(4) Durata pentru transportul și eliminarea finală a deșeurilor medicale infecțioase nu trebuie să depășească 24 de ore.

ANEXA 3

CONDIȚII de colectare prin separare la locul producerii, pe categoriile stabilite, a deșeurilor rezultate din activități medicale

1. Sacii negri sau transparenți se folosesc pentru colectarea deșeurilor nepericuloase, de exemplu, cele codificate cu 18 01 04.

2. Sacii de culoare galbenă se folosesc în pubele, portsac cu capac sau cutii de carton, după caz, cutii din plastic rigid cu capac pentru colectarea deșeurilor periculoase codificate 18 01 02, 18 01 03*.

3. Cutiile cu pereți rigizi se folosesc pentru colectarea deșeurilor înțepătoare-tăietoare codificate 18 01 01, 18 01 03*.

Cap.II- Igiena si confortul pacientului

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

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Asigurarea condițiilor de igienă și confort
- Evitarea complicațiilor la pacientul imobilizat

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cărucior pentru lenjerie
- Cearșaf plic
- Cearșaf de pat
- Față de pernă
- Aleza, mușama (material impermeabil)
- Invelitoare de flanelă sau o pătură moale
- Două scaune cu spătar
- Mănuși de unică folosință
- Sac pentru rufe murdare

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și asigurați-l de inofensivitatea procedurii
- Explicați pacientului modul de desfășurare a procedurii și contribuția sa la realizarea acesteia
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Verificați dacă s-a măsurat temperatura și pulsul
- Schimbați lenjerie după efectuarea toaletei
- Alegeți metoda de schimbare în funcție de poziția în care poate fi așezat pacientul și de limitele sale de mobilizare

EFFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)

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

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

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

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

3. 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

4. Fața de pernă

- Spălați mainile și îmbrăcați mănuși
- Degajați cearșaful murdar de sub saltea
- Acoperiți pacientul și ridicați-l în poziție șezândă
- Rugați persoana care vă ajută să sprijine pacientul
- Îndepărtați perna și rulați cearșaful murdar până aproape de pacient
- Poziționați echidistant cearșaful curat la capătul patului și pe suprafața acestuia pentru a putea fi fixat sub saltea

- Derulați cearșaful curat până aproape de cel murdar

- Schimbați fața de pernă și așezați perna pe pat

- Culcați pacientul în 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 lenjerie 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

- Îndepărtați cearșaful murdar de sub saltea

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

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

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

- Notați data, ora și metoda folosită
- Descrieți reacția pacientului și starea sa

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

2. SCHIMBAREA ALEZEI

OBIECTIV

- Asigurarea condițiilor de igienă, de confort și siguranță

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

PSIHICĂ

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

FIZICĂ

- Așezați pacientul în poziția potrivită în funcție de starea sa

EFFECTUAREA PROCEDURII

a) Schimbarea alezei la pacientul care se poate ajuta

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

- Trageți aleza murdară introducând-o în sacul de rufe murdare
- Derulați rapid restul alezei curate și fixați-o sub saltea de partea cealaltă a patului
- Rearanjați patul punând totul în ordine

b) Schimbarea alezei la pacientul care nu se poate ajuta

- Procedați ca în cazul schimbării cearșafului de pat în lungime
- Controlați starea regiunii sacrale, se masează cu alcool și se pudrează cu talc

c) Schimbarea alezei împreună cu materialul impermeabil

- Procedați ca în cazul schimbării lenjeriei de pat cu pacientul în decubit lateral
- Pregătiți aleza și mușamaua rulându-le împreună în lățime
- Introduceți lenjeria murdară în sacul special
- Efectuați pliul de confort la picioarele pacientului (acesta de lejeritate mișcărilor pacientului fără să se dezvelească)

- Introduceți pătura și cearșaful de jur împrejurul patului

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați fațesul pacientului
- Întrebați pacientul dacă este obosit sau dacă are dureri

NOTAREA PROCEDURII:

Notați:

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate dorite

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

Rezultate nedorite / ce faceți

- Pacient nemulțumit, morăcănos, prezintă disconfort din cauza agitației, s-au format cute care-l deranjează

&Rezervați mai mult timp pentru a sta de vorba cu pacientul

&Verificați cu grijă lenjeria să fie bine întinsă

- Pacientul refuză să i se schimbe aleza

& Apelați la nevoie la o persoană semnificativă pentru bolnav, care să vă ajute să stabiliți relații de colaborare.

3. SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL PACIENTULUI IMOBILIZAT

1. Schimbarea pijamalei

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

- Păstrarea identității

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

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

b) FIZICĂ

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Așezați lenjeria curată pe un scaun în apropierea patului
- Obțineți informații despre posibilitățile de mobilizare a pacientului
- Apreciați resursele fizice ale pacientului
- Explicați-i procedura

- Pliati pătura la picioarele pacientului
- Înveliți pacientul cu un pled încălzit
- Spălați-vă mainile, îmbracăți mănuși de cauciuc

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

- Descheiați nasturii pijamalei
- Ridicați pacientul în poziție șezândă
- Rulați pijama de la spate spre față și treceți-o peste cap rugând pacientul să flecteze capul
- Rulați fiecare manecă și îmbrăcați pe rând brațele
- Scoateți mainile în afara manecilor
- Ridicați bluza pe spatele bolnavului și îmbracăți umerii
- Fricționați ușor spatele pacientului
- Încheiați nasturii

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

- Descheiați nasturii
- Întoarceți pacientul în decubit lateral și dezbrăcați brațul eliberat
- Întoarceți pacientul în decubit lateral invers și dezbrăcați celălalt braț îndepărtând bluza
- Mențineți pacientul în decubit lateral
- Rulați maneca și îmbrăcați brațul liber
- Întoarceți cu blandețe pacientul în decubit lateral invers și îmbrăcați celălalt braț întinzând bluza pe spate

- Aduceți pacientul în decubit dorsal
- Încheiați nasturii

c) Îndepărtarea și îmbrăcarea pantalonilor

- Ridicați regiunea lombosacrată a pacientului și trageți cu grijă pantalonii spre picioare
- Așezați pacientul pe pat
- Ridicați ușor membrele inferioare și continuați dezbrăcarea
- Puneți pantalonii murdari în sac
- Observați aspectul membrelor inferioare
- Rugați persoana care vă ajută să ridice membrele inferioare ale pacientului

- Îmbrăcați pe rând fiecare membru și trageți pantalonii până aproape de șezut
- Coborați și așezați pe pat membrele inferioare
- Ridicați regiunea fesieră și trageți în sus pantalonii
- Verificați dacă cearșaful e bine întins
- Încheiați nasturii

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă
- Observați fațesul, măsurați pulsul
- Refaceți patul și înveliți pacientul cu pătură
- Verificați dacă pacientul se simte bine

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

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

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

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

Rezultate nedorite / Ce faceri

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

SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL BOLNAVULUI IMOBILIZAT

2.Schimbarea cămășii de noapte

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Cămașa de noapte încălzită
- Cuvertură
- Pudră de talc

- Sac pentru lenjeria murdară
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

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

- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

- Asigurați intimitatea și respectați pudoarea
- Intrebați 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 procedura
- Pliati pătura la picioarele pacientului
- Înveliți pacientul cu o cuvertură încălzită
- Spălați mainile

A. La bolnavul care se poate ridica în poziție șezândă

a) Dezbrăcarea cămășii

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

b) Imbrăcarea cămășii

- Rulați cămașa curată de la poale către guler
- Rulați pe rand fiecare manecă și imbrăcați brațele
- Treceti cămașa curată și caldă deasupra capului lăsând-o să alunece până lângă șezut
- Ridicați șezutul și întindeți bine cămașa
- Încheiați nasturii
- Întindeți și fixați bine cearșaful de pat

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

a) Dezbrăcarea cămășii

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

b) Imbrăcarea cămășii

- Rulați cămașa de la poale spre guler
- Rulați pe rand fiecare manecă și imbrăcați brațele
- Ridicați capul și umerii pacientului și treceți cămașa peste cap
- Întoarceți cu blandețe pacientul în decubit lateral și întindeți cămașa
- Readuceți pacientul în decubit dorsal și apoi decubit lateral de partea opusă și procedați la fel
- Așezați pacientul în decubit dorsal, ridicați și întindeți bine cămașa și încheiați nasturii
- Întindeți și fixați bine cearșaful de pat

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție comodă (sau recomandată de medic)
- Observați fațesul pacientului, măsurați pulsul
- Intrebați pacientul dacă este obosit sau dacă are dureri

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- îndepărtați învelitoarea și acoperiți pacientul cu pătura
- îndepărtați sacul cu lenjerie murdă
- îndepărtați mănușile și spălați-vă mainile

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

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

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

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

Rezultate nedorite / Ce faceți

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

Observații:

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

4. TOALETA PACIENTULUI IMOBILIZAT

BAIA PARȚIALĂ LA PAT

OBJECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan
- Șort de unică folosință pentru nursă/e
- Masă mobilă pentru materiale, acoperită cu un 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 murdă
- Mușama, aleză
- Cuvertură de flanelă /un cearșaf

- Alcool mentolat
- Pudră de talc
- Deodorant
- Pijamale și lenjerie de pat curate
- Sac pentru lenjeria murdară

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

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

b) FIZICĂ

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Asigurați-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 bazinul 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 cearșaf și flanelă
- Pliati pătura și așezați-o pe un scaun sau pe pat la picioarele bolnavului
- Descoperiți progresiv numai partea care se va spăla
- Îndepărtați una dintre perne, iar pe cealaltă acoperiți-o cu o mușama și cearșaf, sau aleza
- Puneți în fața bolnavului un prosop pentru a proteja învelitoarea

RESPECTAȚI ORDINEA ÎN CARE SE VA EFFECTUA TOALETĂ

FAȚĂ ȘI GAT

- Spălați-vă mainile
- Imbrăcați prima mână de baie, umeziti-o, și spălați ochii de la comisura externă la cea internă; folosiți părți separate din mână 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 mână

PARTEA ANTERIOARA A TORACELUI

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

MEMBRELE SUPERIOARE

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

- Spălați prin mișcări lungi și 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

b) spălați ombilicul cu apă și săpun

c) uscați foarte bine și ungeți regiunea cu vaselină

- Acoperiți pacientul cu cearșaful și flanela

PARTEA POSTERIOARĂ A TORACELUI ȘI REGIUNEA SACRATĂ

- Așezați pacientul în poziție de decubit lateral, fiind susținut de o altă infirmieră
- Mutați mușama și aleza și întindeți-le sub trunchiul pacientului
- Spălați, limpeziți și uscați regiunea
- Masați spatele pacientului cu alcool mentolat; observați proeminențele osoase și verificați starea pielii în punctele de sprijin
- Aplicați pudră de talc într-un strat foarte subțire
- Acoperiți spatele pacientului
- Spălați regiunea anală dinspre față spre spate, astfel încât să evitați contaminarea regiunii perineale; limpeziți și uscați foarte bine regiunea
- Observați atent starea pielii în zonele predispuse apariției escarelor

MEMBRELE INFERIOARE

- Încalziți apa, mână de baie și prosopul cu altele curate
- Întindeți mușama 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 săpun prin mișcări blande dinspre gleznă spre sold pentru a stimula circulația venoasă;
- 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 mușama, această metodă ușurează curățirea și tăierea unghiilor!
- Pudrați într-un strat foarte subțire plicile naturale
- Taiati unghiile
- Acoperiți pacientul cu cearșaful și flanela

ORGANELE GENITALE ȘI REGIUNEA PERIANALĂ

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

- Încalziți apa, mână de baie și prosopul cu altele curate
- Imbrăcați mână 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 mână de baie peste mână 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 EXAMINAȚI TEGUMENTELE ȘI OBSERVAȚI EVENTUALE MODIFICĂRI (ROȘEAȚĂ/IRITAȚIE)

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați

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

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate dorite

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

Rezultate nedorite / ce faceți?

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

INGRIJIREA OCHILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

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

b) FIZICĂ

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

- Spălați-vă mainile și îmbrăcați mănușile
- Îndepărtați secrețiile sau crustele aderente de gene/pleoape prin ștergere ușoară de la comisura externă spre cea internă folosind un tampon steril imbibat în ser fiziologic
- Folosiți un nou tampon steril pentru fiecare ștergere până când ochiul este curat
- Repetați procedura și pentru celălalt ochi inclinand ușor capul
- Instilați lacrimi artificiale sau unguent oftalmic la indicația medicului
- Rugați pacientul să închidă ochii și apoi aplicați soluție de Vit. A pe pleoape, protejând astfel pielea fragilă

- Pentru a menține ochii umeziți, aplicați un pansament steril imbibat în ser fiziologic și fixați cu bandă adezivă; pansamentul se va schimba frecvent

În cazul pacientului comatos se urmează aceiași pași descriși mai sus, infirmiera fiind cea care va deschide pleoapa pacientului, folosind cate o compresă sterilă pentru fiecare pleoapă

- Instilați în sacul conjunctival cate o picătură de vit. A de 2 ori/zi

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

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

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

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

Rezultate nedorite / Ce faceți

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

INGRIJIREA MUCOASEI NAZALE

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

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

b) FIZICĂ

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

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

Dacă pacientul prezintă sonda nazofaringiană sau nazogastrică:

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data și ora, observațiile făcute
- Ora reintroducerii sondei

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

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

Rezultate nedorite / Ce faceți

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

INGRIJIREA URECHILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tava medicală
- Tampoane montate pe bețișoare
- Taviță renală
- Apă și săpun
- Mănușa de baie
- Prosop

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul și explicați necesitatea procedurii
- Obțineți consimțământul informat

b) FIZICĂ

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Data și ora, observațiile făcute

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul nu acuză disconfort

Rezultate nedorite / Ce faceți

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

INGRIJIREA CAVITĂȚII BUCALE

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

A. LA BOLNAVUL CONȘTIENT PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

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

b) FIZICĂ

- Așezați pacientul în poziția adecvată:

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

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

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

B. LA BOLNAVUL INCONȘTIENT PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

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

FIZICĂ

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Asigurați pacientului o poziție adecvată în raport cu starea sa generală

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele folosite colectând în containere speciale pe cele cu potențial de infecție
- Plasati obiectele bolnavului în noptieră
- Îndepărtați mănușile
- Spălați mainile.

NOTAREA PROCEDURII

Notați în fișa/planul de îngrijiri:

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

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul nu prezintă leziuni la nivelul mucoasei bucale
- Nu sunt semne de apariția candidozei bucale
- Rezultate nedorite/ce faceti?
- Aspirarea lichidului în caile respiratorii & Anunțați medicul.
- Lezarea mucoasei bucale și dinților cu deschizătorul sau porttamponul & Lucrați cu atenție, solicitați ajutor la nevoie

INGRIJIREA PROTEZELOR DENTARE

OBIECTIVUL PROCEDURII

- Menținerea igienei protezei și a cavității orale

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

EFFECTUAREA PROCEDURII

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

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

În cazul bolnavului inconștient:

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

INGRIJIREA UNGHIILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informați pacientul asupra necesității procedurii

b) FIZICĂ

- Așezați pacientul în poziție de decubit dorsal cât mai comod

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Spălați-vă mainile și imbrăcați mănușile
- Introduceți mana/piciorul pacientului în bazinul cu apă caldă și săpun pentru cca 5 minute

- Așezați apoi mana/ piciorul pe un prosop, timp în care introduceți în bazin cealaltă mână , respectiv picior

- Tăiați cu mare atenție unghiile, la nivelul degetului, apoi piliți-le; fragmentele tăiate strângeți-le pe o bucată de panză (aleză) sau un prosop

EVITAȚI LEZAREA ȚESUTURILOR ADIACENTE. RISC DE INFECȚII - PANARIȚII LA DIABETICI.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

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

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul exprimă stare de confort

INGRIJIREA PĂRULUI

A. ÎNGRIJIREA ZILNICĂ A PĂRULUI PRIN PIEPTĂNARE

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

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

b) FIZICĂ:

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

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Serviciți pacientul/pacienta cu materialele necesare și ajutați-i să se pieptene singuri
- Așezați pacientul/pacienta într-o poziție confortabilă
- Acoperiți umerii sau perna pacientului/pacientei cu un prosop sau aleză
- Imbrăcați mănuși dacă pacientul prezintă leziuni la nivelul scalpului
- Pieptănați și periați părul scurt, pe rând pe fiecare parte
- Împartiti lung sau buclat în suvite și pieptnați dinspre capăt spre rădăcina firului de păr
- Împlețiți părul lung având grijă să nu joneze pacientul/pacienta când stă în decubit
- Observați eventualele leziuni ale scalpului cât și aspectul părului

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Așezați pacientul în poziție confortabilă (dacă este cazul)
- Reașezați parul

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele folosite și eventualele fire de păr căzute

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Notați în planul de îngrijire eventuale leziuni

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate:

- Pacientul exprimă stare de confort
- Nu prezintă leziuni sau paraziți

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul prezintă paraziți

& efectuați deparazitarea

- Pacientul are urme de sange sau alte substanțe

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

B. ÎNGRIJIREA ZILNICĂ A PĂRULUI PRIN SPĂLARE

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Menținerea igienei părului și a stării de bine a pacientului
- Îndepărtarea excesului de sebum

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Lighean
- Găleată pentru colectarea apei folosite
- Vas cu apă caldă, termometru de baie
- Săpun lichid/șampon
- Mușama și aleză

- Prosoape
- Uscător de păr
- Perie, pieptăne
- Paravan

- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informați pacientul/pacienta și stabiliți de comun acord ora spălării
- Evaluați resursele pacientului/pacientei pentru a putea aprecia contribuția acestuia.

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 mâinile și îmbrăcați mănușile
- Procedați 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 salteaua și acoperiți cu mușama și aleez pe care se sprijină spatele și capul pacientului / pacientei.
- Așezați ligheanul pe partea de somieră rămasă liberă și introduceți capătul liber al mușamalei făcut sul în găleata pentru a permite scurgerea apei
- Așezați pacientul/pacienta oblic pe pat cu capul spre margine. Introduceți sub capul și umerii pacientului/pacientei mușama și aleza. Așezați găleata pentru colectarea apei murdare în vecinătatea patului și introduceți capătul liber al mușamalei făcut sul
- Susțineți cu o mână (dacă este cazul) capul pacientului, iar cu cealaltă umeziți și șamponați părul. Apelați la ajutorul altei persoane (dacă este necesar)
- Masați ușor pielea capului cu 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
- Evitați curenții de aer
- Acoperiți capul pacientului/pacientei dacă este necesar sau soliciți

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Notați în planul de îngrijire data, observațiile făcute

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate

- Pacientul exprimă stare de confort

- Nu prezintă leziuni ale scalpului

Rezultate nedorite / Ce faceți?

- Pacientul prezintă leziuni ale scalpului:

& Informați medicul, eventual se va consulta un dermatolog

Cap.III- Mobilizarea pacientului

1. POZITIA PACIENTULUI ÎN PAT

Datorită stării sale sau terapiei, bolnavul în pat poate să se afle într-o poziție activă, pasivă sau forțată.

Poziția activă – este cea a bolnavilor în stare bună, care sunt mobili și nu au nevoie de ajutor pentru a se mișca.

Poziția pasivă – este poziția bolnavilor în stare gravă, lipsiți de forță fizică, care au nevoie de ajutor pentru orice mișcare.

Poziția forțată – este determinată de boala sau tratament

Pozițiile în decubit

Se înțelege prin decubit atitudinea unui corp întins pe un plan orizontal, atitudine care poate fi în :

Decubit dorsal orizontal - bolnavul este așezat pe spate fără pernă, cu membrele inferioare întinse și picioarele menținute în unghi drept.

Decubit dorsal - cu una sau două perne sub cap.

Decubit lateral - bolnavul este culcat pe o parte, cu o pernă sub cap.

- bolnavii se sprijină pe umăr și braț. Membrul inferior care vine în contact cu suprafața patului este întins, iar celălalt îndoit. Decubitul lateral trebuie schimbat în mod regulat, regiunea trochanteriană fiind expusă cu ușurință la escare.

Decubit ventral - bolnavul este culcat pe abdomen fără pernă, cu capul întors într-o parte, brațele fiind întinse de-a lungul corpului sau flectate, sunt așezate la stânga și la dreapta capului, cu partea palmară pe suprafața patului. Această poziție este recomandată pentru toți bolnavii inconștienți, asigurând permeabilitatea cailor aeriene superioare, împiedicând caderea limbii, iar în cazul varsăturilor da posibilitatea eliminării acestora la exterior.

Poziția sezand - este aceea poziție în care bolnavul este menținut sezand în patul sau, prin realizarea unui unghi de 45 ° cu ajutorul somierei articulate, sau în paturile cu somiera rigidă cu ajutorul rezemătorului de spate al pernelor.

- pentru ca bolnavul să se mențină fără efort în această poziție, ambele sunt în semiflexie pe coapse, sub genunchi se plasează un sul, cu precauție, pentru a nu favoriza staza venoasă.

- pentru cardiaci se pune sub fiecare antebraț câte o pernă care să realizeze un plan înclinat astfel încât mâinile să fie mai ridicate decât coatele, pentru a ușura circulația venoasă.

Poziția semizezandă - se realizează sprijinindu-se spatele bolnavului cu două perne. Ca și poziția sezandă, ușurează respirația, circulația, ambele fiind interzise bolnavilor cu tulburări de deglutiție, comatoșilor, în cursul anesteziei generale.

Poziția cu gambele atarnate - este specifică bolnavilor cu insuficiență cardiacă și se realizează la marginea patului din poziția sezandă..

- sub picioarele bolnavului se aseaza un taburet.

Pozitia sezanda in fotoliu - bolnavul este asezat confortabil in fotoliu si bine acoperit. Va fi imbracat comod pentru a facilita circulatia.

Pozitiile inclinate

Pozitia decliva (Trendelenburg) - aceasta pozitie cu capul coborat se obtine prin ridicarea extremitatii distale a patului.

- pozitia este indicata in anemii acute grave, hemoragii ale membrelor inferioare si ale organelor genitale si pentru a favoriza eliminarea secretiilor din caile respiratorii superioare.

Pozitia procliva sau pozitia oblica ,cu capul mai sus, se obtine prin ridicarea extremitatii proximale a patului.

Pozitia ginecologica - se realizeaza in pat sau pe masa de examinare, culcand bolnava pe spate, cu genunchii indepartati si coapsele flexate pe abdomen.

Pozitia genupectorala - se aseaza bolnavul in genunchi, acestia fiind usor indepartati, pieptul atinge planul orizontal, iar capul este intr-o parte.

2. SCHIMBAREA POZITIEI PACIENTULUI IMOBILIZAT, ADINAMIC

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea complicatiilor (escare, tromboze, incetinirea tranzitului)
- Promovarea stării de confort

PREGĂTIREA MATERIALELOR

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

PREGĂTIREA PACIENTULUI

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

EFFECTUAREA PROCEDURII:

Participă 1 sau 2 persoane, una având rol de coordonator

A. 1. Schimbarea pozitiei din decubit dorsal in decubit lateral

- Identificați pacientul și evaluați resursele acestuia
- Aduceți materialele auxiliare langa pat
- Așezați-vă de partea patului spre care întoarceți pacientul
- Ridicați pătura și pliați-o spre partea opusă
- Prindeți cu mana dinspre cap umărul pacientului, ridicați-l cu blandețe și introduceți pătura sub spate (sau un sul) pentru a-l sprijini
- Sustineți toracele pacientului pentru a-i asigura stabilitate și cu mana dinspre picioare rotați bazinul și membrele inferioare
- Sprijiniți spatele pacientului cu un sul de cearșaf
- Flectați membrul inferior de deasupra și introduceți sub el o perna
- Acoperiți pacientul cu pătura și anunțați-l cand va fi o nouă schimbare

2. Schimbarea pozitiei din decubit lateral in decubit dorsal

- Așezați-vă de partea patului spre care este orientat spatele pacientului și rugați o persoană să vă ajute
- Prindeți pacientul de sub axilă și sprijiniți-i capul pe antebraț
- Rugați ajutorul să introducă o mană sub bazinul pacientului ,
- Sincronizați-vă mișcările și executați o mișcare de rotație aducand pacientul in decubit dorsal
- Introduceți sub regiunea lombară și sub genunchi pernuțe subțiri sau materiale textile împăturite pentru a respecta curbura fiziologică a coloanei și pentru a evita hiperextensia membrelor

- Intindeți lenjeria de corp și de pat
- Acoperiți pacientul
- Anunțați ora următoarei schimbări

B.1. Schimbarea poziției din decubit dorsal in poziție șezand

a) de către o singură persoană

- Îndoți/pliați pătura și dezveliți pacientul până la mijloc
- Așezați-vă față în față cu pacientul, rugandu-l să întoarcă puțin capul într-o parte
- Prindeți cu o mană regiunea axilară
- Îmbrățișați cu cealaltă mană spatele pacientului sprijinindu-i capul pe antebraț
- Rugați pacientul care are resurse fizice să vă prindă de umeri, să-și flecteze genunchii și să se sprijine pe tălpi
- Comandați mișcarea de ridicare folosind un cuvânt de indemn (de. Ex. "sus")
- Ajuțați pacientul să se ridice în timp ce se sprijină și deplasați-l ușor spre capul patului
- Sprijiniți spatele cu perna sau cu rezemătorul mobil al patului
- Asigurați menținerea poziției introducand un sul sub genunchi și punand la tălpi un sprijinitor sau un sac de nisip

b) de catre două persoane

- Așezați-vă de o parte și de alta a patului
- Încrucișați antebrațele pe spatele pacientului
- Introduceți cealaltă mană în axilă
- Comandați mișcarea de ridicare și executați-o în același timp
- Fixați poziția cu perne sau cu rezemătorul mobil

2. Reașezarea pacientului in decubit dorsal din poziția șezand

- Îndepărtați pernele și sulurile
- Prindeți pacientul ca și în cazul ridicării
- Lasați ușor pe spate
- Reașezați patul, întindeți lenjeria
- Fixați sulurile sub regiunea lombară și genunchi

C. Readucerea pacienților alunecați din poziție semișezand sau șezand

- Rugați pacientul să întoarcă fața spre partea opusă
- Rugați-l să se sprijine pe tălpi și să se ridice puțin la comandă
- Introduceți mana sub axile și conduceți mișcarea de ridicare ajutand pacientul sa se deplaseze ușor spre capătul patului

a) daca aveți un ajutor

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați materialele inutile

NOTAREA PROCEDURII

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

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultatul așteptat

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

Rezultat neașteptat / Ce faceți

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

3. 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 precoc
- Evaluați resursele fizice ale pacientului

b) FIZICĂ:

- Ajutați pacientul să se îmbrace corespunzător
- Măsurați pulsul

EFFECTUAREA 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 membrilor 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
- Controlați pulsul

2. Ridicarea în poziție șezand

a) În pat

- Ajutați pasiv pacientul să se ridice și sprijiniți-l cu perne sau folosiți rezeșmătorul 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 rezeșmătoarea 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 șezand, 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 șezand cât mai aproape de marginea patului și apoi în ortostatism
- Sprijiniți pacientul de braț și apoi ajutați-l să facă primii pași prin salon
- Creșteți distanța de deplasare în funcție de recomandarea medicală
- Oferiți pacientului un cadru mobil dacă starea generală îi permite să se deplaseze singur
- Supravegheați pacientul în timpul deplasării
- Încurajați pacientul să se ridice și să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Așezați materialele folosite în locurile de depozitare
- Spălați mainile

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

- Tipul de mobilizare, durata, numărul mobilizărilor, orarul acestora și comportamentul pacientului
- Informații utile legate de recomandările medicale.

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- pacientul se mobilizează conform programului
- nu prezintă complicații favorizate de imobilizare

Rezultate nedorite / Ce facem dacă:

- Pacientul refuză mobilizarea
 1. Cercetați cauza:
 - prezintă dureri
 - se teme de durere
 - este slăbit
 - prezintă amețeli
 2. Incurajați pacientul
 - acordați-i mai mult timp
 - asigurați-l că sunteți acolo pentru a-l ajuta
 3. Se poate administra un calmant înainte de mobilizare (la recomandarea medicului)
 - acționați cu blândete
 4. Reduceți durata mobilizării (dacă pacientul se simte slăbit sau are amețeli)

Cap.IV- Alimentarea pacientului

Pentru om, alimentația constituie substratul vieții, fiind realizată prin aportul permanent de substanțe nutritive.

În îngrijirea bolnavului, alimentația este un obiectiv important.

Deoarece prin alimentație se menține energia organismului, îngrijirea bolnavului are în vedere atât stabilirea unui regim alimentar echilibrat corespunzător bolii, cât și administrarea lui.

ASIGURAREA ALIMENTAȚIEI DIETETICE A BOLNAVILOR

Alimentația dietetică = tratamentul bolnavului prin substanțele alimentare ingerate.

Regimurile dietetice sunt foarte variate, în funcție de calitatea și cantitatea alimentelor ce le compun.

Denumirea regimului	Valoarea calorică	Alimentele componente
1. Hidric	Hipocaloric Hipoglucidic Hipolipidic Hipoprotidic	Ceaiuri neîndulcite sau îndulcite cu zaharina de orez, supe limpezi de legume, supe diluate de carne, degresate, apă fiartă și răcită.
2. Hidrozaharat	Hipocaloric Hipoprotidic Hipolipidic Normoglucidic	Ceaiuri îndulcite, zeamă de compot, sucuri de fructe îndulcite, zeamă de orez cu zahar.
3. Semilichid	Hipocaloric Normoglucidic Hipoprotidic Hiposodat	Supe-creme de legume, supe creme de făinoase, terciuri și piureuri de legume, fructe coapte, sufleurii de făinoase sau din brânză de vaci
4. Lactat	Hipocaloric Hipoglucidic Normohipoprotidic Normohipolipidic	1000-2000 ml de lapte, eventual îmbogățit cu frisca sau smântână
5. Lactofăinos vegetarian	Normohipercaloric Normoglucidic	Lapte, brânză de vaci, caș, ouă moi, sufleurii, piureuri de legume cu lapte și unt, smântână, frică, făinoase cu lapte.
6. Hepatic	Normohipocaloric Normoprotidic Normoglucidic Hipolipidic	Iaurt, brânză de vaci, caș, carne slabă, fiartă, albuș în preparate, pâine albă prăjită, făinoase, legume cu celuloză fină, piureuri, sufleurii, fructe coapte, gelatină,

		compot pasat, bezele, biscuiți, supe-creme de legume, supe de făinoase, unt 10g/zi, ulei 20-30 g/zi
7. Renal	Normohipercaloric Hipoprotidic Hiperglucidic Normohiperlipidic Hiposodat	Brânză de vaci, caș, urdă, gălbenuș de ou, frică, pâine albă fără sare, făinoase cu nuci și zahăr, salată de crudați și ulei, soteuri, mâncăruri cu sos, budinci, fructe crude, coapte, compot, prăjituri cu mere, smântână, supe de legume, supe de făinoase, sosuri dietetice
8. Cardiovascular	a. Normocaloric Normoglucidic Hipoprotidic Hiposodat b. Normohipercaloric Normoprotidic Normohipoglucidic Hipolipidic Hiposodat	Iaurt, brânză de vaci, brânză desărată, supe crema de legume, terciuri de făinoase cu lapte, piureuri de legume, făinoase cu lapte, salate de sfeclă, morcovi, carne fiartă tocată, aluat fiert, papanași. Lapte în preparate, iaurt, brânzeturi nefermentate, carne slabă fiartă, friptură la cuptor, pâine albă fără sare, legume (salate rase), piureuri, sufleurii, fructe crude sau coapte, compot, aluat de tartă, biscuiți, dulceață, unt 10 g/zi, ulei 30g/zi
9. Hipocaloric	a.zero calorii b.240 calorii c.400 calorii d.600 calorii	1500 ml/zi cca neîndulcit 300 g brânză de vaci Lapte, brânză de vaci, carne albă, legume, mere
10. Diabetic	Normoglucidic Normohiperprotidic Normolipidic	Lapte, pâine, cartofi, pește, făinoase, legume(cântărite); 180, 200, 250 g carne, mezeluri, brânzeturi, pește, ouă, supe de carne, supe de legume, sosuri fără făină, unt, frică, ulei.

Regimul este făcut pentru fiecare caz în parte, bazat pe datele fiziopatologice și componentele individuale ale bolnavului.

Zilnic, asistenta medicală verifică dacă meniul trimis de la blocul alimentar corespunde regimului prescris, asigurând astfel fiecărui bolnav alimentația corespunzătoare.

În funcție de starea bolnavului, alimentația lui se face:

- activ (bolnavul mănâncă singur);
- pasiv (bolnavul mănâncă cu ajutor);
- artificial (alimentele sunt introduse în organismul bolnavului în condiții nefiziologice)

ALIMENTAREA ACTIVĂ A BOLNAVILOR

- În sala de mese
- În salon la masa

- În salon la pat

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Veselă și 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

EFFECTUAREA PROCEDURII

A. ALIMENTAREA ACTIVA IN SALA DE MESE

1. Pregătirea condițiilor de mediu pentru alimentare

- se verifică starea de curățenie;
- se aerisește sala de mese sau sufrageria;
- se aranjează estetic, pe mese mici (de 4 persoane), tacâmurile, cana cu apă, șervetelele, sarea (dacă este cazul), flori și numărul regimului, creând astfel o atmosferă cât mai intimă;
- se anunță bolnavii să vină la masă, invitându-i totodată să se spele pe mâini.

2. Servirea alimentelor

- se servește bolnavului pe rand, pe măsura ce le consumă, felurile de mâncare ce compun regimul prescris;
- se ridică imediat vesela utilizată, fiecare aliment servindu-se într-o farfurie curată, fără a atinge alimentele cu mâna.
- se observă dacă bolnavul a consumat porția în întregime; în caz contrar, se solicită motivul și se iau măsuri de înlocuire.

3. Reorganizarea sălii de mese

- se strânge toată vesela utilizată;
- se transportă vasele la oficiu (bucătărie);
- se aerisește și se curăță sala de mese.

B. ALIMENTAREA ACTIVA IN SALON – LA MASA

1. Pregătirea condițiilor de mediu pentru alimentare

- se pregătește salonul în vederea servirii meselor. Se va îndepărta tot ce ar putea influența în mod negativ apetitul bolnavului – scuiptoarele, tăvițele renale, urinarele etc.; se acoperă și se scot din salon.
- se separă cu paravane, dar cu mult tact, bolnavii care prezintă aspect dezagreabil pentru ceilalți; bolnavii arși, cei cu piodermă întinse, ca și cei care ar vărsa în timpul alimentației;
- se pregătește masa bolnavului: se așază o față de masă curată, flori, tacâmuri, cana cu apă, șervetele, sarea (dacă este cazul);
- se invită bolnavul care se poate ridica din pat să se spele pe mâini și este ajutat să se instaleze comod la masa din salon;
- se îmbracă halatul de protecție peste uniformă, se aranjează boneta în așa fel ca părul să nu cadă în alimentele servite bolnavului și se spală pe mâini.

2. Servirea alimentelor

- se oferă bolnavului pe rând, în măsura în care el termină, felurile de mâncare indicate de regimul alimentar.
- se ridică imediat vesela utilizată;

- se servește fiecare aliment în farfurie curată, fără a atinge alimentele;
- se observă dacă bolnavul a consumat porția în întregime; în caz contrar, se solicită motivul și se iau măsuri.

3. Reorganizarea salonului

- se ajută bolnavul să se instaleze comod în pat;
- se strânge toată vesela utilizată și se transportă vasele la oficiu (bucătărie);
- se aerisește salonul

C. ALIMENTAREA ACTIVA IN SALON – LA PAT

1. Pregătirea condițiilor de mediu pentru alimentare

- se pregătește salonul în vederea servirii meselor. Se va îndepărta tot ce ar putea influența în mod negativ apetitul bolnavului – scuiptoarele, tăvițele renale, urinarele etc.; se acoperă și se scot din salon.
- se separă cu paravane, dar cu mult tact, bolnavii care prezintă aspect dezagreabil pentru ceilalți; bolnavii arși, cei cu piodermă întinse, ca și cei care ar vărsa în timpul alimentației;
- se instalează bolnavul într-o poziție confortabilă, semișezând cu ajutorul rezemătoarelor de pat sau cu perne;
- se ajută bolnavul să se spele pe mâini; se așază o mușama pentru a proteja lenjeria, peste aceasta un lighean și se oferă bolnavului săpun, i se toarnă apă cu cana și i se oferă un prosop pentru a se șterge. Se îndepărtează materialele utilizate.
- se adaptează masa specială la patul bolnavului, acoperind-o cu o față de masă curată sau tavă cu piciorușe sau o tavă simplă acoperită cu un prosop curat care se așază pe genunchii bolnavului, peste pătura protejată cu o aleză;
- se așază la gâtul bolnavului un prosop curat, pentru a proteja lenjeria bolnavului;
- se îmbracă halatul de protecție peste uniformă, se aranjează boneta în așa fel ca părul să nu cadă în alimentele servite bolnavului și se spală pe mâini.

2. Servirea alimentelor

- se oferă bolnavului pe rând, în măsura în care el termină, felurile de mâncare indicate de regimul alimentar.
- se ridică imediat vesela utilizată;
- se servește fiecare aliment în farfurie curată, fără a atinge alimentele;
- se observă dacă bolnavul a consumat porția în întregime; în caz contrar, se solicită motivul și se iau măsuri.

3. Reorganizarea salonului

- se îndepărtează măsuta rulantă și se strânge vesela utilizată;
- se ajută bolnavul să se spele pe mâini și să se instaleze comod în pat;
- se aerisește salonul.

D. ALIMENTAREA ACTIVA LA PAT, IN DECUBIT LATERAL STANG

1. Pregătirea bolnavului (care nu se mai poate ridica, șezând sau semișezând)

- se așază bolnavul în decubitus lateral stâng, cu capul sprijinit de o pernă;
- se spală bolnavul pe mâini.

2. Pregătirea condițiilor de mediu ambiant

- se protejează lenjeria de pat cu o aleză, iar cea a bolnavului cu un prosop curat.
- se așază tava acoperită cu un prosop curat pe marginea patului sau pe un taburet la înălțimea patului.

3. Servirea alimentelor

- se oferă bolnavului, pe rând, în măsura în care el termină, felurile de mâncare indicate de regimul alimentar, ajutând bolnavul, tăindu-i alimentele solide.

- se servește bolnavului lichide în pahare sau căni umplute pe jumătate sau în căni speciale, închise pe jumătate în partea lor superioară și prevăzute cu un cioc sau cu ajutorul unor tuburi transparente din material plastic, curate și fierte.

4. Reorganizarea salonului

- se ridică imediat vesela utilizată, se îndepărtează tava și se ajută bolnavul să se spele pe mâini;
- se ajută bolnavul să se instaleze în pat, în poziție comodă;
- se acrisește salonul

ALIMENTAREA PASIVA A BOLNAVILOR

Când starea generală a bolnavilor nu le permite să se alimenteze singuri trebuie să fie ajutați. Astfel, vor fi hrăniți bolnavii imobilizați, paralizați, adinamici, epuizați, bolnavii în stare gravă sau cei cu ușoare tulburări de deglutiție.

MATERIALE NECESARE:

- tavă,
- farfurie,
- pahar de apă sau cană cu cioc,
- șervet de pânză,
- cană de supă,
- tacâmuri.

EFFECTUAREA PROCEDURII

1. Pregătirea infirmierei

- se îmbracă halatul de protecție peste uniformă, se aranjează boneta în așa fel ca părul să nu cadă în alimentele servite bolnavului și se spală mâinile.

2. Pregătirea bolnavului

- se așează bolnavul în poziție semișezândă cu ajutorul rezemătoarelor de pat sau cu perne, sau în decub dorsal cu capul ușor ridicat și aplecat înainte pentru a ușura deglutiția.
- se protejează lenjeria de pat cu un prosop curat, așezând bolnavului la gat un prosop pentru a-i proteja lenjeria de corp.
- se adaptează măsuța specială la patul bolnavului și se așează mâncarea bolnavului pe tavă, pe noptiera sau pe un taburet lângă pat, astfel încât bolnavul să vadă ce i se introduce în gură

3. Alimentarea bolnavului

- infirmiera se plasează în partea dreaptă a bolnavului pe un scaun; cu mâna stângă ridică ușor capul bolnavului, eventual împreună cu perna și se servește bolnavului supă cu lingura.
- se taie alimentele solide în prezența bolnavului, iar lichidele se oferă din vase semiumplute sau din căni cu cioc (dacă bolnavul nu se poate ridica din poziție orizontală).
- la bolnavii adinamici, în stare gravă, se supraveghează debutul lichidului care merge în gura bolnavului, pentru a evita încărcarea peste posibilitățile lui de deglutiție;
- se verifică temperatura alimentelor, prin gustare cu o altă lingură, întrucât bolnavii foarte gravi, care nu simt temperatura și gustul alimentelor.
- bolnavilor în stare foarte gravă, precum și la cei cu tulburări de deglutiție, lichidele se administrează cu lingura sau lingurița (sprijinind vârful acesteia pe buza inferioară a bolnavului, se declanșează deschiderea cavității bucale în mod reflex); se introduce ușor lingura dincolo de arcada dentară și, ridicând concomitent coada lingurii, conținutul se varsă în gura bolnavului;
- bolnavii în stare foarte gravă se alimentează cu ajutorul pipetelor;
- după terminarea alimentării, se șterge bolnavul la gură, se spală mâinile (la nevoie), se aranjează patul îndepărtând eventualele resturi alimentare mai ales de paine (ajungând sub bolnav, pot contribui la formarea escarelor)

4. Reorganizarea salonului

- se schimbă lenjeria murdară în timpul alimentării
- se așează bolnavul în poziție comodă, pentru a se odihni după actul alimentării;

- se acoperă bolnavul cu pătură și se acrisește salonul
- se strânge vesela utilizată și se transportă la oficiu.

Rețineți!

1. În timpul alimentării încurajați bolnavul și asigurați-l de contribuția alimentelor în procesul de vindecare;
2. Oferiți bolnavului înghițuri nu prea mari (neputând să le înghită, ar putea să le aspire și să se producă accidente).
3. Nu suflați pentru a răci conținutul lingurii.
4. Nu atingeți alimentele care au fost în gura bolnavului.
5. Observați permanent fațesul pacientului

NOTAREA PROCEDURII

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

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

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

Rezultate nedorite / Ce faceți

- Pacientul nu consumă întreaga cantitate de alimente
 - Cercetați cauzele: apetit diminuat, condiții necorespunzătoare de servire a mesei, nu-i plac alimentele, consumă alimente aduse de aparținători, își respecta religia
- Pacientul refuză anumite alimente, acuză greață
 - Se consemnează observațiile și se anunță medicul

Cap. V - Captarea eliminărilor fiziologice și patologice

CAPTAREA URINII

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Golirea vezicii urinare la pacientul imobilizat
- Măsurarea cantității de urină eliminată
- Observarea aspectului urinei
- Obținerea unei mostre de urină pentru examinare

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan
- Ploscă sau urinar
- Hartie igienică
- Materiale pentru toaleta locală (dacă este cazul)
- Mușama și aleză pentru protecția patului
- Materiale pentru spălarea mâinilor pacientului
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Incurajați pacientul să-și invingă jenă și să solicite plosca sau urinarul când are nevoie
- Asigurați pacientul că-i va fi respectată pudora

b) FIZICĂ:

- Izolați pacientul cu un paravan
- Evaluați resursele pacientului ca să vedeți dacă poate participa
- Așezați pacientul într-o poziție adecvată care să-i permită evacuarea

EFFECTUAREA PROCEDURII:

1. La pacientul în stare gravă, care necesită ajutor

- Spălați mainile
- Imbrăcați mănuși de unică folosință
- Ridicați pătura
- Protejați patul cu mușama și aleză
- Dezbrăcați partea inferioară a corpului (daca este cazul)
- Încălziți plosca sau urinarul prin clătire cu apă caldă și uscați prin ștergere cu hartie igienică
- Introduceți plosca sub pacient respectând pașii de la captarea materiilor fecale sau așezați urinarul între coapsele pacientului

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

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

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

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATUL AȘTEPTAT

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

REZULTATE NEDORITE/ CE FACEȚI?

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

CAPTAREA MATERIILOR FECALE

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan

- Bazinet (ploscă)
- Materiale pentru efectuarea toaletei
- Hartie igienică
- Materiale pentru spălarea mainilor pacientului
- Mușama, aleză
- Mănuși de unică folosință

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

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

b) FIZICĂ:

- Așezați pacientul într-o poziție adecvată
- Evaluați resursele pacientului pentru a stabiliți cum poate participa

EFFECTUAREA PROCEDURII:

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

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

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

Rezultate așteptate/dorite:

- Scaunul eliminat de pacient este de aspect și consistență normale

- Pacientul prezintă stare de confort

Rezultate nedorite:

• Ce faceți dacă:

Pacientul/clientul nu poate elimina

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

CAPTAREA SPUTEI

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pahar conic gradat, scuipătoare sau cutie Petri sterilă
- Șervețele de hartie

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

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

b) FIZICĂ:

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

EFFECTUAREA PROCEDURII:

- Identificați pacientul care tușește și expectorează
- Spălați mainile și îmbrăcați mănuși de unică folosință
- Dați pacientului scuipătoare sau cutia Petri
- Instruiți pacientul să elimine sputa numai în colectorul primit
- Schimbați scuipătoarea/ cutia Petri de cel puțin 2 ori pe zi sau de câte ori este nevoie

INGRIJIREA PACIENTULUI

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

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtați conținutul scuipătorii după ce ați observat aspectul, culoarea, cantitatea
- Respectați cu strictețe precauțiunile universale pentru prevenirea transmiterii infecțiilor
- Păstrați scuipătorile în locuri izolate și asigurați-vă că se sterilizează corect în vederea folosirii

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

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

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE DORITE

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

REZULTATE NEDORITE / CE FACEȚI?

- Pacientul nu este colaborant, nu respectă recomandările făcute
- Rezervați-vă mai mult timp pentru a sta de vorbă și a educa pacientul

- Solicitați ajutorul familiei pacientului dacă este necesar
- Există risc de infecții nosocomiale
- Aplicați toate precauțiunile universale
- Informați medicul

CAPTAREA VĂRSATURILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

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

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- 2 tăvițe renale curate, uscate
- Mușama
- Aleză

- Pahar cu apă

- Șervețele de hartie, prosop

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

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

b) FIZICĂ:

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

EFFECTUAREA PROCEDURII:

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

INGRIJIREA PACIENTULUI

- Oferiți pacientului un pahar cu apă să-și clătească gura și colectați într-o tăviță renală curată
- Ștergeți gura pacientului cu un șervețel sau oferiți-i șervețelul dacă starea permite

- Ajutați-l să se așeze într-o poziție comodă

- Supravegheați atent pacientul așezat în decubit să nu-și aspire conținutul stomacal dacă vărsătura se repetă

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

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

NOTAREA PROCEDURII

Notați:

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

EVALUAREA EFICACITĂȚII PROCEDURII

REZULTATE AȘTEPTATE

- Pacientul exprimă stare de confort, fără senzație de vomă

REZULTATE NEDORITE / CE FACEM?

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

Cap. VI- Transportul pacienților

Printr-un transport efectuat în condiții bune, cu mult menajament și atenție față de pacient, ținând cont de afecțiunea de care suferă acesta, se evită agravarea durerilor și apariția altor complicații, cum ar fi: înrăutățirea stării, producerea unui șoc traumatic, transformarea unei fracturi închise într-una deschisă, provocarea de hemoragii etc.

Transportul poate fi necesar în următoarele situații:

- evacuarea traumatizaților de la locul accidentului
- transportul de la un spital la altul, de la domiciliu la spital sau la domiciliu după externare etc.
- transportul de la o secție la alta; la servicii de diagnostic și tratament; la sala de operații și de la sala de operații; dintr-un salon în altul; dintr-un pat în altul etc.

Categorii de pacienți care trebuie transportați

- accidentații, în stare de șoc, cu leziuni ale membrelor inferioare
- inconștienți, somnolenți, obnubiți
- astenici, adinamici, cu tulburări de echilibru
- febrili, operați
- cu insuficiență cardiopulmonară gravă
- psihici

Mijloacele de transport

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

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

TRANSPORTUL CU TARGA

Pregătirea tării

Targa se acoperă cu o pătură și cu un cearșaf; la nevoie se acoperă cu mușama și alează; pernă subțire

Pregătirea pacientului

- se informează atât pacientul cât și aparținătorii asupra scopului transportului și locului unde va fi transportat
- se explică procedeul așezării pe targă și eventual se instruește pacientul cum poate colabora
- în cazul în care pacientul are instalate o perfuzie, sonde, drenuri etc. se vor lua măsuri de siguranță: sprijinirea- eventual pe un suport - a aparatului de perfuzie; fixarea sau pensarea sondelor etc. în funcție de durata și condițiile de transport
- în caz de vărsături – tăviță renală
- se pregătește documentația pacientului

Așezarea pacientului pe targă

- pacientul va fi așezat cu privirea în direcția mersului (trebuie să vadă unde merge)
- la urcatul scărilor, brancardierul din urmă va ridica targa până la nivelul orizontal;
- dacă panta este prea accentuată, se poate duce pacientul, la urcuș, cu capul înainte.

De asemenea, când pacientul trebuie supravegheat tot timpul, este mai bine ca acesta să fie dus cu capul înainte, pentru ca, stând față în față cu brancardierul, să poată fi supravegheat.

- în principiu, pacientul va fi prins de partea sănătoasă

Execuția:

- targa este ținută la cele două extremități de către doi brancardieri,
- așezarea pacientului pe targă necesită trei persoane: - își introduc mâinile, cu palma și degetele întinse, sub pacient
- prima: susține capul și toracele, sprijinind ceafa pacientului pe antebraț
- a doua: sprijină pacientul în regiunea lombară și sub șezut
- a treia: susține membrele inferioare
- prima persoană comandă mișcările:
- ridică deodată pacientul
- se așază pacientul pe targă, se acoperă
- Descărcarea se face după aceeași metodă, dar cu mișcările inverse.

Pozițiile pacientului pe targă în funcție de afecțiune

În decubit dorsal:

- pacienții cu traumatisme abdominale, cu gcnunchi flectați
- accidentații constienți, suspecți de fractură a coloanei vertebrale sau a bazinului: se asigură suprafața rigidă
- leziuni ale membrelor inferioare: sub membrul lezat, se așază o pernă
- leziuni ale membrelor superioare: membrul superior lezat se așază peste toracele pacientului; eventual se fixează cu o eșarfă
- accidentații în stare de șoc cu hemoragie: cu membrele inferioare ridicate

În poziție șezând

- pacienții cu traumatisme craniene, constienți și fără semne de șoc: menținut cu ajutorul pernelor
- leziuni ale gâtului: capul va fi flectat, a.i. regiunea mentoniană să atingă toracele

În poziție semizezând:

- accidentații toraco-pulmonar
- pacienții cu insuficiență cardiorespiratorie

În decubit lateral

- pacienții în stare de comă

În decubit ventral:

- pacienții cu leziuni ale feței (craniofaciale): sub fruntea lor se așază un sul improvizat din cearșafuri, sau antebrațul flectat al traumatizatului
- cu leziuni ale spatelui sau regiunii fesiere

În decubit semiventral

pacienții inconștienți, iar în caz de tulburări de deglutiție sau hipersecreție salivară, în poziție Trendelenburg, pentru a preveni acumularea și aspirarea secrețiilor

În poziția Trendelenburg, cu înclinare maximă de 10-15°:

- accidentații în stare de șoc
- în colaps periferic, pentru a asigura un aport mai mare de sânge în organele vitale
- În poziție Trendelenburg inversat, cu înclinare de maximum 10-15°:**
- accidentații cu fracturi ale bazei craniului

Boalnavii psihici agitați se calmează medicamentos și se transportă imobilizați.

De reținut:

- în leziuni ale coloanei vertebrale, pacienții vor fi transportați pe o suprafață dură;

- în cazuri cu totul excepționale, când este imposibil să se asigure o targă tare, chiar improvizată (ușă, scândură lată), transportul este admis pe patură, cu excepția celor suspecți de fractură a coloanei cervicale.

TRANSPORTUL CU CĂRUCIORUL

Cărucioarele utilizate pentru transportul pacientului au în general înălțimea meselor de operație, pentru a se putea transporta ușor pacientul de pe cărucior pe masă și invers.

Așezarea pe cărucior

- căruciorul se așază cu partea cefalică perpendicular pe capătul distal al patului (la picioarele patului)

- roțile căruciorului trebuie blocate

Pentru ridicarea pacientului, este nevoie de trei persoane care execută tehnica în următorii timpi:

- cele trei persoane se așază lângă marginea patului;

- toate trei introduc brațele sub pacient:

- prima, sub ceafă și umeri

- a doua, sub regiunea lombară și șezut

- a treia, sub coapse și gambe

- ridică pacientul

- își îndreaptă corpul, făc un pas înapoi (cu piciorul aflat în față) și se îndreaptă spre targă

- lângă cărucior își flexează ușor genunchii și așază pacientul pe cărucior, întind brațele ca pacientul să fie așezat în decubit dorsal

- cele trei persoane își retrag brațele

IMPORTANT:

Ridicând pacientul, persoanele trebuie să-l țină strâns către ele și să-și folosească cât mai mult forța membrelor inferioare pentru a-și proteja propria lor coloană vertebrală.

OBSERVAȚII:

Transportul cu patul rulant este forma ideală de transport; la cele patru picioare, paturile sunt prevăzute cu roți sau pot fi racordate la un dispozitiv cu roți, oricare pat poate deveni astfel rulant.

Prin utilizarea acestui sistem de transport, pacientul nu trebuie transpus mereu din pat în cărucior, de aici pe masa de operație sau la alte examinări, ci va fi transportat direct cu patul.

Patul cu dispozitiv rulant așteaptă pacientul chiar la serviciul de primire. Această metodă nu poate fi aplicată la toate spitalele, căci ea necesită o dimensionare corespunzătoare a coridoarelor, ușilor, să nu existe praguri, iar deplasarea între etaje să se poată face cu ascensorul.

TRANSPORTUL CU FOTOLIUL RULANT

Pregătirea materialelor

- se pregătește fotoliul cu patura, cearceaf, musama

Pregătirea bolnavului

- se anunță bolnavul

- se îmbracă bolnavul cu halat de molton, sosete, papuci

Efectuarea tehnicii

- dacă bolnavul nu se poate ridica este ajutat să se așeze în fotoliul rulant

- fotoliul este împins din spatele bolnavului fiind așezat cu fața în direcția mersului

- atenție la picioare

TRANSPORTUL CU ASCENSORUL

Targa: - se împinge targa în lift și infirmiera intră după bolnav

- la ieșire infirmiera paraseste liftul înaintea bolnavului și trage targa

Fotoliul rulant:

- infirmiera intra prima in lift si trage dupa sine mijlocul de transport, astfel ca bolnavul sa fie indreptat cu privirea spre usa liftului
- la iesire fotoliul este impins afara din lift infirmiera ramanand in spatele bolnavului

TRANSPORTUL ÎN AFARA SPITALULUI

Pregătirea pacientului

- pacientul va fi pregătit din timp pentru transport
 - i se comunică mijlocul de transport
 - va fi îmbrăcat în mod corespunzător anotimpului, duratei drumului și mijloacelor de transport
 - i se oferă bazinetul și urinarul în vederea evacuării scaunului și urinei
 - i se asigură maximum de confort, poziția pacientului va fi cât mai comodă
 - pacientul transportat la alte servicii sau instituții sanitare va fi însoțit, cu documentația necesară
- Mijlocul de transport va fi dezinfectat după transportul pacienților infecțioși.

MEDIC SEF UIV SAURD,
 PROF. DR. DIANA CIMPOESU

Prof. Dr. DIANA
 medic
 medic primar

medic-primar
 de
 intern

ASISTENT SEF UIV SAURD,
 AS. PR. S. MAXIM NIMBELA

AS.
 ASIST
 ASIS