



**ORDIN
ПРИКАЗ**

Nr. 333

mun. Chișinău

din 19.08.08

Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu

În scopul realizării prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007, în vederea asigurării continuității între tratamentul medicamentos efectuat și ameliorării calității vieții persoanelor dependente la pat, reabilitării și integrării lor în viața socială, în temeiul pct.8 al Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății”, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 326 din 21 martie 2007 (Monitorul Oficial, 2007, nr. 39-42, art. 332),

ORDON:

1. Se aprobă:

Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu, conform anexei nr.1;

Lista medicamentelor și dispozitivelor medicale necesare pentru acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu, conform anexei nr.2.

2. Directorilor Direcției Sănătății a Consiliului municipal Chișinău, Direcției Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, șefului Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, Directorilor IMSP Centre ale Medicilor de Familie și Centre de Sănătate, Directorilor IMSP Spitale raionale vor organiza prestarea îngrijirilor medicale la domiciliu în conformitate cu prevederile Regulamentului aprobat.

2. Direcția resurse umane, în comun cu Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Colegiul Național de Medicină și Farmacie și Centrul de formare profesională a lucrătorilor medicali cu studii medii, vor organiza instruirea continuă a personalului. în domeniul îngrijirilor medicale la domiciliu.

3. Direcția Servicii Medicale Individuale, Centrul Național de Management în Sănătate va acorda suportul consultativ-metodic necesar prestatorilor în vederea organizării eficiente a îngrijirilor medicale la domiciliu.

4. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale nr.476 din 22.12.2005 „Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu”.

Controlul asupra îndeplinirii prezentului ordin se asumă dlui Mircea Buga, viceministru.

Ministru



Larisa CATRINICI

Anexa nr.1
la ordinul MS nr. 333 din 19.08.08

Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu

I. Dispoziții generale

1. Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu (în continuare – Regulament) este elaborat în conformitate cu prevederile Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. Prin îngrijire medicală la domiciliu se înțelege orice activitate de îngrijire medicală prestată la domiciliul pacientului de către lucrătorul medical, cu instruire în domeniu, care contribuie la îmbunătățirea stării acestuia.

3. Îngrijirile medicale la domiciliu includ manoperele medicale stabilite de Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și se prestează în conformitate cu tehnicile și recomandările stabilite în anexa nr.1 la prezentul Regulament.

II. Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu

4. Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sînt persoane asigurate cu maladii cronice în stadiu avansat (consecințe ale ictusului cerebral, maladii în fază terminală, fracturi de col femural etc.) și/sau după intervenții chirurgicale mari, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară în vederea asigurării îngrijirilor medicale recomandate de medicul curant.

5. În funcție de stare și gradul de dependență, beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu pot fi:

total dependent - pacientul care nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și are nevoie de îngrijire medicală;

parțial dependent - pacientul care nu poate îndeplini cel puțin două activități zilnice de bază fără ajutorul altei persoane și din cauza stării de sănătate are nevoie de îngrijire medicală;

independent - pacient care îndeplinește activitățile zilnice de bază fără ajutorul altei persoane dar care, din cauza afecțiunii cronice, necesită următoarele servicii de îngrijire medicală la domiciliu: îngrijirea stomelor (traheostomă, gastrostomă), îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgilor, escariilor, ulcerelor trofice etc.

III. Prestatorii de îngrijiri medicale la domiciliu

6. Prestatori de îngrijiri medicale la domiciliu pot fi instituțiile medico-sanitare, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, inclusiv asociațiile și organizațiile licențiate și autorizate pentru prestarea de îngrijiri medicale la domiciliu, în modul stabilit de legislația în vigoare și au încheiat contract de prestare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu Compania Națională de Asigurări în Medicină (agențiile teritoriale).

IV. Organizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu

7. Îngrijirile medicale la domiciliu sînt acordate persoanelor asigurate, enumerate la pct.4 din prezentul Regulament, conform recomandării medicului de familie (F 027 e, după caz), inclusiv și în cazurile cînd îngrijirile medicale la domiciliu sînt recomandate de către medicii specialiști de profil din secțiile spitalicești și de ambulator.

8. Necesitatea preluării pacientului externat pentru îngrijiri medicale la domiciliu, se indică prin recomandăția respectivă în extrasul din fișa medicală de staționar (F 027 e).

Prestatorul este obligat să preia pacientul pentru îngrijire medicală în ordinea de înregistrare în lista de evidență a serviciilor medicale programate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală și poartă responsabilitate pentru respectarea acesteia.

9. Selectarea și programarea pacienților pentru acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu se efectuează de către Consiliul Medical Consultativ al Centrului Medicilor de Familie.

La selectarea pacienților se ține cont de gradul de dependență a pacientului, conform specificărilor enumerate la pct.5 din prezentul Regulament, acordînd prioritate celor cu un grad de dependență mai înalt.

10. La inițierea cazului asistat de îngrijiri medicale la domiciliu medicul de familie înscrie în Fișa medicală de ambulator a pacientului (F 025 e) datele examenului clinic a pacientului, recomandările privind manoperele îngrijirilor medicale necesare conform indicațiilor medicale, periodicitatea și durata acordării lor.

11. Prestatorul întocmește planul îngrijirilor medicale la domiciliu conform rezultatelor evaluării și în conformitate cu recomandările medicului de familie, în dependență de problemele de sănătate evidențiate.

12. Prestatorul informează pacientul și membrii familiei sau reprezentantul legal al persoanei dependente la pat, privind modul și volumul îngrijirilor medicale la domiciliu recomandat.

13. Prestatorul asigură evidența îngrijirilor medicale efectuate pentru fiecare pacient în Fișa medicală de ambulator a pacientului (F 025 e), în fiecare zi de prestare a îngrijirilor medicale la domiciliu.

Acordarea serviciilor de îngrijire medicală la domiciliu se confirmă prin semnătură de către pacient sau de reprezentantul său legal.

14. În dependență de starea pacientului și indicațiile medicale evaluarea pacientului se efectuează repetat, cu modificarea la necesitate a planului de îngrijiri medicale la domiciliu, prin coordonare cu medicul de familie.

15. Asigurarea cu medicamente și consumabile necesare pentru efectuarea îngrijirilor medicale la domiciliu, incluse în recomandările stabilite în anexa nr.1 la prezentul Regulament, se efectuează din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală destinate în acest scop.

16. Durata cazului asistat de îngrijiri medicale se stabilește de către prestator, conform recomandărilor medicului curant. Durata medie a unui caz asistat nu trebuie să depășească durata medie a unui caz asistat stabilit în contractul de prestare a serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu;

17. Finalizarea cazului asistat de îngrijiri medicale la domiciliu se raportează de către prestator Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Centrului Medicilor de Familie și Centrului Național de Management în Sănătate, în modul și termenii stabiliți de actele normative în vigoare.

V. Obligațiile prestatorilor de îngrijiri medicale la domiciliu

18. Prestatorii de îngrijiri medicale la domiciliu sînt obligați:

să asigure instruirea continuă a personalului angajat și evaluarea gradului de competență, în conformitate cu actele normative în vigoare;

să acorde asiguraților servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în volumul prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală în baza biletelor de trimitere eliberate de către medicul de familie;

să utilizeze pentru îngrijiri medicale la domiciliu materiale sanitare sterile de unică folosință, iar în cazul instrumentelor reutilizabile să asigure sterilizarea lor în modul stabilit de actele normative în vigoare;

să asigure gestionarea corectă și evidența contabilă separată a medicamentelor și consumabilelor destinate pentru îngrijiri medicale la domiciliu;

să asigure respectarea planului/programului de îngrijiri medicale la domiciliu în conformitate cu recomandările făcute de către medicul de familie și specialiști de profil;

să organizeze activitatea asistenților medicali, desemnați pentru prestarea îngrijirilor medicale la domiciliu în zilele lucrătoare, în afara orelor de muncă de bază;

să nu modifice și să nu întrerupă din proprie inițiativă schema de îngrijire medicală recomandată;

să organizeze evidența serviciilor de îngrijiri medicale prestate la domiciliul asiguratului conform formularelor de evidență medicală primară aprobate în modul stabilit;

să informeze în scris medicul de familie care a recomandat îngrijirea medicală la domiciliu despre efectul îngrijirilor medicale la domiciliu pentru fiecare pacient și evoluția stării de sănătate a acestuia, la încheierea episodului de îngrijire;

să acorde servicii de îngrijiri medicale la domiciliu tuturor asiguraților fără nici o discriminare;

să implice administrația publică locală, lucrătorii sociali în rezolvarea problemelor sociale a beneficiarului, care influențează nemijlocit rezultatele îngrijirilor medicale prestate;

să informeze persoanele asigurate despre serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu prestate, obligațiile prestatorului, precum și obligațiile persoanei asigurate;

să solicite consimțământul în scris a pacientului pentru acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu, în modul stabilit de actele normative în vigoare;

să efectueze instruirea persoanei dependente la pat, membrilor familiei sau reprezentantului lui legal, lucrătorului social în domeniul îngrijirilor medicale la domiciliu cu implicarea lor după caz;

să recomande măsuri de respectare a regimului sanitaro-epidemiologic și să urmărească respectarea lor;

să organizeze accesul beneficiarilor la un registru de reclamații și sesizări, numerotat și parafat conform actelor normative în vigoare.

VI. Drepturile prestatorului de îngrijiri medicale la domiciliu

19. Prestatorii de îngrijiri medicale la domiciliu au dreptul:

să participe la cursuri de instruire, conferințe, seminare, mese rotunde și alte activități, organizate în Republica Moldova și în alte țări, cu tematică relevantă în domeniul îngrijirilor medicale;

să solicite informația necesară de la instituțiile medico-sanitare și asistență socială pentru realizarea obligațiilor de funcție;

să colaboreze în parteneriat strâns cu administrația publică locală, structurile asistenței sociale, pentru atragerea în activități a lucrătorului social și pentru identificarea surselor financiare suplimentare necesare;

să nu acorde îngrijiri medicale la domiciliu persoanelor care suferă de alcoolism, maladii psihice în stare activă.

VII. Dispoziții finale

20. Prestatorul de îngrijiri medicale la domiciliu este responsabil de volumul și calitatea îngrijirilor medicale prestate și prezentarea raporturilor privind volumul îngrijirilor medicale la domiciliu acordate în modul și termenii stabiliți de Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Anexa nr.2
la ordinul MS nr. 333 din 19.08.08

Lista medicamentelor și dispozitivelor medicale pentru acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu

I. Medicamente^{*}

1. Acidum boricum
2. Glycerolum
3. Hydrogenii peroxydum
4. Kalii permanganas
5. Menovazin
6. Natrii chloridum
7. Nitrofuralum
8. Povidoni iodidum
9. Rivanolum
10. Spiritus aethylicus
11. Talcum
12. Trypsinum
13. Vaselinum
14. Zinci Oxydum

II. Dispozitive medicale^{}**

1. Termometru
2. Tensiometru cu sfigmomanometru
3. Fonendoscop
4. Spatulă sterilă getabilă

5. Spatulă
6. Termofor
7. Mănuși de cauciuc nesterile
8. Mănuși de cauciuc sterile, getabile
9. Pansament hidrocoloid, folie transparentă autoadezivă
10. Pansamente de tifon și pansamente speciale sterile
11. Foarfecă
12. Irigator
13. Irigator cu tubul de cauciuc de 1,5 m lungime și 10 mm diametrul
14. Pară de cauciuc pentru copii
15. Bețișoare cu tampon de vată la vârf steril
16. Borcănaș gradat de 200 ml
17. Burete de traheostomie sterilă
18. Canula sterilă interioară și exterioară
19. Canulă rectală
20. Canulă vaginală
21. Casoletă cu comprese
22. Clema de pensare pentru sonda de stomă
23. Sondă gastrică sterilă
24. Bandă adezivă hipoalergenă
25. Pastă adezivă de stomă;
26. Pensă hemostatică
27. Tăviță renală
28. Stativ pentru irigator
29. Undină (picurător)
30. Pîlnie
31. Ploscă
32. Două șorțuri din material plastic
33. Două șorțuri de cauciuc
34. Recipient pentru colectarea reziduurilor
35. Bumbac
36. Materiale de pansament
37. Seringi getabile (10 ml; 20 ml, 100 ml etc.)
38. Secundamer

* Dozele și formele farmaceutice pentru produsele medicamentoase nominalizate în Listă se administrează în conformitate cu tehnicile și recomandările stabilite în anexa nr.1 la Regulamentul cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu;

** Dispozitivele medicale se utilizează conform listei, inclusiv altele, în dependență de caz.

Măsurarea și notarea temperaturii corpului

Scopul: Evaluarea funcției de termogenează și termoreglare

Indicațiile: La toți bolnavii ca o procedură obligatorie de 2 ori pe zi sau după necesitate

Locul:

La maturi: fosa axilară, plica inghinală, cavitatea bucală, rect, vagin.

Materiale necesare

- 39.Termometru individual;
- 40.Tampoane de vată sau comprese de tifon sterile;
- 41.Borcănaș cu sol.H₂O₂ 3%,
- 42.Foaie de temperatură, caiet de temperatură, fișa de reanimare, dosarul de îngrijiri nursing;
- 43.Tăviță renală;
- 44.Alcool 70°;
- 45.Ceas.
- 46.Pix

Tehnica efectuării

Nr. d/o	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea materialelor necesare.	Se asigură comoditate
2.	Pregătirea pentru procedură	
2.1	Pregătirea psihologică: <ul style="list-style-type: none">▪ Se anunță preventiv pacientul	Respectarea dreptului la

	Pregătirea fizică: ▪ Să ocupe o poziție comodă în decubit dorsal sau semișezândă	informație Să fie anunțat și relaxat
3.	Algoritmul efectuării	
3.	Se verifică termometrul dacă este integru și dacă funcționează.	Pentru a nu leza pielea
3.1	Se scutură atent termometrul ținând strâns ca pe un creion	Se verifică dacă nivelul coloanei de mercur a coborât în rezervor
4.	Se șterge bine fosa auxiliară de transpirație.	Se folosește o compresă de tifon sau prosopul pacientului.
5.	Se instalează termometrul cu rezervorul de mercur în centrul fosei axilare.	Termometrul să fie paralel cu toracele
6.	Se apropie brațul de corp pentru a fixa termometrul.	Pentru menținerea termometrului în poziția necesară
7.	Se măsoară timp de 5 minute.	
8.	Peste 5 minute se scoate termometrul.	Dacă locul este cavitatea bucală, rect sau vagin durata este de 2 minute.
9.	Se citește cifra la nivelul căreia a ajuns nivelul coloanei de mercur.	Este valoarea temperaturii în grade și zecimi de grade
10.	Se șterge termometrul cu tampon de vată cu alcool.	Se asigură dezinfecția și distrugerea microbilor.
11.	Se spală bine termometrul.	Combaterea infecției.
12.	Se păstrează în sol.H ₂ O ₂ 3%	Să fie total scufundat în sol.H ₂ O ₂ 3% în borcănaș;
13.	Se notează cifra temperaturii în caietul de temperatură sau în documentul respectiv.	
14.	Se notează grafic t ⁰ în foaia de temperatură.	
15.	Se reorganizează locul de lucru.	

Măsurarea tensiunii arteriale

Scopul: Supravegherea funcției inimii și a vaselor sanguine cu depistarea modificărilor patologice ale TA

Indicații: Este o examinare obligatorie pentru toți bolnavii

I. Materiale necesare

Tensiometru cu sfigmomanometru, fonendoscop, tampon de vată cu alcool, foaie de temperatură, pix roșii și albastru, D.Î.N.

II. Tehnica efectuării

Nr.	Etapele	Argumentarea
1.	Se pregătesc materialele necesare	Se asigură comodate
1.1	Se verifică funcționarea aparatului de măsurat	Să fie integru aparatul
2.	Pregătirea psihologică a pacientului	Emoțiile influențează valorile TA
2.1	Informarea pacientului despre tehnica ce urmează, calmarea, evitarea emoțiilor	Asigurarea dreptului pacientului la informații
3	Pregătirea fizică a pacientului	
3.1	Se lasă să se relaxeze timp de 10-15 min.	
3.2	Se ridică mână pentru ca brațul să fie total liber	Ca să nu fie comprimate vasele și țesuturile de către mână
4.	Măsurarea TA:	
4.1	Asistenta medicală își spală mâinile cu apă curentă și săpun	Prevenirea infecțiilor nosocomiale
4.2	Se așază pacientul în poziție culcată sau șezândă	Asigurarea confortului și facilitățile executării
4.3	Mâna semiîndoită în cot la nivelul inimii fixată pe suport, mușchii relaxați, palma în sus, brațul liber de haine	Asigurarea confortului și facilitățile executării
4.4	Așază manometrul tensiometrului fără ca să vadă pacientul cifrele	Protejarea psihică a pacientului
4.5	Aplicarea manșetei pe brațul bolnavului cu 3-5 cm mai sus de fosa cubitală, sub manșetă să	Asigurarea accesibilității la artera humerală.

	încapă liber un deget	Evitarea comprimării excesive a arterei humirale
4.6	Palpează artera humerală și aplică membrana fonendoscopului pe ea, fixînd ulinile în urechi	Determinarea locului optim pentru aplicarea fonendoscopului
4.7	Cu mîna dreaptă se închide ventilul pompei de aer și se pompează aer în manșeta pneumatică	Aer se pompează pînă dispăre pulsația la artera humerală
4.8	Se deschide ventilul pompei de aer	Decomprimarea aerului din manșetă
4.9	Se fixează pe manometru momentul apariției primului zgomot la arteră	Înregistrarea TA maxime (TAS)
4.10	Continuă decomprimarea, fixînd dispariția undei pulsatile	Înregistrarea TA minime (TAD)
4.11	Se evacuează tot aerul din manșetă, se așteaptă cîteva minute. Fără a scoate manșeta, se repetă măsurarea TA cu interval de 2-5min. Se iau în considerație ultimele valori. Se efectuează în aceeași ordine măsurarea TA pe a doua mînă	Obținerea valorilor TA cît mai reale
11.	Se notează în foaia de observație clinică: valorile, TA cifric, prin 2 mărimi – TA sistolică, TA diastolică. Diferența dintre ele - TA pulsativă	Păstrarea informației despre valorile TA
12.	Valorile TA se notează grafic în foaia de temperatură sub formă de dreptunghiuri, hașurate cu linii, latura superioară indică TA maximă, iar latura inferioară TA minimă	

III. Reorganizarea locului de muncă

1.	Se așează la loc materialele	Asigurarea confortului
2.	Asistenta medicală își spală mîinile cu apă curentă și săpun	Prevenirea infecției nosocomiale
3.	Dezinfectează membrana și ulinile fonendoscopului cu tampoane de vată cu alcool	Prevenirea infecției nosocomiale

Supravegherea respirației

Scopul: Pentru a evalua funcția respiratorie care este un indiciu al evoluției bolii, a complicațiilor și a prognosticului bolii.

Indicațiile: Examinare obligatorie pentru toți pacienții.

Elemente de apreciat: frecvența, ritmul, profunzimea respirației, tipul respirației.

Materiale necesare

Ceas cu secundar;
foaie de examinare; de reanimare.
Foaie de temperatură.
D.Î.N.

Tehnica efectuării

Nr. d/o	Etapete	Argumentarea
1.	Pacientul se află în decubit dorsal = D.D.	Se vor observa mai bine mișcările cutiei toracice
2.	Se fixează mâna a/m cu partea palmară pe cutia toracică (să fie îmbrăcat ușor).	Se comunică cu pacientul pentru a-l calma.
3.	Se fixează timpul.	
4.	Se numără fiecare inspirație timp de 1 minut.	Frecvența, ritmul, tipul, profunzimea respirației.
5.	Se notează valorile cifrice în foaia de reanimare și cea de temperatură, în D.Î.N. Asistenta interpretează valorile obținute.	Atenție! Asistenta medicală va ține cont de faptul că febra la fiecare 1 ^o de creștere a t ^o -rii majorează frecvența respirației cu 3-5 pe minut.

Măsurarea și notarea pulsului

Scopul: De a supraveghea funcția inimii și vaselor sanguine pentru a le evalua.

Indicațiile: Ca examinare obligatorie pentru toți bolnavii.

Materiale necesare

Ceas cu secundar, foaie de reanimare, foaie de temperatură, dosar de îngrijiri nursing.

Tehnica efectuării

Nr. d/o	Etapele	Argumentarea
1.	Pregătirea psihică a pacientului.	Ca să fie calm.
1.1.	Pacientul va fi anunțat.	Se respectă dreptul la informare.
1.2.	Bolnavul va fi calmat și i se va explica modul și necesitatea determinării.	Pentru a evita emoțiile care modifică pulsul.
2.	Pregătirea fizică a pacientului – brațul mâinii se va sprijini la cot.	Se va aștepta 5-10 minute pentru a se relaxa mușchii.
3.	Asistenta medicală va spăla mâniile.	Evitarea riscului de infectare.
4.	Asistenta medicală fixează mâna dreaptă cu 3 degete pe artera radială.	Mâna pacientului va fi fixată la cot și relaxată.
4.1.	Se fixează degetul arătător, mijlociu și inelar.	Unghiile să fie tăiate scurt pentru a nu trauma.
4.2.	Se fixează degetele pe arteră ca să o comprime de osul radial în șanțul radial.	Se va palpa numai artera radială.
4.3.	Degetele să fie situate corect. Degetul arătător al asistentei medicale să fie situat la baza degetului mare al pacientului.	Se asigură precizie
4.4.	Se apasă concomitent artera cu cele 3 degete, cu aceeași putere.	Se asigură o supraveghere mai bună.
5.	Se fixează timpul.	
6.	Se numără pulsațiile timp de 1 minut.	E de dorit ca pulsul să se măsoare la ambele mâini. Se va asigura o interpretare amplă a pulsului.

7.	Se mai determină ritmul și puterea pulsului.	
8.	Bolnavul revine la poziția respectivă în pat.	Atenție! Se va ține cont de faptul că în febră la fiecare 1 ^o de creștere a temperaturii mai sus de 37° C pulsul se accelerează cu 8-10 pulsații pe minut.
9.	Asistenta medicală notează valorile pulsului cifric și grafic în documentația respectivă și interpretează valorile obținute.	

- Scopul** - de a acorda îngrijiri corecte pentru a spori vindecarea plăgii.
 - de a preveni infecțiile

Indicații - la pacient cu ulcer trofic cauzat de afecțiuni vasculare periferice (ateroscleroză, boala Reinou, bola varicoasă)

Materiale necesare

Pensă sterilă	Alcool 70°
Foarfece	Sol. Rivanol 1%
Sol H ₂ O ₂ – 3%	Permanganat de K 1:5000
Comprese de tifon sterile	Unguente prescrise
Tampoane de vată și tifon	Fașă de tifon, mușama

Tehnica efectuării

Etapele	Argumentarea
1. Asistenta medicală va examina localizarea, mărimea și aspectul ulcerului (plăgii)	Se va decide modul de îngrijire
2. Va discuta cu pacientul despre durata, evoluția acestei plăgi.	Pentru a preciza cauza
3. Se consultă medicul și fișa medicală a pacientului	Pentru a preciza indicațiile prescrise și a le urma
4. Se recomandă pacientului, familiei să procure medicamentele prescrise, materialele de pansament și instrumentele necesare.	Se va asigura posibilitatea de îngrijire. În caz dacă nu are asigurare medicală
5. Se explică și se învață pacientul, familia ca să efectueze schimbarea pansamentului, prelucrarea plăgii, aplicarea pansamentului cu unguent	Ca treptat să se autoîngrijească; se vor acorda îngrijiri de către aparținători
6. Se așază pacientul în poziția cât mai comodă, în dependență de starea lui.	Pentru acces la plagă și comodate în lucru.
7. Spălarea mâinilor și dezinfectarea lor, îmbrăcarea mănușilor.	Combaterea infecției
8. Se scoate pansamentul vechi	Dacă plaga a fost pansată
8.1 Se examinează atent	
8.2 Se desface fașa sau se taie cu foarfecele	Pentru a o scoate mai ușor
8.3 Se dezlipește atent pansamentul cu blândețe	Se va evita durerea , traumarea
8.4 Dacă nu se scoate, nu se desprinde , se înmoaie cu H ₂ O ₂	În scop de protecție. Se aruncă ambalat într-o pungă pentru incinerare
9. Se efectuează toaleta plăgii:	
9.1 Se înlătură din plagă secrețiile prin tamponare cu tampoane de tifon sterile, uscate, fixate cu o	Dacă e necesar se repetă tamponarea

pensă.	
9.2. Tamponanele folosite se dezinfectează sau se incinerează apoi.	Pentru combaterea infecției
9.3. Se toarnă apă oxigenată pe plagă și se tamponează.	Pentru dezinfectare. Se poate folosi și soluția Rivanol
9.4. Se curăță marginile plăgii cu mai multe tamponane, apoi se usucă	Cu comprese de tifon sterile
9.5. Se dezinfectează pielea sănătoasă din jurul plăgii cu tinctură de iod și alcool 70°	Foarte atent, ca să nu nimerească în plagă
10. Se aplică pansamentul cu medicamentul indicat de medic	
11. Se fixează pansamentul cu o fașă de tifon prin bandaj sau cu leucoplast (emplastru)	Pentru a fixa bine
12. Instrumentele folosite se spală bine și se dezinfectează.	Combaterea infecției. Vezi standardul
13. Pansamentul se aplică pe 24 ore.	

Îngrijirea pacientului cu traheostomă **Îngrijirea canulei traheale**

Indicațiile: - La pacient postoperator cu traheostomă
- în caz de lipsă a cunoștințelor despre îngrijire și autoîngrijire.

Scopul: - de a favoriza respirația

- de a preveni infecțiile
- de a menține permeabilitatea căilor respiratorii
- educația pacientului / îngrijitorului pentru a forma deprinderi de autoîngrijire a canulei traheale.

Materiale necesare: tăvițe renale, mănuși sterile, comprese sterile de tifon 10/10, câmp steril, unguent cu antibiotice, pungă de plastic pentru reziduuri, apă potabilă de temperatura camerei, săpun neutru, mănuși nesterile, canula sterilă interioară și exterioară, periuță pentru a curăți canula, burete de traheostomie sterilă.

Tehnica îngrijirii

	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică pacientului/apartinătorului necesitatea acestei intervenții	Se respectă dreptul la informație
2.	Se explică modul și etapele îngrijirii	Ca să înțeleagă și să accepte
3.	Se pregătesc materialele necesare și se așază lângă pacient	Se asigură comodate și accesibilitate
4.	Se asigură intimitatea pacientului	Pentru a reduce sentimentul de jenă
5.	Poziția pacientului șezând sau semi așezat	Ca gâtul să fie puțin în extensie
6.	Îmbrăcăm mănușile de cauciuc nesterile	Pentru a îndepărta pansamentul vechi de pe stomă
7.	Pansamentul scos se pune în punga pentru reziduuri	Combaterea infecției
8.	Se schimbă mănușile nesterile cu cele sterile	Combaterea infecției
9.	Se examinează buretele de traheostomie	
9.1.	Dacă este curat se va așeza pe un câmp steril	Pentru a-i menține sterilitatea
9.2.	Dacă este murdar îl punem în punga de reziduuri	Combaterea infecției
9.3.	Atunci se va folosi alt burete - steril	
10.	Se examinează starea tegumentelor din jurul stomei	Dacă sunt modificări se anunță medicul
11.	Se curăță stoma, se spală cu puțină apă și săpun neutru	La indicația medicului. Atent ca apa să nu pătrundă în trahee
11.1.	Nu se va folosi H ₂ O ₂ sau soluție cu Betadină	Aceste soluții pot leza țesuturile
11.2.	Se poate folosi unguent antibacterian	La indicația medicului
12.	Se îndepărtează canula interioară	
13.	Se aspiră secrețiile bronșice	Dacă este necesar
14.	Canula folosită se aruncă la reziduuri	Dacă este de unică folosință
15.	Se va înlocui canula cu alta sterilă la fel de unică folosință	

16.	Dacă canula interioară e de mai multe folosințe:	
16.1.	Se spală bine cu apă și săpun	Deasupra tăviței
16.2.	Cu periuța se îndepărtează impuritățile din interiorul ei	Combaterea infecției
16.3.	Se clătește cu apă curată	Pentru a înlătura resturile
16.4.	Se fierbe 5 min., apoi se usucă pe o compresă de tifon sterilă	Se usucă al aer liber
17.	Canulele uscate se păstrează într-o pungă curată de plastic	Până la următoarea folosire
18.	Se așează buretele sub cateter	Se evită formarea escarei
19.	Se introduce canula interioară curată	
20.	Se acoperă stoma cu o compresă sterilă	Combaterea infecției
21.	Se fixează panglica de fixare a cateterului de traheostomă	Panglica să fie curată
22.	Dacă panglica de fixare s-a murdărit se schimbă cu alta curată	Dar întâi se fixează cea curată, apoi se scoate cea murdară
23.	Panglica curată se fixează atent pentru a nu mișca din loc canula exterioară	Se va evita traumarea
24.	Între gâtul pacientului și panglică se va lăsa o distanță de un lat de deget	Se evită compresiunea și traumarea
25.	Pe tot parcursul intervenției se va comunica cu pacientul și se va încuraja	Pentru a reduce anxietatea
26.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
27.	Se va raporta medicului următoarele:	În scris, în dosarul de îngrijire
27.1.	Aspectul, starea stomei	
27.2.	Cum a suportat pacientul această intervenție	
27.3.	Dacă respectă indicațiile anterioare	
27.4.	Dacă poate efectua această îngrijire în mod autonom	

Îngrijirea pacientului cu gastrostomă

Indicațiile: - prezența gastrostomei la pacientul postoperator

Scopul: - de a asigura alimentația artificială prin stomă pe termen lung

- pentru a hidrata pacientul prin stomă
- de a combate infecțiile
- de a educa pacientul/apartinătorul în formarea deprinderilor pentru îngrijirea gastrostomei și alimentația corectă prin stomă.

Materiale necesare: apă caldă, comprese de tifon, săpun neutru, prosop, mănuși sterile, baghete cu tampoane de vată, clema de pensare pentru sonda de stomă, seringă

de 20 ml., seringă de 100 ml., soluție nutritivă de temperatura camerei, recipient pentru reziduuri, lighean sau alt recipient.

Tehnica îngrijirii

	Etapele	Argumentarea
1.	Se informează pacientul despre importanța acestei îngrijiri	Se respectă dreptul la informare
2.	Se explică continuitatea etapelor de îngrijire	Ca pacientul sau aparținătorul să formeze deprinderi corecte de îngrijire
3.	Se asigură intimitatea	Pentru a reduce sentimentul de jenă
4.	Se pregătește tot necesarul și alimentele în cantitatea indicată de medic	Se asigură comoditate și accesibilitate
5.	Se ajută pacientul să ocupe o poziție comodă	Ca să avem acces la sonda de gastrostomie
5.1.	Poziția va fi semișezând, ridicat la un unghi de 45°C	Pentru a împiedica aspirația aerului în timpul alimentației
5.2.	Această poziție se va menține o oră după alimentație	
6.	Se verifică tegumentele în jurul stomei	Ca să fie integre
7.	Se îmbracă mănușile	Pentru protecție
8.	Se îndepărtează de pe piele pansamentul și clema de pe sondă	Se aruncă în punga pentru reziduuri
9.	Se verifică poziția sondei în stomă și stomac	
10.	Se verifică permeabilitatea sondei	Se aspiră cu o seringă sterilă conținutul gastric
11.	Se verifică cantitatea de suc gastric în stomac	Ca să nu fie mai mult de 100 ml.
12.	Se aspiră în seringă soluția nutritivă indicată, să fie de temperatura camerei	Seringa sterilă de 100-150 ml.
13.	Se atașează atent amboul seringii la sonda de gastrostomie	Se fixează bine
14.	Atent se introduc alimentele în 10-15 min.	
15.	Se repetă umplerea seringii și introducerea alimentelor lichide	Cantitatea este indicată de medic
16.	La terminarea alimentației se introduce 50 ml. apă caldută	Pentru a spăla sonda
17.	Se fixează clema pregătită pe sondă înainte de a se termina toată apa din seringă	Ca să nu se introducă aer
18.	Se detașează seringă de sondă	Seringile de unică folosință se aruncă la reziduuri
19.	Se curăță zonele din jurul stomei cu apă caldă și săpun	Ca pielea să fie curată

	neutru	
20.	Se clătește cu apă curată	Se vor înlătura resturile de săpun și alimente
21.	Se va tampona pielea cu o compresă sterilă	Pentru a usca bine pielea
22.	Zonele care nu pot fi ușor atinse și curățate din jurul stomei se vor curăța cu baghete cu vată	
23.	Se aplică un pansament steril pe stomă	Se va fixa cu emplastru
24.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
25.	Pacientul se așază în poziție de confort	

Îngrijirea pacientului cu colostomă

Scopul: - de a învăța pacientul deprinderi corecte de autoîngrijire

- de a preveni infecțiile
- de a ajuta pacientul și aparținătorii să se adapteze la noul mod de viață.

Indicațiile: - prezența colostomei postoperatorii la pacient cu cancer intestinal, rectal.

Materiale necesare: mușama, scutece, aparat colector indicat de medic (punga colectoare), vas cu apă caldă, mănuși, cremă de protecție, deodorant, recipient pentru fese, comprese de unică folosință, sterile, apă caldă, săpun, punga colectoare pentru schimb, pensă, comprese de tifon.

Tehnica efectuării

	Etapele	Argumentarea
--	---------	--------------

1.	A/m asigură intimitatea pacientului	Se respectă drepturile pacientului
2.	Se va pregăti tot necesarul pentru îngrijirea stomei	Se asigură comoditate
3.	A/m îmbracă mănușile de protecție	Combaterea infecției
4.	Se așază în jurul stomei un prosop sau fașă de hârtie	Pentru a proteja zona înconjurătoare de scurgeri
5.	Se detașează și se golește punga colectoare	Aparatul colector se îndepărtează atent
6.	Conținutul din pungă se aruncă la WC	Punga colectoare la gunoi în pungă de plastic
7.	Se spală pielea din jurul stomei cu apă caldă și săpun neutru	Cu pensa și comprese de tifon
8.	Nu se folosește săpun obișnuit	Cauzează iritarea pielii
9.	Se examinează aspectul stomei și a pielii din jur	Culoarea – să nu fie roșeață, iritație
10.	A/m încurajează pacientul să-și privească stoma	Ca să accepte realitatea
11.	I se explică etapele îngrijirii	Pentru a se putea autoîngriji
12.	După spălare se șterge bine pielea din jurul stomei cu comprese uscate sterile	Pentru a o usca
13.	A/m aplică în jurul stomei o cremă de protecție pentru a evita iritarea pielii și infecția	Apoi se va înlătura prin badijonare
14.	Se fixează o altă pungă colectoare nouă	Vezi modul de aplicare
15.	Se va fixa cu un adeziv care se află pe suprafața de fixare a pungii, sau cu centura	Sunt pungi închise ca un săculeț, și sunt pungi deschise în partea inferioară care permit golirea
16.	A/m se asigură că pacientul se simte cât mai confortabil	
17.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
17.1.	Se aruncă materialele folosite la deșeuri	
17.2.	Se instalează pensa în soluție dezinfectantă	
17.3	A/m spală mâinile	Mănușile se aruncă
18.	Se aerisește încăperea și se folosește deodorant	Pentru a combate mirosul.

Spălătura gastrică

Scopul: - evacuarea conținutului stomacal prin sondă

- înlăturarea produselor toxice

Indicațiile: - diverse intoxicații

Materiale necesare: 2 șorțuri din material plastic, mănuși sterile, mușama, scutec sau prosop, apă caldă, recipient, scaun, tăviță renală, pensă sterilă, cană sau ulcior, pâlnie, sondă gastrică groasă sterilă, 2 seringi de 20 ml., borcânaș gradat de 200 ml.

Tehnica procedurii

	Etapele	Argumentarea
1.	Se explică pacientului necesitatea acestei intervenții	Se respectă dreptul la informare
2.	Se informează despre comportamentul în timpul spălăturii	Ca să înțeleagă și să colaboreze
3.	Se respectă intimitatea pacientului	Se izolează cu un paravan
4.	Se pregătește necesarul și se așează lângă pacient	Se asigură comoditate
5.	A/m se pregătește respectiv:	
5.1.	Spală mâinile	Combaterea infecției
5.2.	Îmbracă mănușile de cauciuc	Pentru protecție
5.3.	Își fixează șorțul	
6.	Poziția pacientului șezând pe scaun	Să se sprijine de spetează

7.	Se înlătură proteza dentară	Se evită mușcarea sondei
8.	Se fixează șorțul de cauciuc	Se asigură protecția vestimentației
9.	Se oferă tăvița renală ca să o țină sub bărbie	În caz de vomă
10.	A/m umezește sonda la capătul bucal	Ca să aluneca mai ușor
11.	Se așează în dreapta pacientului	Pentru comoditate
12.	Se va fixa capul între mână și toracele a/m	
13.	Solicită pacientului să deschidă gura și să respire adânc	Se asigură acces
14.	Se introduce capătul cu al sondei până la peretele posterior al faringelui	Cât mai aproape de rădăcina limbii
15.	Invită pacientul să înghită	Comunică și-l încurajează
16.	Îi solicită să repete mișcările de deglutiție	
17.	A/m cu mișcări blânde împinge sonda ajutându-l să înghită	Ca sonda să ajungă în stomac
18.	La capătul extern al sondei se atașează pâlnia	Se va ține în mâna stângă la nivelul gurii pacientului
19.	Se verifică temperatura apei și se toarnă cu cana în pâlnie până rămâne pâlnia plină	
20.	Se ține pâlnia puțin înclinată și se ridică încet în sus	Până când apa ajunge în gâtul pâlniei ca să nu pătrundă aer
21.	Treptat se coboară pâlnia în jos sub nivelul epigastrului	
22.	Se golește pâlnia în recipientul pregătit	
23.	Se repetă punctele 20-21-22	Până apa se elimină curată
24.	Se înlătură pâlnia	Se va dezinfecta
25.	Se fixează pensa la capătul liber al sondei	Ca să nu se elimine lichidul prin ea
26.	Se extrage cu atenție sonda	Ca să nu se scurgă conținutul ei în faringe și pentru a evita aspirarea
27.	Se va recolta în recipient de 200 ml. apa spălăturii gastrice	La indicația medicului pentru examen de laborator
28.	Se oferă pacientului un pahar de apă	Ca să clătească gura
29.	Se curăță fața cu un prosop	
30.	Se îndepărtează tăvița renală și șorțul	
31.	Se reorganizează locul de lucru	Combaterea infecției
32.	Se examinează aspectul apei spălăturii gastrice	
33.	Se așează pacientul comod în pat	

Îngrijirea pielii și plăgii în escare

Scopul: - de a favoriza tratamentul plăgii în escare

Indicațiile: - prezența lezării pielii, a plăgii cauzate de escara de decubet.

Materiale necesare:

1. Material steril pentru pansament
2. Material steril pentru toaleta plăgii
3. Soluție medicamentoasă
4. Unguente cu antibiotice și hormonale
5. Instrumente sterile
6. Apă fiertă
7. Sol. Furacilonă 1:5000
8. Sol. H₂O₂ 3%

Tehnica îngrijirii

N. d/o	Etapele	Argumentarea
1	Se va examina escara – locul, aspectul, mărimea	Pentru precizarea gradului lezării
2	Asistenta medicală va cunoaște cauzele aparițiile esacarelor, va evita factorii de risc.	
3	Asistenta medicală va învăța rudele, familia să efectueze și să respecte măsurile de prevenire a esecarelor.	Vezi sdandardul.
4	Va învăța familia tratamentul escarii.	
4.1	Schimbarea posturii conform orarului.	Schema este individuală.
4.2	Locul cu escara deja formată se va proteja cu colacul de cauciuc.	Ca locul cu plagă să nu se atingă de nimic.
4.3	Se va respecta igiena locală a pielii în escara de gr.I.	

4.3.1	Pielea se va spăla prin badejonare	Cu apă feartă sau cu sol. Furacilină.
4.3.2	Se usucă bine.	
4.3.3	Se prelucrează cu menovazină	
4.3.4	Sau se badijonează cu unguent, cremă de protecție.	La indicația medicului.
4.4	În prezența escarii de gradul II	
4.4.1	Se dezinfectează locul ulcerației sau eroziunii pielii prin spălare sau badijonare	H2O2 3% la indicația medicului.
4.4.2	Locul cu escara se lasă descoperit	
4.4.3	Se aplică uneori pansament steril cu unguente	La indicația medicului.
4.4.4	Se va menține în încăpere igienă, aerul curat.	Să nu fie praf. Aerisire. Cuartare dacă e posibil.
4.5.	În escare de gradul III-IV	
4.5.1.	Toaleta plăgii conform cerințelor cu H2O2 3%	
4.5.2.	Prelucrarea pielii din jurul plăgii cu clorură de sodiu 0,9; sau alcool, iod	Prin badijonare de la plagă spre exterior. Atenț ca soluția să nu pătrundă în plagă
4.5.3.	Se aplică pansament steril cu diverse unguente cu antibiotice	La indicația medicului
4.5.4.	Pe plagă se aplică gelul cu Metronidazol; sau pansament cu straturi de cărbune activat	Pentru a reduce mirosul neplăcut din plagă
4.5.5.	În escara cu plaga profundă se aplică pansament steril, impermeabil, hidrocoloidal-Duoderm	
4.5.6.	Tratamentul chirurgical al plăgilor de gradul III și IV	La decizia medicului
5.	Pentru a facilita vindecarea	
5.1	În plaga artificială se aplică o membrană semipermeabilă	La indicația medicului
5.2	Ameliorarea presiunii asupra plăgii schimbarea posturii, protecția cu colacul sau pernuța de caciuc	
5.3	Optimizarea nutriției – alimente bogate în vitamine, săruri minerale, proteine	
5.4	Se va mări hidratarea	Dacă nu sunt edeme
5.5	Se va evita excesul sedativelor, analgeticilor, corticosteroidilor	Defavorizează sensibilitatea
5.6	Se va încuraja pacientul prin comunicare și îngrijire atentă.	

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DURERE

- Scopul:**
- de a reduce intensitatea durerii
 - de a reduce manifestările suferinței
 - de a reduce disconfortul cauzat de durere
 - de a monitoriza evoluția durerii

Indicațiile: pentru pacient cu durere acută sau cronică de origine neurologică

- Materiale necesare:**
- pat funcțional
 - anexe pentru pat
 - termofor
 - diverse medicamente
 - necesarul pentru satisfacerea nevoilor
 - dosarul de îngrijire Nursing

Tehnica îngrijirilor

Nr.	Etapele îngrijirii	Argumentarea
1.	Asistenta medicală va culege datele pentru:	
1.1.	A obține plângerile caracteristice durerii	Localizarea, caracterul, durata, intensitatea și iradierea durerii
1.2.	Pentru a preciza cauzele, factorii care au declanșat durerea sau care agravează durerea.	La fiecare pacient în mod individualizat
1.3.	Pentru a cunoaște măsurile luate până în prezent, pentru a ameliora durerea și efectul obținut.	
1.4.	Împreună cu pacientul, pentru a evidenția factorii, care influențează percepția durerii	Factorii din mediu, rolul familiei
2.	A/ med. va culege datele obiective:	
2.1.	Pentru a preciza manifestările individuale cauzate de durere	Prin observație și palpație
2.2.	Pentru a observa semnele, reacțiile altor organe și sisteme, care însoțesc durerea	Ca răspuns la durere
2.3.	Pentru a observa influența durerii asupra satisfacerii nevoilor fundamentale	Respirația, pulsul, T.A., temperatura, conștiința,

		eliminările.
3.	A/ med. împreună cu medicul și pacientul, va preciza sau presupune cauzele durerii, pentru a le reduce sau a le înlătura	Inclusiv factorii de risc a durerii
4.	A/ med. va preciza resursele de adaptare a pacientului la durere: - susținerea afectivă - susținerea spirituală	
5.	Acordarea îngrijirilor de către echipa de îngrijiri Nursing:	
5.1.	A/ med. va monitoriza durerea:	Prin comunicare și supraveghere
5.1.1.	Împreună cu pacientul supraveghează intensitatea durerii sau reducerea ei într-un termen anumit	În timp de 1 oră
5.1.2.	Se precizează reacțiile, manifestările pacientului la durere	Individualizat as/ med. îl ajută să descrie durerea
5.1.3.	As. med. învață pacientul să supravegheze motivele intensificării durerii	Postura, mișcările, emoțiile, efortul, respirația profundă, retenția gazelor, urinei, T.A., condițiile din mediu
5.1.4.	Îl învață să descrie intensitatea durerii, folosind termenii: ușoară, moderată, intensă, suportabilă și insuportabilă.	
5.2.	As. med. va manifesta înțelegere față de suferința pacientului	Prin comportament, comunicare, susținere
5.3.	Se va asigura confortul necesar în pat, se ajută la schimbarea posturii	Așternut curat, uscat, fără cute.
5.4.	Se vor înlătura factorii agravanți ai durerii: zgomotele, lumina puternică, frigul, supraîncălzirea, aerisirea	
5.5.	Se va urmări respectarea regimului alimentar și al hidratării	Conform indicațiilor
5.6.	Se vor lua măsurile de combatere a constipației, meteorismului , retenției de urină	Vezi standardele respective
5.7.	Se vor efectua măsurile de prevenire a escarelor	Vezi standardul
5.8.	As. med. va comunica și va încuraja pacientul permanent	Comunicarea verbală și non verbală
5.9.	Se vor aplica termoforul, compresa locală la timp	La indicația medicului Pentru ameliorarea durerii
5.10.	Se vor folosi diverse masajе sau frecții ușoare	Pentru stimularea cutanată la indicația medicului
5.11.	Se va distra atenția de la durere: - prin discuții, vizita rudelor	

	<ul style="list-style-type: none"> - citirea revistelor, audierea muzicii, vizionarea TV - se va fixa atenția pe alte probleme decât ale durerii respective - se va învăța pacientul să se relaxeze și să-și concentreze atenția numai la momentele plăcute din viață 	<p>Citirea activă sau pasivă</p> <p>Să-și amintească, să povestească momentele plăcute.</p>
5.11.5.	Se învață pacientul să respire adânc și lent	Se va distra de la durere
5.11.6.	Se folosesc diverse metode de protejare a regiunii dureroase	Imobilizarea, susținerea
5.11.7.	Se admite prezența persoanelor dorite din familie	Pentru a-l distra, susține și încuraja
5.12.	<p>Se va contribui la promovarea unui concept despre sine pozitiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prin încurajarea pacientului la orice progres obținut - prin implicarea în auto îngrijiri 	
5.13.	As. med va administra medicația prescrisă și va urmări efectul ei	Reducerea sau dispariția durerii
5.14.	<p>As. med. va învăța pacientul să descrie, să aprecieze intensitatea durerii, folosind:</p> <p>a) scara evaluării verbale a durerii</p> <p>gradul 0 – durerea lipsește în repaus și în timpul mișcării</p> <p>gradul I – durerea lipsește în repaus și este durere ușoară în mișcări</p> <p>gradul II – durerea ușoară în stare de repaus și moderată (suportabilă) la mișcări</p> <p>gradul III – durere moderată în stare de repaus și puternică la mișcări</p> <p>b) scara de apreciere (evaluare) a intensității durerii:</p> <p>0-----1-----2-----3-----4-----5</p> <p>Lipsă ușoară deranjată persistentă gravă insuportabilă</p> <p>c) se mai folosește grila numerică de la 0 la 10:</p> <p>0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10</p> <p>Lipsa durerii durere suport. durere insuportabilă</p>	

<p>5.15.</p>	<p>Se va folosi scara calmării durerii: Gradul 0 – lipsește calmarea durerii Gradul I – calmare slabă, stare de ațipire obișnuită, se trezește repede Gradul II – calmarea moderată, stare de ațipire obișnuită, se trezește ușor Gradul III – calmare puternică, stare de adormire, durerea absentă, se trezește greu Gradul IV – pacientul este în stare de adormire, durere absentă, se trezește ușor.</p>	
<p>6.</p>	<p>Se va acorda suportul psihic pentru pacientul cu durere:</p>	
<p>6.1.</p>	<p>As. med. va spune și va arăta că îi pasă ce i se întâmplă pacientului;</p>	
<p>6.2.</p>	<p>Îi arată și-i spune că-l crede când zice că-l doare</p>	
<p>6.3.</p>	<p>Îl încurajează și respectă modul de reacție la durere</p>	
<p>6.4.</p>	<p>În comunicare as. med. poate folosi expresii ca:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) vreau să căutăm împreună modalități de a alina durerea b) dacă nu ai încredere în mine, voi încerca să găesc altă asistentă c) vreau să rămân alături, chiar dacă nu reușesc să te ajut să-ți controlezi durerea 	
<p>6.5.</p>	<p>Se vor practica momente de auto sugestie</p>	<p>Consultația psihologului</p>
<p>6.6.</p>	<p>As. med. se va include cu ajutor, susținere la rezolvarea diverselor probleme, care-l îngrijorează pe pacient, ceea ce vor reduce durerea</p>	<p>Probleme sociale, economice, spirituale.</p>

Scop: De a reduce intensitatea durerii și a suferinței

Indicații: Pentru toți pacienții în perioada postoperatorie
Pentru toți pacienții cu durere acută

Cauzele durerii:

1. Durerea parietală – prin distenția și tracțiunea musculară în locul suturilor profunde.
2. Prezența unui hematom în regiunea plăgii.
3. Durerea superficială în regiunea plăgii din cauza suturilor și hipersensibilității individuale.
4. Dureri profunde din cauza distenției viscerale a tubului digestiv.
5. Dureri profunde din cauza colicii abdominale.
6. Durere din cauza congestiei pelviene.
7. Durere în locul aflării drenului din cauza profunzimii.
8. Durere cauzată de pansament prea strâns.
9. Durere cauzată de pansament îmbibat cu sânge sau secreție.
10. Durere de inflamație, spasm, tumoare

Materiale necesare:

Ceas pentru monitorizarea în timp a durerii.

Dosarul de îngrijire Nursing - D.Î.N.

<i>Tehnica efectuării</i>	<i>Argumentarea</i>
<i>I. Asistenta medicală va supraveghea durerea prin monitorizare</i>	
Precizează caracterul durerii	Prin comunicare
Localizarea precisă a durerii	Prin comunicare și palpare
Precizează intensitatea durerii	Acută, sub acută
Fixează în timp durata durerii	Monitorizarea în timp-permanentă, periodică
Împreună cu pacienta va stabili dacă durerea timp de o oră este în creștere sau rămâne aceeași intensitate	Se va fixa timpul
Învață pacienta să supravegheze cauza intensificării durerii	Respirația profundă, mișcarea, emoția, reținerea gazelor și a micțiunii
La fiecare oră asistenta medicală va aprecia caracteristicile durerii: caracterul, localizarea, durata, iradierea.	Se notează în dosarul de îngrijire și fișa de reanimare
Asistenta medicală va urmări reacția pacientei la durere, strigăt, plâns, văicăreală, gemete, grimase diferite, agitație, imobilitate, fixația părții dureroase cu mâna; la unii fața crispată; scrâșnesc dinții; este redusă capacitatea de atenție, au insomnie, refuză să comunice sau pune multe întrebări	Care sunt manifestările - la fiecare pacient individualizat

Asistenta medicală va ajuta pacienta să descrie corect durerea	Prin întrebări
II. Combaterea durerii – îngrijirea în durerea acută	
Se așează pacienta în poziție comodă	Care va ameliora durerea
Lenjeria de pat și de corp să fie comodă, curată, întinsă bine fără cute	Se creează confort
Se vor fixa drenurile sondele ca pacientei să-i fie comod	
Pansamentele umede se vor schimba la timp	Combaterea durerii și infecției
Se vor lărgi bandajele, pansamentele prea strânse	Se evită durerea de compresie, constrângere
Prevenirea retenției urinare	Sondajul vezical
Prevenirea retenției gazelor și constipația	Prin tubul de gaze și clisma evacuatoare
Învăță ca în timpul tusei să susțină pansamentul	Reduce încordarea regiunii plăgii și se evită riscul ruperii.
Se aplică punga cu gheață	La necesitate
Masaj ușor în locul dureros	Fără a dăuna
Comunică mai frecvent și o încurajează	Se va reduce anxietatea
Învăță tehnici de relaxare pentru a reduce anxietatea	La alegerea pacientei
Asistenta medicală distrage atenția de la durere: a) Citirea unui ziar; b) Un dialog plăcut; c) Vizionarea TV; d) Audierea muzicii.	La dolianța pacientei și după disponibilitate
Asistenta medicală promovează un concept de sine pozitiv: a) Încurajează pacienta la orice progres obținut; b) Se va implica pacienta în efectuarea unor îngrijiri ale sale.	Prin comunicare frecventă
Urmăresc efectul medicației prescrise: a) Folosesc metode de autosugestie pentru a distrage de la durere; b) Învăță pacientul autocontrolul durerii	La indicația medicului

Supravegherea plăgii și a pansamentului.

Scop: De a observa la timp posibila hemoragie

Indicații: La toate pacientele operate

Materiale necesare:

Nu sunt

<i>Tehnica efectuării</i>	<i>Argumentarea</i>
După instalarea bolnavei operate în par asistenta medicală examinează atent pansamentul: <ul style="list-style-type: none">- se examinează fixarea pansamentului;- dacă toată plaga este bine acoperită cu pansament;- dacă deasupra pansamentul este curat și uscat.	Permite evitarea complicațiilor Indică evoluția bună a stării pansamentului
Dacă se observă că pansamentul de asupra este îmbibat total cu sânge se anunță urgent medicul	Indică o hemoragie
La indicația medicului se va schimba pansamentul	
Confirmă supravegherea la fiecare oră în primele 24 ore.	Peste 24 ore dacă pansamentul este uscat și curat se supraveghează mai ușor

Prevenirea escarelor de decubit

Scop: Îngrijirea pielii în locurile posibile de operație a escarelor de decubit.

Indicații:

- La toți bolnavii în stare gravă;
- În imobilizare;
- În stare inconștientă.

Materiale necesare:

1. lenjerie de corp și de pat curată;
2. scutece sterile;
3. spirt comforat;
4. tampoane de vată;
5. colacul de cauciuc;
6. față de pernă;
7. sol menavazivă;
8. mănuși, tăviță pentru resturi;

Locul apariției escarelor - vezi desenele

<i>Tehnica efectuării</i>	<i>Argumentarea</i>
Se va menține pielea curată: a) prin prelucrarea igienică parțială a pielii; b) îngrijirea mucoaselor, organelor genitale	Vezi standardul Vezi standardul
De a menține lenjerie de corp curată și uscată: 1. să fie fără cute și comodă; 2. vezi standardul „Schimbarea lenjeriei de corp”; 3. cămașa se va schimba atunci când e udă și murdară	Asigură schimbarea rapidă a cămașei Să se respecte etapele
Schimbarea lenjeriei de pat: 1. Se va schimba când va fi udă și murdară; 2. Se supraveghează să nu fie cute și fărâmituri în așternut	Vezi standardul Deoarece grăbește apariția escarelor
Schimbarea posturii din 2 în 2 ore ziua și odată în 4 ore noaptea: 1. Se va schimba postura în 1 zi după operație de către asistenta medicală; 2. în următoarele zile pacienta va fi ajutată să-și schimbe postura.	Se va îmbunătăți circulația Pacienta este pasivă Se va ține de bară sau mâner
Se fac frecții ale pielii în locurile posibile de apariție a escarelor: 1. Se folosește sol alcool diluat cu apă 1:1 sau spirt comforat sau menavaziu; 2. Se i-a tamponul de vată se îmbibă cu una din soluții și se fac mișcări ușoare rotative pentru a frecționa pielea; 3. Tampoanele se aruncă la tăvița cu resturi;	În dependență de decubit Soluțiile au acțiune dezinfectantă Se va îmbunătăți circulația sangvină locală. Se înlătură compresiunea țesutului între osul corpului și țesut. Se va obține acces pentru frecții în toate locurile de apariție a escarelor

4. După frecție bolnava se învețe bine.	Pentru a evita suprarăcirea
În locurile posibile de apariție a escarelor se aplică colacul de cauciuc: - Dacă starea gravă rămâne un timp îndelungat se aplică colăcei confecționați din vată și tifon la coate, călcâi, umere și genunchi	Vezi desenul sub regiunea sacrală Vezi standardul „Aplicarea colacului de cauciuc”
În practică pentru a evita formarea escarelor de decubit se folosesc saltelele antidecubit: 1. Se mai folosesc saltele gofrate; 2. saltele pe apă și aer cald.	
<i>Definiție</i> Escară este lezarea integrității pielii cu formarea ulcerăției și necrozei din cauza ischemiei locale	

Îngrijirea pacientului cu constipație

Scopul: - ca pacientul să evacueze intestinul 1 în 24-36 ore fără dificultăți

Indicațiile: - evacuarea intestinului 1 la 3-5 zile și mai mult.

Materiale necesare:

1. Laxative
2. Ulei vegetal
3. Glicerină
4. Necesarul pentru clisma uleioasă
5. Necesarul pentru clisma evacuatoare

Tehnica îngrijirii

N. d/o	Etapele	Argumentarea
--------	---------	--------------

1	Asistenta medicală va culege datele	
1.1	Se va preciza cauzele constipației.	Pentru a le reduce sau a le înlătura.
1.2	Se va preciza manifestările prezente la pacient.	
2	Pacientul va fi hidratat mai mult în dependență de contraindicații.	La indicația medicului.
3	Se va alimenta cu alimente semilichide, lactate, alimente bogate în celuloză, reziduuri, tărițe.	
4	Se va respecta orarul alimentației.	La aceleași intervale în porții mici.
5	Asistenta medicală învață pacientul să facă mai multe mișcări, să se plimbe.	Va crește tonusul mușchilor cu stimularea peristaltismului
6	Dacă pacientul e foarte grav sau sunt contra indicații pentru a fi ridicat din pat se vor efectua exerciții fizice în pat.	Active sau pasive.
7	Exerciții de gimnastică respiratorie.	Ori de câte ori este posibil.
8	Masajul ușor al abdomenului.	Zilnic.
9	Se va include în regimul alimentar: legume, fructe cu acțiune laxativă, o linguriță de ulei seara.	Castraveți prune, pere, sfeclă.
10	Laxative: Bisacodil, Senadal.	La indicația medicului, per orar sau supozitoare.
11	Dacă nu este efectul dorit se va efectua clisma evacuatoare.	Vezi standardul respectiv.
12	Mai eficace este clisma uleioasă sau cu glicerină.	Vezi standardul
13	În caz de fecalom se va face înlăturarea lui manuală de către medic.	În caz de necesitate
14	Se va evita administrarea îndelungată a medicamentelor care provoacă constipația: diuretice, antacide, antidepresive, antianemice, antitumorale, anticolinergice, analgezice, opioide și neopioide, diuretice, spazmolotice, preparate de fier, bariu, haloperidol.	
15	Se va servi plosca în pat pentru a evacua intestinul.	Pentru pacient grav
16	După evacuarea intestinului se va face toaleta intimă și aerisirea încăperii, se va dezinfecta plosca.	Vezi standardele respective

Îngrijirea pacientului cu diaree

Scopul: - De a preveni deshidratarea
- Ca pacientul să prezinte scaun normal

Indicații: Pacientul cu diaree.

Materiale necesare:

1. Mușama
2. Scutece
3. Ploscă
4. Talc
5. Termofoar
6. Necesarul pentru toaleta anală
7. Lichide pentru hidratare.

Tehnica îngrijirii

N. d/o	Etapele	Argumentarea
1	Pacientul respectă regim la pat	

2	Patul se acoperă cu mușama și un scutec.	Pentru a proteja lenjeria.
3	În caz de incontinență de materie fecală se așează sub regiunea feselor o ploscă pneumatică de cauciuc.	Periodic se va curăța și dezinfecta.
4	Se servește plosca în pat la fiecare evacuare intestinală dacă pacientul e grav.	Scaunul poate fi 5-6 -10 ori și mai mult în 24 ore.
5	Asistenta medicală supraveghează numărul și caracterul scaunelor și le notează.	
6	După fiecare defecare se face toaleta anală și intimă, se usucă bine pielea și mucoasele.	Se evită apariția intertrigoului sau escarelor
7	În inflamație și durere peri anală se va prelucra după toaleta intimă cu o soluție dezinfectantă sau cu unguent de Hidrocortizon.	Sol. furacilină 1:5000
8	Se va încălzi pacientul cu termofoare, plapume groase.	Deoarece pierde multă energie calorică și are hipotermie.
9	În durere și colici abdominale se aplică pe abdomen compresă locală caldă cu alcool sau termofor – pernă electrică	La indicația medicului
10	Se hidratează per oral cu lichid în cantități mai mari – ceai de mușetel, de mentă ne îndulcit, Rehidron.	Pentru a combate deshidratarea.
11	Primele 24-48 ore – dieta hidrică	Se permite fiertură de orez.
12	Apoi se permite în alimentație pesmeți, pireu de cartofi, orez fiert, ouă fierte tari.	
13	Odată cu ameliorarea scaunului se includ în alimentație produse bine fierte, pâinea, terciurile.	Se exclud lactatele, grăsimile
14	Se va supraveghea bilanțul hidric, pentru a restitui lichidul pierdut și a preveni deshidratarea.	Cu notarea respectivă
15	Se supraveghează TA, t°, pulsul.	Deoarece în deshidratare gravă poate fi insuficiența vasculară.
16	Se administrează la timp tratamentul prescris de medic.	
17	Se supraveghează efectul medicației.	
18	Se vor face toate îngrijirile igienice în pat.	Apartținătorii se vor implica activ.
19	Se ajută pacientul la satisfacerea nevoilor fundamentale în pat.	Dacă este grav
20	În cazuri grave pacientul va fi	La decizia medicului

spitalizat.	
-------------	--

Îngrijirea pacientului cu incontinență de urină

Scopul:

- de a preveni infecția urinară recurentă
- de a preveni modificările trofice cutanate
- de a reduce anxietatea sau depresia

Indicațiile:

- pacientului cu eliminarea involuntară a urinei
- pacient în stare inconștientă

Materiale necesare:

1. lenjerie de corp și de pat
2. Scutece
3. Material absorbant
4. Talc
5. Urinar
6. Ploscă
7. Cremă de protecție
8. Urinar portativ

Tehnica îngrijirii

N. d/o	Etapete	Argumentarea
1	Pacientul conștient	
1.1	Se va stabili un orar al micțiunilor	Cu intervale egale și mai frecvente pentru a forma reflexe condiționat
1.2	Se reduce aportul de lichid.	Pentru a scădea diureza
1.3	Se servește plosca sau urinarul în pat	Pentru pacient cu pareze, paralizii
1.4	Pacientul se va trezi noaptea la orele stabilite pentru a se urina	Cu interval de 1.5-2 ore
1.5	Se sugerează ca pacientul să încerce să urineze peste 10-30 min. după ce a consumat lichid	Dacă consumă 100-200 ml. lichid sau mai mult
1.6	Se recomandă pacientului să nu mai consume lichid în cantități mari după ora 17.00	Ca să se micșoreze diureza noaptea
1.7	Se va sugera pacientului să-și rețină urina pe durata inclusă în orarul micțiunilor	1-1.5- 2 ore
1.8	Se crează poziția corectă a pacientului în timpul micțiunii în DD; iar dacă e posibil - susținut în poziție așezat	Favorizează golirea vezicii urinare
1.9	Se va proteja lenjeria de pat cu o mușama sub regiunea sacrală	Să fie acoperită cu un scutec
1.10	Se poate aplica în regiunea perineală scutece uscate	Se vor schimba mai frecvent
1.11	Se mai recomandă aplicarea materialului absorbant	Scutece, chiloței-Pampers
1.12	Se efectuează toaleta intimă mai frecvent sau după fiecare incontinență	Pentru a combate mirosul neplăcut și macerarea pielii
1.13	Se menține regiunea perineală uscată mai mult posibil cu talc	Pentru a evita lezarea pielii, macerația sau intertrigoul
1.14	Se fixează urinarul sau punga specială, portativă din plastic sau cauciuc	
1.15	Pe pielea bine curățată și uscată în regiunea perineală se aplică o cremă de protecție pentru copii	Pentru revitalizarea mucoaselor și pielii
1.16	Se crează un mediu care –i respectă intimitatea	Se respectă drepturile pacientului
1.17	Se va schimba lenjeria de corp și de pat umedă cât mai repede	Se evită riscul escarelor de decubit
1.18	Se va comunica cu pacientul și se va încuraja	Ca să nu se simtă complexat

1.19	Se va arăta simpatia, toleranța și răbdarea față de pacient	Se va reduce depresia
1.20	În sete umezirea frecventă a cavității bucale	Pentru a combate setea
2	Pacientul în stare inconștientă	
2.1	Se protejează cu mușama lenjeria	
2.2	Se fixează în regiunea perineală scutec uscat	Se va schimba cât mai frecvent
2.3	Toaleta intimă	Se evită lezarea mucoasei și a pielii
2.4	Se menține pielea curată și uscată	
2.5	Se aplică o cremă protectoare	
2.6	Se va schimba lenjeria de corp și de pat umedă cât mai repede	De fiecare dată când e umedă
2.7	Se poate folosi materialul absorbant (Pampersul) prin fixare	Se va schimba mai frecvent
2.8	Aerisirea frecventă a încăperii	Pentru a combate mirosul
2.9	Se efectuează cateterizarea vezicii urinare cu cateter stabil	La indicațiile medicului
2.10	Hidratarea parenterală	La indicațiile medicului