




INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu IMSP CS Ungheni	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S.	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

**1. LISTA RESPONSABILITĂȚILOR DE ELABORAREA, VERIFICAREA
ȘI APROBAREA EDIȚIEI SAU REVIZIEI ÎN CADRUL EDIȚIEI
PROCEDURI OPERAȚIONALE**

Nr. crt.	Responsabil/ operațiune	Numele și prenumele	Funcția	Data	Semnătura
	1	2	3	4	5
1.1	Elaborat	Bargan Natalia	Președintele Consiliului Calității	24.12.23	
1.2	Verificat	Bargan Natalia	Șef adjunct pe probleme medicale	24.12.23	
1.3	Aprobat	Belbas Oleg	Șef IMSP CS Ungheni	24.12.23	




**2. SITUAȚIA EDIȚIILOR ȘI REVIZIILOR ÎN CADRUL EDIȚIILOR
PROCEDURII OPERAȚIONALE**

Nr.	Ediția/ Revizia în cadrul ediției	Componenta revizuită	Modalitatea reviziei	Data de la care se aplică prevederile ediției sau reviziei
2.1	Ediția 1			
2.2	Revizia 1			
2.3	Revizia 2			

Data intrării în vigoare:	
Data reviziei:	

3. LISTA PERSOANELOR LA CARE SE DIFUZEAZĂ EDIȚIA.

	Scopul difuzării	Exem plar nr...	Comportament	Funcția	Numele și prenumele	Data primirii	Semnătura
	1	2	3	4	5	6	7
3.1	Aplicare	1	Președintele Consiliului Calității	șef adjunct pe probleme medicale	Bargan Natalia	12.01.25	

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu IMSP CS Ungheni		Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S.		Revizia: - Nr. de ex. :-
			Exemplar nr.: 23

	1	2	3	4	5	6	7
3.2	Aplicare	1	Serviciul Managementul Calității serviciilor medicale	Membru	Chirinciuc Iulia	12.01.25	
3.3	Aplicare	1	Administrația	șef CS Ungheni	Belbas Oleg	12.01.25	
3.4	Aplicare	1	Administrația	șef adjunct probleme medicale	Bargan Natalia	12.01.25	
3.5	Aplicare	1	Administrația	Asistent medical șef	Croitoru Victoria	12.01.25	
3.6	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Mînașcurtă Lidia	12.01.25	
3.7	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Șobranețchi Tatiana	12.01.25	
3.9	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Diaconu Aliona	12.01.25	
3.10	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Bostan Adriana	12.01.25	
3.11	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Prisacari Valentina	12.01.25	
3.12	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Diaconu Alina	12.01.25	
3.13	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Vignan Liudmila	12.01.25	
3.14	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Orfin Livia	12.01.25	
3.15	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Cecan Nicoleta	12.01.25	
3.16	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Maimescu Marina	12.01.25	
3.17	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Putin Tatiana	12.01.25	
3.18	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Starciuc Lucia	12.01.25	
3.19	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Crudu Aliona	12.01.25	
3.20	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Stîrcu Mariana	12.01.25	
3.21	Aplicare	1	CS Ungheni	Asistent medical	Culiuc Mihaela	12.01.25	

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu IMSP CS Ungheni					Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S.					Revizia: - Nr. de ex. :-
						Exemplar nr.: 23

	1	2	3	4	5	6	7
3.22	Aplicare	1	OMF Zagarancea	Asistent medical	Pndus Marina	12.01.25	
3.23	Aplicare	1	OMF Semeni	Asistent medical	Musulbas Mariana	12.01.25	
3.24	Aplicare	1	OMF Chirileni	Asistent medical	Trofim Irina	12.01.25	
3.25	Aplicare	1	OMF Bușila	Asistent medical	Casian Angela	12.01.25	Casian
3.26	Aplicare	1	OMF Negurenii Vechi	Asistent medical	Cucereavii Claudia	12.01.25	
3.27	Aplicare	1	OMF Țighira	Asistent medical	Cucereavii Raisa	12.01.25	
3.28	Aplicare	1	OMF Coșeni	Asistent medical	Cucereavii Raisa	12.01.25	
3.29	Aplicare	1	OMF Zăzuleni	Asistent medical	Ciobanu Tatiana	12.01.25	
3.30	Aplicare	1	OMF Florițoaia Veche	Asistent medical	Nica Elena	12.01.25	
3.11	Aplicare	1	OMF Florițoaia Nouă	Asistent medical	Saculțanu Larisa	12.01.25	
3.32	Aplicare	1	OMF Grozasca	Asistent medical	Saculțanu Larisa	12.01.25	
3.33	Informare						
3.34	Evidența						
3.35	Arhivare						
3.36	Alte scopuri						

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

4. SCOP

Scopul contractului îl constituie furnizarea de servicii medicale la domiciliu/îngrijiri paliative, privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate.

5. DOMENIUL DE APLICARE

Se aplică în cadrul tuturor subdiviziunilor din IMSP Centru de Sănătate Ungheni

6. DOCUMENTAȚIA DE REFERINȚĂ

- Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017
- Legii nr. 451/2001 privind reglementarea prin licențiere a activității de întreprinzător
- Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal;
- Hotărârea Guvernului nr. 1471/2007, Politicii Naționale de Sănătate
- Hotărârea Guvernului nr. 886/2007, în scopul asigurării continuității tratamentului medicamentos efectuat, ameliorării stării de sănătate, menținerii autonomiei persoanei și reducerii gradului de dependență a acesteia
- Hotărârea Guvernului nr. 1141/2006, accesul beneficiarilor la Registrul de reclamații, numerotat și parafat conform prevederilor „Regulamentului cu privire la modul de gestionare a Registrului de reclamații”
- ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.157/2014 ” Cu privire la organizarea activității asistentului medical comunitar”
- ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.855/2013 ” Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu”
- ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1570/2013 ” Cu privire la organizarea asistenței medicale paliative”
- ordinul în comun Ministerului Sănătății al Republicii Moldova și CANAM nr.253 din 20.06.2008/ 01.07.2008 nr. 115-A ” Cu privire la contractarea prestatorilor de îngrijiri medicale la domiciliu și aprobarea formularelor de evidență medicală primară”

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

- ordinului Ministerului Sănătății nr. 828/2011 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară” ordinului comun al Ministerului Sănătății al Companiei Naționale de Asigurări Medicale nr. 448/1 IOA „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară a dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”

7. ABREVIERI ALE TERMINILOR

Abrevierea	Termenul abreviat
PO	Procedură operațională
POS	Procedură de sistem (generală)
° C	Grade celsius
OMF	Oficiul medicilor de familie
IMSP	Institutie Medico-Sanitara Publica
CS	Centru de Sănătate
T	Temeratura
cm	centimetri
TA	Tensiune arterială
DD	Decubit dorsal
A/M	Asistenta medicală

8. DESCRIEREA PROCEDURII

1) Măsurarea și notarea temperaturii

Scopul: Evaluarea funcției de termogeneză și termoreglare

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

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

Materiale necesare

1. Termometru individual;
2. Tamponane de vată sau comprese de tifon sterile;
3. Vas cu sol.H₂O₂3%,
4. Foaie de temperatură, caiet de temperatură, fișa de reanimare, dosarul de îngrijiri nursing;

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

5. Tăviță renală;
6. Alcool 70°;
7. Ceas
8. Pix

Tehnica efectuării

1. Pregătirea materialelor necesare.
2. Se verifică termometrul dacă este integru și dacă funcționează.
3. Pregătirea psihică a pacientului.
4. Pregătirea fizică a pacientului.
 - ✓ Bolnavul este așezat comod în D.D. sau șezând.
 - ✓ Se ridică brațul.
 - ✓ Se șterge bine fosa auxiliară de transpirație.
5. Asistenta medicală spală mâinile
6. Se ține termometrul în mâna dreaptă și se clătește cu apă.
7. Se usucă atent termometrul cu un tampon de vată sau tifon.
8. Se scutură atent termometrul ținând strâns ca un creion în mâna dreaptă coloanei de mercur.
9. Se verifică dacă nivelul coloanei de mercur a coborât în rezervor.
10. Se instalează termometrul cu rezervorul de mercur în centrul fosei axilare.
11. Se apropie brațul de corp pentru a fixa termometrul.
12. Se fixează timpul.
13. Se măsoară timp de 5 minute.
14. Peste 5 minute se scoate termometrul.
15. Se citește cifra la nivelul căreia a ajuns nivelul coloanei de mercur.
16. Se șterge termometrul cu tampon de vată cu alcool.
17. Se spală bine termometrul.
18. Se păstrează în sol.H₂O₂ 3%
19. Se notează cifra temperaturii în caietul de temperatură sau în documentul respectiv.
20. Se notează grafic t° în foaia de temperatură.
21. Se reorganizează locul de lucru.

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

2) Măsurarea tensiunii arteriale

Scopul: De a supraveghea modificările funcției inimii și a vaselor sanguine

Indicații: Este o examinare obligatorie pentru toți bolnavii

Materiale necesare

1. Tensiometru cu sfigmomanometru, fonendoscop, tamponul de vată îmbibat cu alcool, pix

Tehnica efectuării

2. Se pregătesc materialele necesare
 - ✓ Se verifică dacă funcționează
3. Se pregătește bolnavul psihic, se anunță, se calmează
 - ✓ I se explică procedura
4. Pregătirea fizică a pacientului
 - ✓ Se lasă să se relaxeze timp de 10-15 min.
 - ✓ Se ridică mâneca pentru ca brațul să fie total liber
5. Măsurarea TA:
 - ✓ A/m spală mâinile
 - ✓ Se așează tensiometrul lângă bolnav, comod
 - ✓ Se fixează manșeta pe braț
 - ✓ Manșeta se fixează cu 3-5 cm mai sus de plică cotului
 - ✓ Se fixează mîna pacientului comod în extensie la cot.
6. Se dezinfectează membrana fonendoscopului cu tamponul de vată îmbibat cu alcool
7. Se închide clema de la para de cauciuc.
8. Se fixează membrana fonendoscopului pe artera umerală din plică cotului
9. Se fixează olivele fonendoscopului în urechi
10. Se palpează artera brahială sau radială exercitând o presiune ușoară cu degetele
11. Cu mâna dreapta se umflă tensiometrul pompând aer cu para de cauciuc în timp ce se privește acul manometrului
12. Se continuă pomparea de aer până când presiunea se ridică cu 30 cm deasupra punctului în care pulsul a dispărut (nu se mai aud bătăi în urechi).
13. Lent se decomprimă aerul din manșetă
14. Se fixează pe ecran cifra TA atunci când apare primul zgomot la arteră

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

15. Se continuă decompresia și se va fixa cifra ultimei unde pulsatile (ultimul zgomot de pe a. Humerală).
16. Se evacuează tot aerul din manșetă
17. Se așteaptă câteva minute
18. Se repetă măsurarea încă de 2 ori cu intervale 2-3-5 minute
19. Se va calcula media de la cele 3 măsuri
20. Se îndepărtează manșeta de pe brațul bolnavului
21. Se reorganizează locul de lucru
22. Se efectuează în aceeași ordine măsurarea TA pe a doua mână
23. Se notează valorile TA cifric și graphic
24. Se interpretează valorile totale

3) Supravegherea respirației

Scopul: E un indiciu, care ajută la stabilirea diagnosticului, aprecierea evoluției bolii, operației, complicațiilor.

Indicațiile: Examinare obligatorie pentru toți pacienții.

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

Materiale necesare

Ceas cu secundar; foaie de examinare;

Tehnica efectuării

1. Pacientul se află în decubit dorsal = D.D.
2. Se fixează mâna a/m cu partea palmară pe cutia toracică (să fie îmbrăcat ușor).
3. Se fixează timpul.
4. Se numără fiecare inspirație timp de 1 minut.
5. Se notează valorile numerice. Asistenta evaluează valorile obținute.

Atentie! Asistenta medicală va tine cont de faptul că febra la fiecare 1° de creștere a t°-rii majorează frecvența respirației cu 3-5pe minut.

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

4) Măsurarea și notarea pulsului

Scopul: De a supraveghea funcția inimii și vaselor.

Indicațiile: Ca examinare obligatorie pentru toți bolnavii.

Materiale necesare

Ceas cu secundar,
foaie de temperatură,

Tehnica efectuării

1. Pregătirea psihică a bolnavului.
 - ✓ bolnavul va fi anunțat.
 - ✓ bolnavul va fi calmat și i se va explica modul și necesitatea determinării.
2. Pregătirea fizică a bolnavului - brațul mâinii se va sprijini la cot.
3. Asistenta medicală va spăla mâniile.
4. Asistenta medicală fixează mâna dreaptă cu 3 degete pe artera radială.
 - ✓ Se fixează degetul arătător, mijlociu și inelar.
 - ✓ Se fixează degetul pe arteră ca să o comprime de osul radial în șanțul radial.
 - ✓ Degetele să fie situate corect. Degetul arătător al asistentei medicale să fie situat la baza degetului mare al pacientului.
 - ✓ Se apasă concomitent artera cu cele 3 degete, cu aceeași putere.
5. Se fixează timpul.
6. Se numără pulsațiile timp de 1 minut.
7. Se mai determină ritmul și puterea pulsului.
8. Bolnavul revine la poziția respectivă în pat.

Atentie! Se va tine cont de faptul că în febră la fiecare 1° de mărire 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 evaluează valorile obținute.

5) ÎNGRIJIREA PLĂGILOR

Obiective de nursing:

- Favorizarea vindecării
- Prevenirea sau minimalizarea infecțiilor

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

De reținut:

- Plăgile trebuie îngrijite în condițiile respectării regulilor de sterilitate.
- De fiecare dată se evaluează starea plăgii și a tegumentelor din jur, se aplică îngrijirea și pansamentul corespunzător
- Respectăm metodele de prevenire a infecțiilor.

Echipament și materiale:

- pansamente sterile
- aleză absorbantă sau mușama
- soluții pentru irigarea plăgii
- tampoane de tifon sterile, bețișoare cu tampon de vată la vârf sterile
- foarfecă
- bandă adezivă hipoalergenă
- mănuși de cauciuc sterile de unică folosință
- pungă de plastic pentru colectarea reziduurilor.

Protocol de intervenție:

1. Explică pacientului necesitatea și modul de desfășurare ale intervenției.
2. Pregătim echipamentul pentru a fi accesat cu ușurință.
3. Așezăm pacientul într-o poziție comodă pentru el și care ne permite accesul optim la plagă.
4. Așezăm aleza (mușama) pentru a nu murdări lenjeria de pat.
5. îmbrăcăm mănușile de cauciuc sterile de unică folosință.
6. îndepărtăm cu prudență benzile adezive și pansamentele murdare și le colectăm în punga de reziduuri. Pansamentul lipit de plagă îl umezim cu soluție de ser fiziologic sterilă, așteptăm să se dezlipească și apoi îl îndepărtăm.
7. Dezbrăcăm mănușile folosite și îmbrăcăm altele sterile.
8. În funcție de starea plăgii, curățăm și irigăm plaga dinspre partea cea mai curată spre cea murdară.
9. După curățire aplicăm pe plagă pansamentul corespunzător pe care îl fixăm cu benzi adezive hipoalergene.
10. îndepărtăm mușama și așezăm pacientul în poziție de confort.
11. După terminarea intervenției, curățăm instrumentele folosite așezându-le la loc în trusa de îngrijire. Cele de unică folosință le colectăm în punga de reziduuri.

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

6) ÎNGRIJIREA ESCARELOR

Obiective de nursing:

- ✓ restabilirea integrității pielii
- ✓ prevenirea infecțiilor
- ✓ prevenirea complicațiilor
- ✓ diminuarea durerii
- ✓ diminuarea sau minimalizarea presiunilor
- ✓ tratarea lipsei de țesut și a necrozelor

De reținut:

- îngrijirea escarelor este o sarcină complexă care nu implică numai îngrijirea plăgii.
- Tratarea escarelor se face conform indicațiilor medicului curant.
- îngrijirea escarelor se face în condițiile respectării regulilor de asepsie.
- Planul de îngrijire al pacientului cu escare trebuie să cuprindă și controlul permanent al efectelor de frecare sau de presiune ale tegumentelor părților expuse.
- Respectăm metodele de prevenire a infecțiilor.

Echipment și materiale:

Pentru prevenirea apariției escarelor:

1. Cremă hidratantă pe bază de lanolină sau parafină.
2. Apărătoare de călcâie și coate, șosete, blană de oaie.
3. Diferite echipamente pentru diminuarea presiunilor: saltea cu apă, saltea cu bile elastice, saltea cu cavități pneumatice, burete special, colaci sau perne pneumatice.
4. Pansament hidrocoloid, folie transparentă autoadezivă
5. Mănuși de cauciuc nesterile, de unică folosință.

Pentru îngrijirea escarelor:

- 1) Pansamente de tifon și pansamente speciale sterile în funcție de stadiul escarei.
- 2) Spatulă sterilă de unică folosință.
- 3) Bețișor cu tampon de vată steril la vârf.
- 4) Foarfecă sterilă.
- 5) Seringă de 20 ml. de unică folosință sterilă.
- 6) Soluții sterile pentru spălarea plăgii (apă oxigenată de 1-2%, ser fiziologic, rivanol 1%).

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

- 7) Soluție dezinfectată pentru plagă (sol. Betadin 10%).
- 8) Prafuri, creme, unguente pentru curățirea plăgii (acid boric, Trypsina)
- 9) Substanțe pentru favorizarea cicatrizării (pastă zincată, pastă Mikulitz)
- 10) Recipiente pentru colectarea reziduurilor
- 11) Mănuși de cauciuc sterile de unică folosință.

Protocol de intervenție:

1. Explicăm pacientului necesitatea și modul de desfășurare a intervenției.
2. Asigurăm mediul intim al pacientului.
3. Pregătim echipamentul pentru a fi accesat cu ușurință.
4. Așezăm pacientul într-o poziție de confort, dar cu partea de tegumente afectate expuse pentru a putea efectua îngrijirile.
5. Îmbrăcăm mănușile de unică folosință și îndepărtăm pansamentul vechi, colectându-l în punga de reziduuri.
6. Evaluăm stadiul escarei.
7. Aplicăm îngrijirea corespunzătoare stadiului escarei:

a) Stadiul I:

- ✓ acordăm atenție deosebită poziționării pacientului, igienei pielii, igienei personale, mobilizării, alimentației, utilizării mijloacelor de prevenire a escarelor;
- ✓ ungem tegumentele expuse la presiune cu unguente grase, în strat subțire, mai ales în caz de incontinență;
- ✓ zona cu eritem o putem acoperi cu un pansament hidrocoloid sau transparent pentru a feri de deteriorare, lezare;
- ✓ instruiem îngrijitorul să continue și să respecte regulile de îngrijire.

b) Stadiul II:

- ✓ îmbrăcăm mănușile nesterile și îndepărtăm pansamentul;
- ✓ schimbăm mănușile cu altele sterile;
- ✓ curățim plaga prin spălare cu apă caldă și săpun neutru, punționăm veziculele formate și sugativăm lichidul de pe plagă prin tamponare fină pentru a nu provoca durere;
- ✓ dacă plaga nu prezintă secreții și nu este infectată, aplicăm un pansament simplu;
- ✓ dacă plaga secretă sau este infectată, o spălăm cu apă oxigenată 1-2%

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

dar, limitat la 2-3 intervenții, deoarece apa oxigenată împiedică cicatrizarea, după această perioadă spălarea plăgii se efectuează cu sol. Rivanol apoi cu ser fiziologic sau sol. Betadină 10%);

- ✓ în jurul plăgii aplicăm o cremă regeneratoare a pielii;
- ✓ aplicăm un pansament gras sau hidrocoloid sau pansament umed (cu ser fiziologic) necesar vindecării plăgii.

c) Stadiul III:

- ✓ stadiul în care se produce necroza țesuturilor;
 - ✓ îmbrăcăm mănușile de unică folosință, îndepărtăm pansamentul vechi;
 - ✓ schimbăm mănușile cu altele sterile;
 - ✓ pentru a încerca îndepărtarea țesuturilor necrozate, aplicăm pe plagă un pansament unic cu ser fiziologic și îl lăsăm 10-15 min. după care îndepărtăm pansamentul;
 - ✓ dacă plaga este purulentă, presărăm pulbere de antibiotic indicată de medic, iar tegumentele din jurul plăgii le ungem cu o cremă cicatrizantă;
 - ✓ aplicăm un pansament gras sau umed;
 - ✓ fixăm pansamentul cu benzi adezive hipoalergene;
 - ✓ dacă plaga este purulentă și necrozarea țesuturilor nu se poate opri, plaga trebuie curățată chirurgical de către un medic specialist;
8. După terminarea intervenției, curățăm instrumentele folosite și le așezăm la loc în trusa de îngrijire. Colectăm materialele murdare în recipientul pentru reziduuri.
9. Așezăm pacientul în poziție de confort.

De reținut:

- ✓ Evaluăm sistematic riscul la escare după Scala Norton;
- ✓ Planificăm orarul mobilizării și schimbării poziției pacientului;
- ✓ Instruim pacientul privind consumul necesar de lichide, alimentație bogată în proteine și vitamine pentru favorizarea vindecării escarelor;
- ✓ Instruirea pacientului despre importanța menținerii în condiții igienice a tegumentelor și a pansamentelor.

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

Îndrumări pentru documentație:

În raportul de vizită înregistrăm următoarele:

- Tipul de intervenție și cum a fost suportată de pacient
- Stadiul escarei
- Starea tegumentelor din jurul plăgii
- Se menționează locurile potențiale de producere a escarelor
- Soluțiile, cremele, unguentele, medicamentele folosite în îngrijire
- Tipul pansamentului aplicat
- Alte observații legate de starea pacientului.

7) ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU ULCER TROFIC

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 Reynou, boala varicoasă)

Materiale necesare

- Pensă sterilă
- Foarfece
- Sol H₂O₂ - 3%
- Compresă de tifon sterile
- Tampoane de vată și tifon
- Alcool 70
- Sol. Rivanol 1%
- Permanganat de K 1:5000
- Unguente prescrise
- Fașă de tifon, mușama

Tehnica efectuării

1. Asistenta medicală va examina localizarea, mărimea și aspectul ulcerului (plăgii)
2. Va discuta cu pacientul despre durata, evoluția acestei plăgi.
3. Se consultă medicul și fișa medicală a pacientului

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

4. Se recomandă pacientului, familiei să procure medicamentele prescrise, materialele de pansament și instrumentele necesare.
5. Se explică și se învață pacientul, familia ca să efectueze schimbarea pansamentului, prelucrarea plăgii, aplicarea pansamentului cu unguent
6. Se așează pacientul în poziția cât mai comodă, în dependență de starea lui.
7. Spălarea mâinilor și dezinfectarea lor, îmbrăcarea mănușilor.
8. Se scoate pansamentul vechi
 - ✓ Se examinează atent
 - ✓ Se desface fașa sau se taie cu foarfecele
 - ✓ Se dezlipește atent pansamentul cu blândețe
 - ✓ Dacă nu se scoate, nu se desprinde , se înmoaie cu H₂O₂
9. Se efectuează toaleta plăgii:
 - ✓ Se înlătură din plagă secrețiile prin tamponare cu tampoane de tifon sterile, uscate, fixate cu o pensă.
 - ✓ Tampoanele folosite se dezinfectează sau se incinerează apoi.
 - ✓ Se toarnă apă oxigenată pe rană și se tamponează.
 - ✓ Se curăță marginile plăgii cu mai multe tampoane, apoi se usucă
 - ✓ Se dezinfectează pielea sănătoasă din jurul plăgii cu tinctură de iod și alcool 70°
10. Se dezinfectează pielea sănătoasă din jurul plăgii cu tinctură de iod și alcool 70°
11. Se fixează pansamentul cu o fașă de tifon prin bandaj sau cu leucoplast
12. Instrumentele folosite se spală bine și se dezinfectează.
13. Pansamentul se aplică pe 24 ore.

8) ÎNGRIJIREA STOMELOR

Obiective de nursing:

- îndepărtarea secrețiilor exteriorizate prin stomă
- Menținerea igienei și integrității tegumentelor din jurul stomei
- învățarea manoperelelor pe care le poate face pacientul/îngrijitorul
- Favorizarea modului de viață cât mai autonomă.

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

De reținut:

- în caz de ileo și urostomie, îngrijirea stomei este indicată să fie făcută înainte de masa de dimineață (pentru a avea eliminare minimă de materii fecale în timpul efectuării îngrijirii).
- în caz de colostomie, îngrijirea se face atunci când punga colectoare este plină.
- Nu se folosește benzină, alcool pentru curățirea tegumentelor din jurul stomei și nici ulei sau unguent pentru că nu se mai poate lipi adezivul pungii colectoare de piele.
- În cazul unui pacient imobilizat la pat, partea liberă mai lungă a pungii colectoare se așează către pat; în cazul unui pacient care se deplasează, partea liberă mai lungă a pungii colectoare se așează pe abdomen în jos.
- înainte de aplicarea pungii colectoare, trebuie verificată mărimea stomei; se va aplica o pungă având orificiul cu diametrul mic mare cu 0,5-1 cm. decât stoma.
- Respectăm metodele de prevenire a infecțiilor.

Echiptament și materiale:

- comprese sterile, uscate și umede;
- un săpun neutru și un vas cu apă caldă;
- prosop;
- foarfecă;
- pungi colectoare potrivite;
- aleză impermeabilă (mușama)
- pastă adezivă de stomă;
- spatulă,
- instrument de bărbierit;
- Mănuși de cauciuc sterile de unică folosință;
- Pungă de plastic pentru colectarea reziduurilor.

Protocol de intervenție:

1. Explicăm pacientului/îngrijitorului necesitatea și modul de desfășurare ale intervenției.
2. Asigurăm intimitatea pacientului.
3. Pregătim echipamentul pentru a fi accesat cu ușurință.
4. îmbrăcăm mănușile de cauciuc și îndepărtăm de pe piele punga colectoare uzată

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

dezlipind-o de sus în jos.

5. Cu o compresă uscată sau vată de hârtie îndepărtăm substanțele eliminate prin stomă.
6. Cu o compresă umedă și cu săpun neutru curățăm tegumentele din jurul stomei prin mișcări în linie spirală către stomă.
7. Îndepărtăm, dacă există, pilozitatea din jurul stomei.
8. Controlăm integritatea stomei, dacă nu sunt modificări patologice. Orice modificare patologică se raportează medicului curant.
9. Vom usca cu atenție tegumentele din jurul stomei tamponând cu pansamente uscate.
10. Dezbrăcăm mănușile de cauciuc folosite și îmbrăcăm altele curate.
11. Îndepărtăm hârtia protectoare de pe suprafața adezivă a pungii colectoare apoi adezivul îl lipim în jurul stomei având grijă ca pielea să nu formeze cute.
12. Aranjăm îmbrăcămintea pacientului. Conținutul pungii colectoare vechi îl golim în WC; punga murdărită și materialele folosite le adunăm în punga de plastic pentru reziduuri.
13. Așezăm pacientul în poziție de confort.

Îndrumări pentru documentație:

în raportul de vizită înregistrăm următoarele:

- ✓ tipul intervenției și cum a fost suportată de pacient
- ✓ starea stomei și a tegumentelor din jur
- ✓ mărimea stomei și a pungii colectoare folosite
- ✓ cantitatea, consistența și culoarea materiilor fecale și a secrețiilor eliminate prin stomă
- ✓ informațiile și instrucțiunile date pacientului/îngrijitorului privind îngrijirea stomei
- ✓ alte observații legate de starea pacientului

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

9) ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU TRAHEOSTOMĂ

Îngrijirea canulei traheale

Indicațiile: prezența pacientului post operator cu traheostomă lipsa cunoștințelor despre îngrijire.

Scopul:

- ✓ de a favoriza respirația
- ✓ de a preveni infecțiile
- ✓ de a menține permeabilitatea căilor respiratorii
- ✓ educația pacientului/îngrijitorului pentru a forma deprinderi de îngrijire 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

1. Se explică pacientului / familiei necesitatea acestei intervenții
2. Se explică modul și etapele îngrijirii
3. Se pregătesc materialele necesare și se așează lângă pacient
4. Se asigură intimitatea pacientului
5. Poziția pacientului șezând sau semiașezat
6. Îmbrăcăm mănușile de cauciuc nesterile
7. Pansamentul scos se pune în punga pentru reziduuri
8. Se schimbă mănușile nesterile cu cele sterile

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

9. Se examinează buretele de traheostomie
 - ✓ Dacă este curat se va așeza pe un câmp steril
 - ✓ Dacă este murdar îl punem în pungă de reziduuri
 - ✓ Atunci se va folosi alt burete – steril
10. Se examinează starea tegumentelor din jurul stomei
11. Se curăță stoma, se spală cu puțină apă și săpun neutru
 - ✓ Nu se va folosi H2O2 sau soluție cu Betadină
 - ✓ Se poate folosi unguent antibacterian
12. Se îndepărtează canula interioară
13. Se aspiră secrețiile bronșice
14. Canula folosită se aruncă la reziduuri
15. Se va înlocui canula cu alta sterilă la fel de unică folosință
16. Dacă canula interioară e de mai multe folosințe:
 - ✓ Se spală bine cu apă și săpun
 - ✓ Cu periuța se îndepărtează impuritățile din interiorul ei
 - ✓ Se clătește cu apă curată
 - ✓ Se fierbe 5 min., apoi se usucă pe o compresă de tifon sterilă
17. Canulele uscate se păstrează într-o pungă curată de plastic
18. Se așează buretele sub cateter
19. Se introduce canula interioară curată
20. Se acoperă stoma cu o compresă sterilă
21. Se fixează panglica de fixare a cateterului de traheostomă
22. Dacă panglica de fixare s-a murdărit se schimbă cu alta curată
23. Panglica curată se fixează atent pentru a nu mișca din loc canula exterioară
24. Între gâtul pacientului și panglică se va lăsa o distanță de un lat de deget
25. Pe tot parcursul intervenției se va comunica cu pacientul și se va încuraja
26. Se reorganizează locul de lucru
 - ✓ Aspectul, starea stomei
 - ✓ Cum a suportat pacientul această intervenție
 - ✓ Dacă respectă indicațiile interioare
 - ✓ Dacă poate efectua această îngrijire în mod autonom

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

10) ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU GASTROSTOMĂ

Indicațiile: prezența gsatrostomei la pacientul operat

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/familia 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

1. Se informează pacientul despre importanța acestei îngrijiri
2. Se explică continuitatea etapelor de îngrijire
3. Se asigură intimitatea
4. Se pregătește tot necesarul și alimentele în cantitatea indicată de medic
5. Se ajută pacientul să ocupe o poziție comodă
 - ✓ Poziția va fi. semișezând, ridicat la un unghi de 45°C
 - ✓ Această poziție se va menține o oră după alimentație
6. Se verifică tegumentele în jurul stomei
7. Se îmbracă mănușile
8. Se îndepărtează de pe piele pansamentul și clema de pe sondă

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

9. Se verifică poziția sondei în stomă și stomac
10. Se verifică permeabilitatea sondei
11. Se verifică cantitatea de suc gastric în stomac
12. Se aspiră în seringă soluția nutritivă indicată de temperatura camerei
13. Se atașează atent amboul seringii la sonda de gastrostomie
14. Atent se introduc alimentele în 10-15 min.
15. Se repetă umplerea seringii și introducerea alimentelor lichide
16. La terminarea alimentației se introduce 50 ml. apă caldă
17. Se fixează clema pregătită pe sondă înainte de a se termina toată apa din seringă
18. Se detașează siringa de sondă
19. Se curăță zonele din jurul stomei cu apă caldă și săpun neutru
20. Se clătește cu apă curată
21. Se va tampona pielea cu o compresă sterilă
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
24. Se reorganizează locul de lucru
25. Pacientul se așează în poziție de confort

11) ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU COLONOSTOMĂ

Scopul: - de a învăța pacientul deprinderi corecte de îngrijire

- de a preveni infecțiile

- de a ajuta pacientul și familia 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,

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

- recipient pentru fese,
- comprese de unică folosință, sterile,
- apă caldă,
- săpun,
- punga colectoare pentru schimb,
- pensă, comprese de tifon.

Tehnica efectuării

- A/m asigură intimitatea pacientului
- Se va pregăti tot necesarul pentru îngrijirea stomei
- A/m îmbracă mănușile de protecție
- Se așează în jurul stomei un prosop sau fașă de hârtie
- Se detașează și se golește punga colectoare
- Conținutul din pungă se aruncă la WC
- Nu se folosește săpun obișnuit
- Se examinează aspectul stomei și a pielii din jur
- A/m încurajează pacientul să-și privească stoma
- I se explică etapele îngrijirii
- După spălare se șterge bine pielea din jurul stomei cu comprese uscate sterile
- A/m aplică în jurul stomei o cremă de protecție pentru a evita iritarea pielii și infecția
- Se fixează o altă pungă colectoare nouă
- Se va fixa cu un adeziv care se află pe suprafața de fixare a pungii, sau cu centura
- A/m se asigură că pacientul se simte cât mai confortabil
- Se reorganizează locul de lucru
 - ✓ Se aruncă materialele folosite la deșeuri
 - ✓ Se așează pensa în soluție dezinfectantă
 - ✓ A/m spală mâinile
- Se aerisește încăperea și se folosește deodorant

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

12) SPĂLĂTURĂ OCULARĂ

Definiție: Prin spălătura oculară se înțelege introducerea unui curent de lichid în sacul conjunctival.

Scop - terapeutic.

- în procesele inflamatoare ale conjunctivitei
- în prezența unor secreții conjunctivale abundente
- pentru îndepărtarea corpiilor străini

Echipament și materiale:

- pansamente sterile
- comprese
- tampoane de vată
- undină (picurător)
- tăviță renală
- prosop
- medicamente:
- acid boric 3%
- ser fiziologic
- apă bicarbonată

Protocol de intervenție:

1. Explică pacientului necesitățile și inofensivitatea tehnicii
2. Pregătim echipamentul pentru a fi accesat cu ușurință.
3. Așezăm pacientul în poziție șezândă, cu capul aplecat pe spate, cu privirea în sus.
4. Se protejează ochiul sănătos cu o compresă sterilă
5. Se protejează cu un prosop în jurul gâtului
6. Se așează tăvița renală lipită de gât, de partea ochiului ce urmează a fi spălat
7. Dacă starea generală nu permite poziția șezând, pacientul va sta în decubit dorsal sau lateral, cu capul aplecat înapoi.
8. Participă două persoane: una supraveghează pacientul și-l menține în poziția aleasă, cealaltă efectuează tehnica.
9. Se spală pe mâini; se dezinfectează
10. Verifică temperatura lichidului de spălătură-37°C
11. Așează pe cele două pleoape câte o compresă îmbibată în soluția antiseptică de

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

spălare.

12.Deschide fanta palpebrală cu degetele mâinii stângi și toarnă încet lichidul din undină în sacul conjunctival evitând corneea.

13.Solicită pacientului să rotească ochiul în toate direcțiile.

14.Repetă tehnica la nevoie și verifică prezența corpiilor străini în lichidul de spălătură(când este cazul)

De retinut: ciocul undinei va fi ținut la distanța de 6-7 cm de ochiul pacientului pentru ca eventualele mișcări reflexe produse de acesta sau gesturile greșite ale asistentei să nu traumatizeze ochiul cu vârful recipientului

15.Usucă fața pacientului

16.Aspiră lichidul rămas în unghiul nazal al ochiului

17.Îndepărtează compresa de pe ochiul protejat

18.Așează pacientul în poziția comodă.

De evitat: - infectarea ochiului sănătos prin lichidul de spălătură de la ochiul bolnav.

Notarea în foaia de observație

În raportul de vizită înregistrăm următoarele:

- se notează tehnica și numele persoanei care a efectuat-o
- aspectul lichidului de spălătură
- alte observații legate de starea pacientului

13) SPĂLĂTURĂ AURICULARĂ

Definiție: Prin spălătura auriculară se înțelege spălarea conductului auditiv extern prin introducerea unui curent de lichid.

Scop: - terapeutic

- îndepărtarea secrețiilor (puroi, cerumen)
- îndepărtarea corpiilor străini ajunși în urechea externă accidentat sau voluntar
- tratamentul otitelor cronice.

Echipament și materiale:

- două șorțuri de cauciuc, aleză
- pansamente sterile
- seringă Guyon, vată
- lichidul de spălătură la 37°C

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

- soluția medicamentoasă prescrisă
- soluție de bicarbonat de sodium 1%
- tăviță renală
- scaun

Protocol de intervenție.

Pregătiri

1. Se explică pacientului scopul tehnicii
2. In cazul dopului de cerumen, cu 24 ore înainte se instalează în conductul auditiv extern de 3 ori pe zi soluție de bicarbonat de Na în glicerină 1/20
3. In cazul dopului epidermic se instilează soluție de acid salicilic 1 % în ulei de vaselină.
4. In cazul corpiilor străini se instilează alcool.
5. In cazul insectelor vii se fac instilații cu ulei de vaselină, glicerină sau se aplică un tampon cu alcool.
6. Pacientul se așează în poziție semișezândă pe scaun
7. Se protejează cu prosopul și șorțul
8. Se așează tăvița sub urechea pacientului, care va ține capul înclinat spre tăviță.

Execuție:

9. Asistenta se spală pe mâini și le dezinfectează.
10. Verifică temperatura lichidului de spălătură și încarcă seringă Guzon.
11. Solicită pacientului să deschidă gura (conductul se lărgițe și conținutul patologic se îndepărtează mai ușor.)
12. Trage pavilionul urechii în sus și înapoi cu mâina stîngă, iar cu dreapta injectează lichidul de spălătură spre peretele postero-superior și așteaptă evacuarea.
13. Operația se repetă la nevoie
14. Se usucă conductul auditiv extern
15. Se introduce un tampon de vată în conduct
16. Se așează pacientul în decubit dorsal V2-I oră
17. Se examinează lichidul de spălătură.

Îndrumări pentru documentație

- în raportul de vizită înregistrăm următoarele:
- se notează tehnica și rezultatul spălăturii (corpi străini extrași etc.)

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

- informațiile și instrucțiunile date pacientului.
- Alte observații făcute de pacient.

14) SPĂLĂTURĂ VAGINALĂ

Definiție: Prin spălătura vaginală se înțelege introducerea unui curent de lichid - apă sau soluție medicamentoasă - în vagin, care după ce se spală pereții vaginali, se evacuează pe lângă canulă.

Scop - terapeutic.

- îndepărtarea conținutului vaginal (produse normale sau patologice), dezlipirea exudatelor patologice de pe mucoasă
- dezinfectia locală înaintea intervențiilor chirurgicale
- calmarea durerilor
- reducerea proceselor inflamatoare.

Echipament și materiale:

- paravan
- prosoape
- mușama
- canulă vaginală
- irigator, vată
- stativ pentru irigator
- bazinet
- medicamente

Protocol de intervenție

1. Se anunță și se explică necesitatea efectuării examenului fizic
2. Se protejează patul cu mușama și aleză
3. Se așează pacienta în poziție ginecologică
4. Se introduce bazinetul sub bazinul pacientului
5. Se spală organele genitale cu apă și săpun
6. Se acoperă regiunea vulvei cu un strat subțire de vaselină
7. Asistenta începe execuția tehnicii cu spălarea și dezinfectarea mâinilor
8. Se adaptează canula la tubul irigatorului, se elimină aerul

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

9. Se așează irigatorul la 50-75 cm înălțime față de simfiza pubiană
10. Se verifică temperatura soluției
11. Se reperează orificiul de intrare în vagin, se deschide robinetul și se introduce canula odată cu curentul de lichid până în fundul de sac posterior al vaginului
12. Se spală bine fundul de sac posterior și apoi se plimbă canula pe toată suprafața vaginului.
13. Se retrage canula înainte ca irigatorul să se golească, se pensează tubul și se depune în tăvița renală.
14. Materialele și instrumentele de unică folosință utilizate le adunăm în punga colectoare de reziduri.

Îngrijirea ulterioară a pacientei

- se usucă regiunea genitală cu vată și prosoape
- se îndepărtează materialele folosite
- se ajută să se îmbrace
- se așează comod în pat
- se aerisește camera

Îndrumări pentru documentație:

- In raportul de vizită înregistrăm următoarele:
- Tipul intervenției și cum a fost suportat de pacient
- Compoziția și cantitatea soluției de spălătură introdusă
- Alte observații legate de starea pacientului

15) SPĂLĂTURĂ GASTRICĂ

Definiție - Prin spălătura gastrică înțelegem evacuarea conținutului stomacal și curățirea mucoasei de exudate și substanțe străine.

Scop - evacuarea conținutului stomacal toxic.

Echipament și materiale:

- 2 șorțuri din material plastic
- mușama, prosoape
- sondă gastrică sterilă
- 2 seringi 20,0

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

- pensă hemostatică
- cană de sticlă sau metal
- pîlnie, apă caldă la 25-26°C
- recipient pentru captarea lichidului(găleată, lighean)
- scaun
- Medicamente: la indicația medicului

Protocol de intervenție

1. Se explică pacientului importanța tehnicii și a colaborării sale.
2. Se așează pacientul pe scaun și se protejează cu un prosop în jurul gâtului.
3. Se așează șorțul de cauciuc.
4. Se îndepărtează proteza dentară (când este cazul)
5. I se oferă tăvița renală și este rugat să și-o țină sub bărbie.
6. Asistenta se spală pe mîini, îmbracă mănuși sterile și șorțul de cauciuc.
7. Umezește sonda, se așează în dreapta pacientului și îi fixează capul între mîină și torace.
8. Cere pacientului să deschidă gura și să respire adânc.
9. Introduce capătul sondei până la peretele posterior al faringelui cât mai aproape de rădăcina limbii invitând pacientul să înghită.
10. Prin deglutiție sonda pătrunde în esofag și prin mișcări blânde de împingere ajunge în stomac
11. La capătul liber al sondei se adaptează pîlnia și se aduce la nivelul pacientului
12. Se verifică temperatura lichidului de spălătură și se umple pîlnia.
13. Se ridică pîlnia deasupra capului pacientului.
14. Înainte ca ea să se golească complet, se coboară cu 30-40 cm sub nivelul epigastriului în poziție verticală pentru a se aduna în ea lichidul din stomac.
15. Se golește conținutul pîlniei în vasul colector.
16. Se repetă operația până ce lichidul este curat, limpede, fără resturi alimentare sau substanțe străine.
17. Se îndepărtează pîlnia și se pensează capătul liber al sondei după care se extrage cu atenție, pentru a se împedica scurgerea conținutului ei în faringe, de unde ar putea fi aspirat de pacient

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERACIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

Pregătirea produsului pentru examen de laborator

dacă spălătura s-a efectuat pentru eliminarea unor substanțe toxice ingerate accidental sau voluntar, tot ceea ce s-a evacuat din stomac se va păstra pentru examinarea de către medic, iar un eșantion va fi trimis la laborator

Îngrijirea ulterioară a pacientului:

- i se oferă un pahar cu apă ca să-și clătească gura
- se șterg mucozitățile de pe față și bărbie
- se îndepărtează tăvița renală și șorțul
- se așează pacientul în poziție comodă.

Notarea în foaia de observație

În raportul de vizită înregistrăm următoarele:

- se notează tehnica și numele persoanei care a efectuat
- aspectul lichidului de spălătură
- alte observații legate de starea pacientului

16) EFECTUAREA CLISMEI

Definiție:- Clisma este o formă specială a tubajului, prin care se introduc diferite lichide în intestinul gros (prin anus, în rect și colon)

Obiective -evacuator

- evacuarea conținutului intestinului gros
- pregătirea pacientului pentru examinări (rectoscopie, irigoscopie)
- intervenții chirurgicale asupra rectului
- terapeutic introducerea de medicamente
- alimentarea sau hidratarea pacientului

Clasificare după efect:

- Clisme evacuatoare care pot fi: simple, prin șifonaj, uleioase, purgative.
- Clisme terapeutice - medicamentoase cu efect local, anestezice.
- Clisme alimentare, hidratante
- Clisme baritate -cu scop exploratory

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

Echipament și materiale:

- mușama
- canulă rectală
- casoletă cu comprese
- pară de cauciuc pentru copii
- stativ pentru irigator
- irigatorul cu tubul de cauciuc de 1,5 m lungime și 10mm diametrul
- tăviță renală, bazinet
- apă caldă la 35-37°C (500-1000ml pentru adulți, 250ml pentru adolescenți, 150 ml pentru copii, 50-60 ml pentru sugari)
- sare (linguriță la un litru de apă)
- ulei (4 lingurițe la 1 litru de apă) sau
- glicerină (40gr la 500 ml)
- medicamente - soluții medicamentoase în cantitatea și concentrația cerută de medic
- substanță lubrifiantă (vaselină)

Protocol de intervenție

1. Se anunță și se explică tehnica.
2. se așează pacientul în funcție de stare generală în poziție:
 - decubit dorsal, cu membrele inferioare ușor flectat
 - decubit lateral stâng cu membrul inferior întins și dreptul flectat genopectorală
 - se așează bazinetul sub regiunea sacrală și se învelește pacientul
3. Se fixează canula la tubul irigatorului și se închide robinetul.
4. se verifică temperatura apei sau a soluției medicamentoase
5. Se umple irigatorul
6. Se evacuează aerul și prima coloană de apă
7. Se lubrifiază canula cu o compresă de tifon
8. Se fixează irigatorul pe stativ
9. Asistenta se spală pe mâini și le dezinfectează.
10. Îndepărtează fesele cu mâna stângă
11. Introduce canula prin anus în rect perpendicular pe suprafața subiacentă, cu, cu vârful îndreptat înainte în direcția vezicii urinare.

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

12. După ce vârful canulei a trecut prin sfincter se ridică extremitatea externă și se îndreaptă vârful în axa ampulei rectale.
13. Se introduce canula 10-12cm
14. Se deschide robinetul sau pensa și se îndreaptă viteza de scurgere a apei prin ridicarea irigatorului la aproximativ 50 cm deasupra patului pacientului.
15. Pacientul este rugat să respire adânc, să-și relaxeze musculatura abdominală, să rețină soluția 10-15 minute.
16. Se închide robinetul înainte ca nivelul apei să se apropie de nivelul tubului de scurgere.
17. Se îndepărtează canula și se așează în tăvița renală.
18. Pacientul este adus în poziție de decubit lateral drept, apoi decubit dorsal pentru a ușura pătrunderea apei la o adâncime mai mare

17) Sondaj gastric

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.

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

Tehnica procedurii

1. Se explică pacientului necesitatea acestei intervenții
2. Se informează despre comportamentul în timpul spălăturii
3. Se respectă intimitatea pacientului
4. Se pregătește necesarul și se așează lângă pacient
5. A/m se pregătește respectiv:
 - ✓ Spală mâinile
 - ✓ îmbracă mănușile de cauciuc
 - ✓ își fixează șorțul
6. Poziția pacientului șezând pe scaun
7. Se înlătură proteza dentară
8. Se fixează șorțul de cauciuc
9. Se oferă tăvita renală ca să o țină sub bărbie
10. A/m umezește sonda la capătul bucal
11. Se așează în dreapta pacientului
12. Se va fixa capul între mână și toracele a/m
13. Solicită pacientului să deschidă gura și să respire adânc
14. Se introduce capătul cu al sondei până la peretele posterior al faringelui
15. Invită pacientul să înghită
16. Ii solicită să repete mișcările de deglutiție
17. A/m cu mișcări blânde împinge sonda ajutându-1 să înghită
18. La capătul extern al sondei se atașează pâlnia
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
21. Treptat se coboară pâlnia în jos sub nivelul epigastrului
22. Se golește pâlnia în recipientul pregătit
23. Se repetă punctele 20-21-22
24. Se înlătură pâlnia
25. Se fixează pensa la capătul liber al sondei
26. Se extrage cu atenție sonda
27. Se va recolta în recipient de 200 ml. apa spălăturii gastrice
28. Se oferă pacientului un pahar de apă
29. Se curăță fața cu un prosop

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

30. Se îndepărtează tăvița renală și șorțul
31. Se reorganizează locul de lucru
32. Se examinează aspectul apei spălăturii gastrice
33. Se așează pacientul comod în pat

18) ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU CONSTIPAȚIE

Scopul: - ca pacientul să evalueze intestinul 1 în 24-48 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 clister uleios
5. Necesarul pentru clister evacuator

Tehnica îngrijirii

1. Asistenta medicală va culege datele
 - ✓ A preciza cauzele constipației.
 - ✓ A preciza manifestările prezente la pacient.
2. Pacientul va fi hidratat mai mult în dependență de contraindicații.
3. Se va alimenta cu alimente semilichide, lactate, bogate în celuloză, reziduri, tărițe.
4. Se va respecta orarul alimentației.
5. Învață pacientul să facă mai multe mișcări, să se plimbe.
6. Dacă e foarte grav sau sunt contraindicații pentru a fi ridicat din pat se vor efectua exerciții fizice în pat.
7. Exerciții de gimnastică respiratorie.
8. Masajul ușor al abdomenului.
9. Se va include în regimul alimentar: legume, fructe cu acțiune laxativă, o linguriță de ulei seara.
10. Laxative- bisacodil, senada.
11. Dacă nu este efect dorit se va efectua clister evacuator.
12. Mai eficace este clisterul uleios sau cu glicerină.
13. În caz de fecalom se va face înlăturarea lui manuală de către medic.
14. Se va evita administrarea îndelungată a medicamentelor care provoacă constipația:

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

antidiuretice, 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.

16. După evacuarea intestinului se va face toaleta intimă și aerisirea încăperii, se va dezinfecă plosca.

19) 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. Termofor
6. Necesarul pentru toaleta anală
7. Lichide pentru hidratare.

Tehnica îngrijirii

1. Pacientul respectă regim la pat
2. Patul se acoperă cu mușama și un scutec
3. În caz de incontinență de materie fecală se așează sub regiunea feselor o ploscă pneumatică de cauciuc.
4. Se servește plosca în pat la fiecare evacuare intestinală.
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.
7. În inflamație și durere perianală se va prelucra după toaleta intimă cu o soluție dezinfectată sau cu unguent de hidrocortizon.
8. Se va încălzi pacientul cu termofore, plapome groase.
9. În durere și colici abdominale se aplică pe abdomen compresă locală caldă cu

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. : -
		Exemplar nr.: 23

alcool sau termofor - pernă electric

10. Se hidratează peroral cu lichid în cantități mai mari - ceai de mușețel, de mentă neîndulcit, rehidron.
11. Primele 24-48 ore - dieta hidrică
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.
14. Se va supraveghea bilanțul hidric, pentru a restitui lichidul pierdut și a preveni deshidratarea.
15. Se supraveghează TA, temperatura, pulsul.
16. Se administrează tratamentul prescris de medic la timp.
17. Se supraveghează efectul medicației.
18. Se vor face toate îngrijirile igienice în pat.
19. Se ajută pacientul la satisfacerea nevoilor fundamentale în pat.
20. În cazuri grave pacientul va fi spitalizat.

20) 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

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERATIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

8. Urinar portativ

Tehnica îngrijirii

1. Pacientul conștient

- ✓ Se va stabili un orar al mictiunilor
- ✓ Se reduce aportul de lichid.
- ✓ Se servește plosca sau urinarul în pat
- ✓ Pacientul se va trezi noaptea la orele stabilite pentru a se urina
- ✓ Sugerez ca pacientul să încerce să urineze peste 10-30 min. după ce a consumat lichid
- ✓ Învăț pacientul să nu mai consume lichid în cantități mari după ora 17.00
- ✓ Sugerez pacientului să-și rețină urina pe durata inclusă în orarul mictiunilor
- ✓ Creez poziția corectă a pacientului în timpul micțiunii în DD; iar dacă e posibil - susținut în poziție așezat
- ✓ Se va proteja lenjeria de pat cu o mușama sub regiunea sacrală
- ✓ Se poate aplica în regiunea perineală scutece uscate
- ✓ Se mai recomandă aplicarea materialului absorbant
- ✓ Se efectuează toaleta intimă mai frecvent sau după fiecare incontinență
- ✓ Se menține regiunea perineală uscată
- ✓ Se fixează urinarul sau punga specială, portativă din plastic sau cauciuc
- ✓ Pe pielea bine curățată și uscată în regiunea perineală se aplică o cremă de protecție pentru copii
- ✓ Creez un mediu care -i respectă intimitatea
- ✓ Se va schimba lenjeria de corp și de pat umedă cât mai repede
- ✓ Comunic cu pacientul și-l încurajez
- ✓ Se va arăta simpatia, toleranța și răbdarea față de pacient
- ✓ In sete umezirea frecventă a cavității bucale

2. Pacientul în stare inconștientă

- ✓ Se protejează cu mușama lenjeria
- ✓ Se fixează în regiunea perineală scutec uscat
- ✓ Toaleta intimă
- ✓ Se menține pielea curată și uscată
- ✓ Se aplică o cremă protectoare
- ✓ Se va schimba lenjeria de corp și de pat umedă cât mai repede
- ✓ Se poate folosi materialul absorbant (pampers) prin fixare

INSTITUȚIA MEDICO – SANITARĂ PUBLICĂ CENTRU DE SĂNĂTATE UNGHENI	PROCEDURĂ OPERAȚIONALĂ Îngrijiri medicale la domiciliu	Ediția: I Nr. de ex.: 1
	P.O.S. – CC/56	Revizia: - Nr. de ex. :-
		Exemplar nr.: 23

- ✓ Aerisirea frecventă a încăperii
- ✓ Se efectuează cateterizarea vezicii urinare cu cateter stabil
- ✓ Hidratarea parenterală

10. CUPRINS

1.	Lista responsabilităților de elaborarea, verificarea și aprobarea ediției.....	1
2.	Situația edițiilor și reviziilor în cadrul edițiilor procedurii operaționale	1
3.	Lista persoanelor la care se difuzează ediția.	1
4.	SCOP	4
5.	DOMENIUL DE APLICARE.....	4
6.	DOCUMENTAȚIA DE REFERINȚĂ	4
7.	ABREVIERI ALE TERMINILOR	5
8.	DESCRIEREA PROCEDURII	5
1)	Măsurarea și notarea temperaturii	5
2)	Măsurarea tensiunii arteriale	7
3)	Supravegherea respirației	8
4)	Măsurarea și notarea pulsului.....	9
5)	Îngrijirea plăgilor.....	9
6)	Îngrijirea escarelor.....	11
7)	Îngrijirea pacientului cu ulcer trofic.....	14
8)	Îngrijirea stomelor	15
9)	Îngrijirea pacientului cu traheostomă.....	18
10)	Îngrijirea pacientului cu gastrostomă	20
11)	Îngrijirea pacientului cu colonostomă.....	21
12)	Spălătură oculară	23
13)	Spălătură auriculară	24
14)	Spălătură vaginală	26
15)	Spălătură gastrică	27
16)	Efectuarea clismei	29
17)	Sondaj gastric	31
18)	Îngrijirea pacientului cu constipație	33
19)	Îngrijirea pacientului cu diaree.....	34
20)	Îngrijirea pacientului cu incontinență de urină.....	35