



REPUBLIKA E KOSOVËS REPUBLIC OF KOSOVA QEVERIA E KOSOVËS VLADA KOSOVA-GOVERNMENT OF KOSOVA MINISTRIA E SHËNDETËSISË-MINISTARSTVO ZDRAVSTVA-MINISTRY OF HEALTH	
Njësia Org. Org. Jedinstvo Org. Unit	01
Nr. Prot. Org. Prot. Prot. No	05-570
Nr. i Fajësve Dr. Albanica No. pages	-307-
Data: Datum: Date	30.01.2026
Pishtinë / a	

Republika e Kosovës
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government

Ministria e Shëndetësisë-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit- Ured Ministra -Office of the Minister

Nr: 24/ I/2026
Datë: 28.01.2026

Ministri në detyrë i Ministrisë së Shëndetësisë, në mbështetje të Nenit 145 (pika 2) e Kushtetutës së Republikës së Kosovës, duke marrë parasysh nenet 10 dhe 11 të Ligjit Nr. 06/L-113 për Organizimin dhe Funksonimin e Administratës Shtetërore dhe të Agjencive të Pavarura (Gazeta Zyrtare Nr. 7, 01 Mars 2019), bazuar në nenin 11 të Ligjit Nr.08/L-117 për Qeverinë e Republikës së Kosovës, Rregulloren (QRK) Nr.14/2023, për Fushat e Përgjegjësisë Administrative të Zyrës së Kryeministrit dhe Ministrive, Shtojca 1 paragrafi 6 nënparagrafi 6.1, si dhe kërkesës nr.prot. 05-449, datë 26/01/2026, nxjerrë këtë:

V E N D I M

- I. Aprovohet Procedura Standarde Operative të Infermierisë në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor (Vëllimi I).
- II. Shtojcë e këtij vendimi është Procedura Standarde Operative të Infermierisë në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor (Vëllimi I).
- III. Vendimi hyn në fuqi në ditën e nënshkrimit nga Ministri në Detyrë i Shëndetësisë.


Dr. Arben Krasniqi
Ministër në Detyrë i Shëndetësisë

Vendim i dërgohet:

- Sekretarit i Përgjithshëm;
- Departamentit të PSSh;
- Departamentit ligjor;
- Arkivit të MSh-së.



Republika e Kosovës

Republika Kosova - Republic of Kosovo

Qeveria - Vlada - Government

Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

**PROCEDURAT STANDARDE OPERATIVE
TË INFERMIERISË NË KUJDESIN DYTËSOR
DHE TRETËSOR SHËNDETËSOR
(VËLLIMI I)**

PRISHTINË, 2026



Republika e Kosovës
Republika Kosova – Republic of Kosovo
Qeveria – Vlada – Government
Ministria e Shëndetësisë – Ministarstvo Zdravstva – Ministry of Health

PROCEDURAT STANDARDE OPERATIVE TË INFERMIERISË NË KUJDESIN DYTËSOR DHE TRETËSOR SHËNDETËSOR (VËLLIMI I)

VERSIONI: [1.0]

DATA E APROVIMIT: [00/01/2026]

AUTOR: [MSH]

NR. I PROCEDURAVE STANDARDE: [73]

NR. I HAPAVE: [434]

NR. I NËNHAPAVE: [3078]

PRISHTINË, 2026

[illegible]

doi:10.1017/S002229240000200
 (Printed in the United Kingdom)

Stress: Störungen der Homöostase in response to Tumor-akt. (z.B. Entzündung) u. Regulation of Interact. with host immune system. In the 1970s, it was found that patients with advanced cancer had a higher mortality rate than those with early-stage cancer. This was linked to the presence of stress hormones (cortisol) which suppressed the immune system. In the 1980s, it was found that patients with advanced cancer who received stress management interventions had a higher survival rate than those who did not.

◎◎◎◎◎

- 6) *English: Through – part – Assessment: Standards of Achievement of English: English Simulation*

Residence = 400000

1. *Method of Investigation*
2. *Experimental Setup*
3. *Results and Discussion*

PROCEDURAT STANDARDE OPERATIVE TË INFERMIERISË NË KUJDESIN DYTËSOR DHE TRETËSOR SHËNDETËSOR (VËLLIMI I) - është përgatitur ekskluzivisht dhe është i OBLIGUESHËM PËR ZBATIM gjatë punës profesionale/praktike të infermierëve në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor. Këto PSO janë të mbrojtur nga Ministria e Shëndetësisë në Republikën e Kosovës.

©MSH, 2026

<https://msh.rks-gov.net> | msh.info@rks-gov.net

Disajnuar nga: N. Bardhi*

Procedurat Standarde Operative të infermierisë në kujdesin dytësor dhe tretësor shëndetësor (Vëllimi I), janë hartuar nga autorët:

Niman Bardhi	Kryesues	Departamenti për Planifikim Strategjik Shëndetësor
Merita Vuthaj	Anëtare	Departamenti për Shërbime Shëndetësore & Shëndet Publik
Besa Balidemaj	Anëtare	Divizioni për Planifikim Strategjik
Adelinë Lenjani	Anëtare	Divizioni për Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor
Hajrullah Fejza	Anëtar	Divizioni për Cilësi, Siguri dhe Akreditim të Institucioneve Shëndetësore
Minire Kazazi	Anëtare	Divizioni për Licencimin e Institucioneve Private Shëndetësore
Laura Shehu	Anëtare	Divizioni i Shëndetit Mendor
Majlinda Gjocaj	Anëtare	Divizioni për Shëndet Publik
Lulzim Uka	Anëtar	Divizioni për Koordinim të Politikave
Zana Haraqija	Anëtare	Divizioni për Integrim Evropian
Ardian Mehmetaj	Anëtar	Divizioni për Hartim dhe Harmonizim të Legjislacionit
Arbenita Pajaziti	Anëtare	Divizioni për Cilësi, Siguri dhe Akreditim të Institucioneve Shëndetësore
Ariona Dedushaj	Anëtare	Divizioni për Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor
Elvane Kukalaj	Anëtare	Divizioni i Shëndetit Mendor
Sanije Xhemajli	Anëtare	Instituti Kombëtar i Shëndetit Publik të Kosovës
Albana Morina	Anëtare	Qendra Kryesore e Mjekësisë Familjare në Prishtinë
Shemsi Saramati	Anëtar	Spitali i Përgjithshëm në Prizren
Hidajete Krasniqi	Anëtare	Spitali i Përgjithshëm në Pejë
Eglantina Kraja	Anëtare	Shërbimet Shëndetësore të Integruara
Lirije Beqiri	Anëtare	Oda e Infermierëve të Kosovës
Agron Bytyqi	Anëtar	Shoqata e të Drejtave të Pacientëve në Kosovë

Mbështetur nga:

Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) në Kosovë, përmes projektit Shërbimet Shëndetësore të Integruara (IHS) dhe Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm dhe Cilësor (AQH).

2026. Prishtinë, REPUBLIKA E KOSOVËS

LISTA E SHKURTESAVE

5 Rr	Pesë rregullat
AQH	Accessible Quality Healthcare (Kujdesi Shëndetësor i Qasshëm dhe Cilësor)
cm	Centimetër
CT	Tomografi e kopujuterizuar
DBA	Dezinfektues me bazë alkoolike
EKG	Elektrokardioagram
i.m.	Intramuskular
i.v.	Intravenoz
IMT	Indeksi i masës trupore
KDTSh	Kujdesi Dytësor Tretësor Shëndetësor
kg	Kilogram
KVQ	Kateteri Venoz Qendror
m ²	Metër katror
mg	Miligram
min	Minuta
ml	Mililitra
mmHg	Milimetër merkur (njësi manometrike e presionit)
MSh	Ministria e Shëndetësisë
Nr	Numër
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
PEN	Insulinë me shiringë portative
PSO	Procedura Standarde Operative
PVC	Polivinilkloruret
PVQ	Presioni Venoz Qendror
s.c.	Subkutan
SISh	Sistemi i Informimit Shëndetësor
SNQ	Sistemi Nervor Qendror
UI	Njësia matëse

PËRMBAJTJA

PARATHËNIE.....	10
HYRJE	11
Ndërlidhja me aktet.....	12
UDHËZIME PËR HARTIMIN E PROCEDURAVE STANDARDE OPERATIVE	14
Përkufizimi dhe qëllimi i PSO-së.....	14
Arsyet për përcaktimin e procedurave	14
Kur duhet të krijohen procedurat	15
Çfarë duhet të keni parasysh gjatë shkrimit të procedurave.....	15
Komponentët e PSO-ve.....	15
1. Kapitulli.....	15
2. Elementet obligatorë të përmbajtjes së procedurës	16
3. Aprovimi i procedurës.....	17
KAPITULLI I – REGJISTRIMET DHE DOKUMENTIMI	19
1. PROCEDURA PËR IDENTIFIKIMIN E PACIENTIT	20
2. PROCEDURA PËR DOKUMENTIMIN E VEPRIMEVE INFERMIERORE.....	21
KAPITULLI II – PROCEDURAT STANDARDE OPERATIVE TË PËRGJITHSHME.....	34
3. PROCEDURA PËR PËLQIMIN E PACIENTIT PËR TRAJTIM SPITALOR	35
4. PROCEDURA PËR PRANIMIN E PACIENTIT NË SPITAL.....	40
5. PROCEDURA PËR LËSHIMIN E PACIENTIT NGA SPITALI.....	42
6. PROCEDURA PËR TRANSFERIMIN E PACIENTIT BRENDË INSTITUCIONIT SHËNDETËSOR OSE NË NJË INSTITUCION TJETËR	44
7. PROCEDURA NË RAST TË VDEKJES SË PACIENTIT	46
8. PROCEDURA PËR MBAJTJEN E SENDEVE NË PRONËSI TË PACIENTIT	49
KAPITULLI III – KUJDESI SHËNDETËSOR I PËRGJITHSHËM DHE SPECIFIK	54
9. PROCEDURA PËR RUAJTJEN E HIGJENËS PERSONALE TË PACIENTIT TË PALËVIZSHËM	55
10. PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR PACIENTËT E PA LËVIZSHËM ME INKONTINENCË.....	63

11.	PROCEDURA E EDUKIMIT TE PACIENTIT ME DIABET DHE HIPERTENSION.....	67
12.	PROCEDURA PËR TRAJTIMIN KLINIK TË SHPUTËS DIABETIKE.....	73
13.	PROCEDURA E KËSHILLIMIT TË PACIENTIT PËR KUJDESIN NDAJ SHPUTËS DIABETIKE.....	83
14.	PROCEDURA PËR EDUKIM TË PACIENTIT, DEPISTIM DHE MENAXHIM TË SËMUNDJEVE KRONIKE JO NGJITËSE	90
15.	PROCEDURA PËR PASTRIMIN E PLAGËS KIRURGJIKE.....	98
16.	PROCEDURA E KUJDESIT PËR KOLOSTOMË.....	100
17.	PROCEDURA PËR PËRGATITJEN, KUJDESIN DHE MIRËMBAJTJEN E KATETERIT VENOZ QENDROR	102
18.	PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT PARA OPERACIONIT	108
20.	PROCEDURA PËR TË USHQYERIT E PACIENTIT QË NUK MUND TË USHQEHET VETË.....	114
21.	PROCEDURA E USHQIMIT TË PACIENTIT PËRMES TUBIT NAZOGASTRIK.....	116
22.	PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR PACIENTIN PAS RINGJALLJES KARDIOPULMONARE.....	118
	KAPITULLI IV – PROCEDURAT DIAGNOSTIKO - TERAPEUTIKE	120
24.	PROCEDURA PËR REALIZIMIN E ELEKTROKARDIOGRAMIT	125
25.	PROCEDURA PËR PËRGATITJEN E PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT PLEURAL	129
26.	PROCEDURA PËR PËRGATITJEN E PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT LUMBAL	132
27.	PROCEDURA PËR PËRGATITJEN E PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT ABDOMINAL.....	135
28.	PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË BRONKOSKOPISË	138
29.	PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË GASTROSKOPISË	141
30.	PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KOLONOSKOPISË DHE REKTOSKOPISË	143
31.	PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT PËR DIAGNOSTIKIM RADIOLOGJIK	149
32.	PROCEDURA E USHQIMIT PARENTERAL TE PACIENTËT	151
33.	PROCEDURA E VENDOSJES, TUALETIT DHE HEQJES SË KATETERIT URINAR	153

KAPITULLI V – MARRJA E KAMPIONEVE DHE DËRGIMI I MATERIALIT PËR ANALIZA LABORATORIKE.....	159
35. PROCEDURAT E MARRJES SË MOSTRAVE TË GJAKUT DHE TRANSPORTI NË LABORATOR	160
36. PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRAVE TË GJAKUT PËR HEMOKULTURË DHE TRANSPORTI NË LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK	163
37. PROCEDURA E MARRJËS SË MOSTRËS SË PËSHTYMËS DHE TRANSPORTI PËR ANALIZË.....	166
39. PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRËS SË JASHTQITJES DHE TRANSPORTI PËR ANALIZË.....	172
40. PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRAVE ME STRISHO TË HUNDËS DHE NAZOFARINGUT DHE TRANSPORTI PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK	175
41. PROCEDURA E MARRJES SË STRISHOS NË FARING DHE BAJAME DHE TRANSPORTI PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK	178
42. PROCEDURA E MARRJES SË STRISHOS NË PLAGË DHE TRANSPORTI PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK	180
43. PROCEDURA E PËRGATITJES DHE TRANSPORTI I MOSTRËS PATOHISTOLOGJIKE	183
KAPITULLI VI – MENAXHIMI DHE ADMINISTRIMI I BARNAVE.....	186
45. PROCEDURA PËR APLIKIMIN E PESË RREGULLAVE PARA ADMINISTRIMIT TË BARIT	192
46. PROCEDURA E NXJERRJES SË BARIT NGA FLAKONI DHE AMPULA	195
47. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN TË BARIT NË RRUGË INTRAMUSKULARE	197
48. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN TË BARIT NËN LËKURË	201
49. PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË RRUGË INTRAVENOZE.....	205
50. PROCEDURA E APLIKIMIT TË BARIT PËRMES KANULES INTRAVENOZE PERIFERIKE	208
51. PROCEDURA E APLIKIMIT TË TRETËSIRËS SË INFUZIONIT	212
52. PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E POMPAVE TË INFUZIONIT DHE PERFUZORËVE.....	217
53. PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË RRUGË ENTERALE.....	219
54. PROCEDURA E APLIKIMIT LOKAL TË BARIT	222
55. PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT PËRMES INHALIMIT.....	225
56. PROCEDURA PËR APLIKIMIN E OKSIGJENIT	230

57.	PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E TERAPISË ME INSULINË ME SHIRINGË PORTATIVE.....	235
58.	PROCEDURA E DHËNIES SË GJAKUT DHE TRANSPORTI I GJAKUT DHE PRODUKTEVE TË GJAKUT.....	237
59.	PROCEDURA PËR PËRDORIMIN DHE APLIKIMIN E GJAKUT DHE PRODUKTEVE TË GJAKUT	240
60.	PROCEDURA E APLIKIMIT TË BARIT PA UDHËZIM TË SHKRUAR.....	243
KAPITULLI VII – KONTROLLI I INFEKSIONEVE INTRASPITALORE.....		244
61.	PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E PAJISJEVE MBROJTËSE PERSONALE	245
63.	PROCEDURA E LARJES DHE DEZINFEKTIMIT TË DUARVE.....	252
65.	PROCEDURA E STERILIZIMIT TË INSTRUMENTEVE DHE MATERIALEVE SANITARE	259
66.	PROCEDURA PËR MENAXHIMIN E MBETJEVE TË MPREHTA	267
67.	PROCEDURA E ASGJËSIMIT TË GJAKUT DHE SEKRECIONEVE NGA ASPIRATORI	270
68.	PROCEDURA PËR TRAJTIMIN E PACIENTIT ME INFEKSION SPITALOR.....	272
KAPITULLI VIII – SIGURIA E PACIENTIT.....		274
70.	PROCEDURA E ANALIZIMIT DHE RAPORTIMIT TË INCIDENTIT.....	279
KAPITULLI IX – EMERGJENCAT.....		286
71.	PROCEDURA PËR KUJDESHIN NDAJ PACIENTIT ME REAKSION ANAFILAKTIK.....	287
72.	PROCEDURA PËR REANIMIMIN KARDIOPULMONAR.....	289
73.	PROCEDURA PËR KUJDESHIN INFERMIEROR GJATË ANESTEZIONIT NË SALLËN E OPERACIONIT	296
Referencat		298

PARATHËNIE

Procedurat Standarde Operative për Infermierinë në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor (Vëllimi I) në Republikën e Kosovës, është një arritje e rëndësishme në përpjekjet e vazhdueshme për fuqizimin e infermierisë në vendin tonë. Ky dokument është rezultat i një sërë aktiviteteve të ndërmarra në kuadër të Ministrisë së Shëndetësisë, në bashkëpunim me institucione publike, organizata joqeveritare dhe partnerë strategjikë.

Qëllimi kryesor i këtij vëllimi është të përmirësojë cilësinë, efektivitetin dhe rezultatet e shërbimeve infermiore në nivelin spitalor. Duke shërbyer si mjet praktik dhe orientues, këto PSO ndihmojnë në zbatimin e veprimeve infermiore të përditshme në mënyrë të standardizuar, të harmonizuar dhe të dokumentuar sipas kriterëve profesionale dhe legjislationit në fuqi.

Roli i infermierëve në kujdesin dytësor dhe tretësor shëndetësor është thelbësor dhe i pazëvendësueshëm. Ata janë pjesë integrale e procesit të trajtimit, rehabilitimit dhe edukimit shëndetësor të pacientëve, duke ofruar kujdes të vazhdueshëm, gjithëpërfshirës dhe të bazuar në prova. Për më tepër, ata shpesh përfaqësojnë pikën e parë dhe më të afërt të kontaktit me pacientin, duke ndikuar drejtpërdrejt në përvojën dhe mirëqenien e tij gjatë hospitalizimit.

Standardizimi i praktikës infermiore në institucionet spitalore është një hap i domosdoshëm drejt sigurimit të kujdesit të barabartë, cilësor dhe të koordinuar në sistemin shëndetësor. Procedurat e përfshira në këtë manual janë hartuar mbi bazën e legjislationit vendor, standardeve ndërkombëtare profesionale, praktikave më të mira rajonale dhe përvojës së institucioneve tona spitalore. Përfshijnë aspekte thelbësore të procesit të kujdesit infermior, si identifikimi i nevojave të pacientit, planifikimi, zbatimi dhe dokumentimi i ndërhyrjeve, vlerësimi i progresit dhe përgatitja për daljen nga spitali.

Vëllimi I-rë i PSO-ve përbëhet nga 9 kapituj, të cilët trajtojnë në mënyrë të strukturuar dhe të detajuar të gjitha aspektet kryesore të procedurave shëndetësore. Brenda këtyre kapitujve janë të përfshirë gjithsej 73 PSO, të cilat shërbejnë si udhëzues praktik për zbatimin e qëndrueshëm dhe të unifikuar të proceseve përkatëse.

Zbatimi i këtyre PSO-ve pritet të ndikojë pozitivisht në rritjen e cilësisë dhe sigurisë së kujdesit ndaj pacientit, si dhe në forcimin e rolit profesional dhe autonom të infermierëve brenda sistemit shëndetësor të Kosovës.

Dr. Arben Vitia
Ministër i Shëndetësisë

HYRJE

Roli i pazëvendësueshëm i infermierëve në çdo sistem shëndetësor, përkushtimi, përpjekja dhe dëshira e tyre e madhe për përmirësimin e vazhdueshëm të njohurive dhe aftësive, veçanërisht në kohë të sfidave shëndetësore globale dhe formave gjithnjë e më komplekse të sëmundjeve dhe futjes së metodave më kërkuese të kujdesit ndaj shëndetit, kanë vendosur detyrimin për zhvillim shtesë të profesionit të infermierisë. Sfidat globale shëndetësore dhe tendencat e migracionit paraqesin presion shtesë për funksionimin normal të gjitha sistemeve shëndetësore, duke vendosur në plan të parë kërkesat për arritjen e një niveli të kënaqshëm të cilësisë dhe sigurisë së kujdesit shëndetësor.

Fusha e cilësisë dhe sigurisë së kujdesit shëndetësor përfshin në mënyrë të pashmangshme fushën e standardizimit të praktikës infermirore. Një nga mjetet e përdorura shpesh për standardizimin e praktikës infermirore janë Procedurat Standarde të Operimit (PSO), të cilat përfaqësojnë një hap të rëndësishëm drejt përmirësimit të ofrimit të shërbimeve në fushën e kujdesit shëndetësor. Dihet se PSO-të janë të nevojshme për të përfshirë aspekte të trajtimit të cilat nuk janë theksuar në udhëzime ose që janë pjesë e udhëzimeve të ndryshme. Kjo do të sigurojë që vëmendja t'i kushtohet fushave të ndryshme si zgjidhja e problemeve, komunikimi, mbështetja sociale, barra familjare dhe stresi i mbikëqyrësit/kujdestarit.

PSO-të janë thelbësor në kujdesin shëndetësor, sepse siguron që i gjithë institucioni (nga menaxhimi tek punonjësit) funksionon sipas një procesi të formalizuar dhe të koordinuar, ofrojnë një bazë ku mund të menaxhohen proceset, të raportohet performanca dhe të përfshihet përmirësimi i vazhdueshëm. PSO-të e mirë-dokumentuara rrisin produktivitetin, reduktojnë gabimet dhe përmirësojnë përputhshmërinë e politikave. Po ashtu, garantojnë që ne jemi përgjegjës për vendimet dhe veprimet tona klinike dhe për ruajtjen e kompetencës gjatë karrierës sonë.

Bazuar në Ligjin për Shëndetësi, Ligjin për Shëndetësi Publike, Ligjin për Mbeturina, Ligjin për Produkte dhe Pajisje Medicinale, Ligjin për Parandalimin dhe Luftimin e Sëmundjeve Ngjitëse dhe Ligjin për Parandalimin dhe Luftimin e Pandemisë Covid-19 në Territorin e Republikës së Kosovës, institucionet e kujdesit shëndetësor spitalor janë të obliguara të mbajnë një sistem të sigurisë/cilësisë së shërbimeve shëndetësore dhe të zhvillojnë dhe zbatojnë PSO për shërbimet e ofruara në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh.

Bazuar në Strategjinë Kombëtare për Zhvillim 2030, Programi Kombëtar për Zhvillim 2023 – 2030, qëllimi strategjik 3, nën qëllimi strategjik 3.1, në mbështetje të nenit 18 të Ligjit nr. 06/L-113 për organizimin dhe funksionimin e administratës shtetërore dhe agjencive të pavarura (Gazeta Zyrtare, Nr. 7, 01 mars 2019), e në bazë të kërkesës për themelimin e grupeve punuese për hartimin e dy doracakeve për PSO, me nr. protokollit 05-5738 të datës 09.11.2022, Sekretari i Përgjithshëm në MSh nxjerr Vendim: Emëron grupin punues për hartimin e Doracakut të I-rë për PSO, Infermiera në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor, me nr. vendimi 491/XI/2022, datë 23.11.2022 dhe me nr. protokollit 05-6046, datë 23.11.2022.

Grupi punues ka hartuar 73 PSO të ndarë në 9 kapituj, përfshirë 4 algoritme, 4 tabela, 41 shtojca dhe 42 figura, për infermierinë e kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor.

Me aprovimin dhe zbatimin e PSO-ve të kujdesit infermieror në institucionet e kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor, sigurohet organizim më i mirë i punës, realizohet kontrollë më i suksesshëm i shërbimeve shëndetësore, zvogëlohet mundësia e gabimeve në procesin e punës, vlerësohet objektivisht puna, si dhe mundëson ndarjen e duhur dhe më të mirë të punës, mbrohet infermierët dhe në fund burimet për punë shpërndahen në mënyrë më racionale. Prandaj, me qëllim të forcimit të infermierisë në KDTSh në Republikën e Kosovës, Ministria e Shëndetësisë caktoi grupin punues që të hartoj doracakun për PSO, Infermiera në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor, i cili mbështet nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim (SDC) në Kosovë, përmes projektit Shërbimet Shëndetësore të Integruara (IHS) dhe Kujdesi Shëndetësor i Qashtëm dhe Cilësor (AQH).

Procedurat standarde operative të infermierisë në kujdesin dytësor dhe tretësor shëndetësorë është bazuar dhe hartuar nga: "Procedurat standarde operative të kujdesit shëndetësor për nivelin dytësor dhe tretësor të kujdesit shëndetësor" në Sarajevë, 2022; përdorimi i literaturës së ndryshme profesionale, njohuri dhe aftësi të ekspertëve të brendshëm dhe të jashtëm, si dhe eksperiencën dhe përvojën e praktikës së mirë në institucionet e kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor në nivelin rajonal dhe ndërkombëtar.

Synimi i ekspertëve është që PSO-të të jenë të disponueshme për të gjithë infermierët e punësuar në institucionet e kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor në Republikën e Kosovës.

Këto PSO janë të destinuara kryesisht për infermierët që janë të përfshirë në procesin e punës, si një grup udhëzimesh për ofrimin e shërbimeve në mënyrë të sigurt, unike dhe të standardizuar, e cila synon përfundimisht të përmirësojë sigurinë, cilësinë dhe efikasitetin e kujdesit shëndetësor. Procedurat përfshijnë parimet dhe standardet përkatëse për eliminimin e të gjitha formave të diskriminimit në zbatimin e tyre, në përputhje me ligjin aktual në fuqi në Republikën e Kosovës.

Gjithashtu, PSO-të përveç zbatimit në praktikën e përditshme të punonjësit shëndetësor, duhet të përfshihet si literaturë e dobishme në procesin e mësimdhënies në shkollat e mesme të mjekësisë dhe fakultetet e studimeve shëndetësore në Republikën e Kosovës.

Procedurat Standarde Operative të Infermierisë në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor është përgatitur ekskluzivisht dhe është **I OBLIGUESHËM PËR ZBATIM** gjatë punës profesionale/praktike të infermierëve në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor.

Duhet të theksohet se përdorimi i shprehjes 'INFERMIER' si një gjini gramatikore e vetme në shkrimin e procedurave, nënkupton përdorim të barabartë për të dy gjinitë.

Ndërlidhja me aktet

Në këto PSO janë të shënuara në formë taksative aktet ligjore dhe nënligjore në fuqi me të cilat ndërlidhen procedurat standarde të hartuara. Kjo i kontribuon informimit të përdoruesve të procedurave standarde me aktet ligjore, nënligjore si dhe materialin e nevojshëm referent në rast të shfaqjes së problemeve eventuale gjatë zbatimit në praktikës të procedurave standarde.

Ligjet dhe aktet nënligjore të bazuara për këto PSO, janë:

- Ligji Nr. 04/L-125 për Shëndetësi. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.13 / 07.05.2013, Prishtinë.
- Ligji Nr. 02/L-78 për Shëndetësi Publike. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.35 / 15.08.2008, Prishtinë.
- Ligji Nr. 04/L-060 për mbeturina (shtojcë) – Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.17 / 29.06.2012, Prishtinë.
- Ligji Nr. 04/L-190 për produkte dhe pajisje medicinale. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.27 / 25.04.2014, Prishtinë.
- Ligji Nr. 08/L-071 për ndryshimin dhe plotësimin e ligjit Nr.04/L-060 për mbeturina - Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 29 / 1.09.2022, Prishtinë.
- Ligji Nr. 08/L-200 për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve ngjitëse. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 08.08.2023.
- Ligji Nr.04/L-192 për transplantimin e indeve dhe qelizave. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 25 / 17.04.2014.
- Ligji Nr.04/L-156 për kontrollin e duhanit. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 13 / 07.05.2013.
- Ligji Nr.05/L-024 për shërbimin mjekësor emergjent. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 38 / 21.11.2016.
- Ligji Nr.06/L-042 për gjak dhe përbërës të gjakut. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 14 / 20.08.2018.
- Ligji Nr.05/L-025 për shëndetin mendor. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 33 / 23.11.2015.
- Ligji Nr.2004/38 për të drejtat dhe përgjegjësitë e banorëve të Kosovës në sistemin shëndetësor. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 13 / 01.06.2007.
- Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr.05/2025 për Imunoprofilaksë dhe Kimioprofilaksë.
- Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr.04/2025 masat dhe kushtet për sigurinë e pacientit, parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve në kujdesin shëndetësor dhe rezistencën antimikrobike.
- Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike.
- Udhëzimi Administrativ Nr.11/2015 Qarkulluesit me pakicë për produkte dhe pajisje medicinale.
- Udhëzimi Administrativ Nr.11/2013 – Sistemi i informatave shëndetësore dhe raportimi i të dhënave statistikore shëndetësore.
- Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr.02/2010 Dokumentet shëndetësore.
- Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr.01/2010 Recetat në sistemin shëndetësor në Republikën e Kosovës.
- Udhëzimi Administrativ MMPH - Nr.10/2015 për trajtimin e mbeturinave nga produktet medicinale.
- Udhëzimi Administrativ Nr.13/2013 për katalogun shtetëror të mbeturinave.

UDHËZIME PËR HARTIMIN E PROCEDURAVE STANDARDE OPERATIVE

Në hartimin e Procedurave Standarde Operative (PSO) duhet të përfshihen: punonjësit e shërbimit të cilëve u referohen këto procedura, punonjësit e shërbimit juridik që harmonizojnë procedurat me rregulloret ligjore në fuqi, dhe personeli i caktuar për të vendosur, mirëmbajtur dhe përmirësuar cilësinë dhe sigurinë e shërbimeve shëndetësore në institucion (koordinator, shërbim, sektori, departamenti).

Përkufizimi dhe qëllimi i PSO-së

- Procedura nënkupton një sërë aktivitete, hapash dhe procese që duhet të ndërmerren sipas renditjeve të përcaktuara për të arritur një qëllim specifik;
- Qëllimi i procedurave operative është të sigurohet që të gjithë punonjësit të kryejnë të njëjtat procedura në të njëjtën mënyrë;
- Procedura standarde operative është një grup i udhëzimeve me shkrim që duhet të ndiqet për të realizuar punën sigurt, pa efekte të dëmshme në shëndetin e pacientit, shëndetin e stafit ose mjedisin;
- Procedurat për një kujdes shëndetësor të mirë, të sigurt, të vazhdueshëm, cilësor dhe transparent, janë të nevojshme për të ndihmuar në reduktimin e mundësisë së gabimeve gjatë procesit të punës.

Arsyet për përcaktimin e procedurave

- Procedurat sigurojnë që ofruesit e shërbimeve të kanë të gjitha informatat e nevojshme lidhur me sigurinë e shëndetit të pacientëve, mjedisit si dhe përgatitjet e duhura të nevojshme për të kompletuar punën në mënyrë adekuate;
- Procedurat sigurojnë që hapat në ofrimin e shërbimeve të kryhen në mënyrë të vazhdueshme, në mënyrë që të sigurohet kontrolli i cilësisë së shërbimeve;
- Procedurat sigurojnë që procesi të funksionojë pa ndërprerje dhe të përfundojë brenda kohës së caktuar;
- Procedurat sigurojnë që të mos ndodhin gabime;
- Procedurat sigurojnë zbatimin e rregulloreve dhe praktikave të mira;
- Procedurat shërbejnë si një dokument trajnimi në fushat për të cilat janë shkruar dhe ndihmojnë në trajnimin dhe edukimin e punëtorëve të rinj;
- Procedurat shërbejnë si lista kontrolluese për mbikëqyrje dhe kontroll të performancës në punë;
- Procedurat shërbejnë si dëshmi se si kanë ndodhur proceset e caktuara, cilat pajisje dhe materiale janë përdorur, etj.
- Procedurat sqarojnë hapat në proces dhe mund të merren parasysh në rast të rezultateve negative për të arsyetuar veprimet e ndërmarra nga profesionistët e kujdesit shëndetësor.

Kur duhet të krijohen procedurat

Procedurat duhet të krijohen:

- Për secilin proces ekzistues;
- Kur paraqitet një proces i ri;
- Kur procesi ekzistues ndryshon;
- Kur paraqiten pajisje të reja – teknologji;
- Kur ka indikator se aplikimi i njohurive të reja do të sjellë përfitime nëpërmjet përmirësimit të praktikave të punës;
- Kur ndryshojnë standardet dhe rregulloret ligjore që krijojnë procedurat;
- Testimi i incidenteve mund të tregojë gjithashtu nevojën për të ndryshuar ose shkruar procedurat.

Çfarë duhet të keni parasysh gjatë shkrimit të procedurave

Procedura duhet të jetë e shkurtër, e qartë dhe e kuptueshme dhe jo më shumë se 6 hapa. Nëse procedura ka më shumë se 6 hapa, duhet të merren parasysh opsionet e mëposhtme:

- Ndani atë në disa nën hapa logjik;
- Shkruaj një formë të shkurtuar si shtojcë të procedurës, e cila do të përmbajë vetëm hapa pa sqarime të hollësishme (algoritëm);

Komponentët e PSO-ve

1. Kapitulli

Çdo procedurë standarde operative duhet të ketë kapitullin, më së shpeshti në formën tabelore, e cila përmban:

1.1 Emri i institucionit shëndetësor

Sigurohuni që të shkruani emrin e plotë të institucionit shëndetësor ku po zbatohet procedura.

1.2 Emri i procedurës

Emri i procedurës duhet të përputhet me përmbajtjen. Mos përdorni shkurtesa në emrin e procedurës.

1.3 Lloji i procedurës

- Procedura sipas standardeve të akreditimit (specifikoni standardin dhe kriterin);
- Procedura sipas standardeve të certifikimit (specifikoni standardin dhe kriterin);
- Procedurat e procesit të punës, procedurat operative, ose procedurat e punës (procedurat që përshkruajnë proceset).

1.4 Numri unik i procedurës

Numri i procedurave të regjistruara në institucionet qendrore përbëhet nga 3 numra:

- 1) numri i parë është numri i evidencës;
- 2) numri i dytë i referohet vitit kur procedura është adaptuar apo revokuar;
- 3) numri i tretë është numri i versionit të procedurës.

Është e mundur që të shtohet edhe numri i katërt i cili i referohet njësisë organizative.

1.5 Numri i faqeve të procedurës

- Specifikoni numrin e faqeve.

1.6 Vlefshmëria e procedurës

- Maksimum 3 vjet nga adaptimi ose rishikimi.

2. Elementet obligatorë të përmbajtjes së procedurës

2.1 Deklarata e përgjithshme

Përcakton qëllimin / objektivin dhe arsyen e aplikimit të procedurës.

2.2 Fusha e zbatimit

Procedurat e miratuara janë TË OBLIGUESHME PËR ZBATIM gjatë punës profesionale / praktike të infermierëve në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh.

2.3 Shpërndarja dhe mbikëqyrja

Sigurohuni që i gjithë personeli është familjarizuar me procedurën. Procedura duhet të shpërndahet tek të gjithë menaxherët e nivelit të lartë, të cilët do të shpërndajnë atë tek menaxherët e nivelit më të ulët. Menaxherët e njësive përkatëse organizative të nivelit më të ulët janë përgjegjës të shpërndajnë procedurën tek personeli operacional që aplikon procedurën. Në këtë seksion është e rëndësishme të theksohet se për kënd duhet të jetë në dispozicion procedura, dhe kush e kryen mbikëqyrjen e rregullt periodike të zbatimit të saj. Gjithashtu mbikëqyrja kryhet sipas niveleve të përgjegjësisë.

2.4 Procedura / rrjedha e veprimit / procesi / hapat

Duhet të përmbajë përshkrimin e procesit, duke u mbështetur në një seri hapash të ndërlidhur të përbashkët, metodës së zbatimit të duhur dhe të sigurt, regjistrimet e procedurave të kryera, nëse kërkon procedura, etj. Procedura përmban përshkrimin e hapave të procesit të punës që është objekt i procedurës (lloji i veprimtarisë, personat përgjegjës për kryerjen e veprimtarisë, koha dhe mënyra e kryerjes së veprimtarisë).

2.5 Rishikimi i procedurës

Shqyrtimi i rregullt i procedurave kryhet çdo tri vite, i cili zakonisht regjistrohet në fund të procedurës. Kontroll i jashtëzakonshëm mund të bëhet më herët në rastin e ndryshimeve të akteve juridike, rregulloreve sipas të cilave është shkruar procedura, nëse futen pajisje të reja ose metodat e punës, etj. Në rastin e një procedure të rishikuar, tregoni muajin dhe vitin e rishikimit të procedurës.

3. Aprovimi i procedurës

Në vazhdim është shënuar fillimi dhe mbarimi i procedurës:

- Emrat dhe nënshkrimet e personave që kanë marrë pjesë në hartimin ose rishikimin e PSO;
- Emri dhe nënshkrimi i personit që aprovon PSO;
- Data e aprovimit;
- Vula e institucionit.

Procedurat e miratuara janë TË OBLIGUESHME PËR ZBATIM gjatë punës profesionale / praktike të infermierëve në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh, sipas veprimeve të caktuara dhe mosrespektimi paraqet shkelje të detyrave dhe përgjegjësiwe profesionale në punë.

Tabela nr. 1 - Procedurat Standarde Operative të Infermierisë në Kujdesin Dytësor dhe Tretësor Shëndetësor
(i ndarë në kapituj, PSO, hapa dhe nën hapa)

KAPITULLI	Nr. i PSO-së	Nr. i hapave	Nr. i nën hapave		KAPITULLI	Nr. i PSO-së	Nr. i hapave	Nr. i nën hapave
I (2 PSO)	1	2	6		V (9 PSO)	38	9	80
	2	4	18			39	5	34
II (6 PSO)	3	5	32			40	6	35
	4	5	21			41	5	25
	5	5	14			42	6	44
	6	5	25			43	6	19
	7	5	41		VI (17 PSO)	44	11	44
	8	6	24			45	8	15
III (14 PSO)	9	12	186			46	4	36
	10	9	69			47	5	43
	11	7	32			48	5	45
	12	9	91			49	6	48
	13	7	65			50	6	45
	14	7	51			51	8	81
	15	5	14			52	5	31
	16	4	45			53	8	50
	17	6	62			54	6	61
	18	6	33			55	6	63
	19	5	24			56	6	67
	20	6	30			57	5	31
	21	5	34			58	5	30
	22	4	24			59	10	52
IV (12 PSO)	23	10	66			60	3	10
	24	6	28		VII (8 PSO)	61	9	26
	25	5	38			62	6	40
	26	5	55			63	4	27
	27	6	53			64	6	52
	28	5	57			65	10	64
	29	5	35			66	3	19
	30	5	49			67	4	22
	31	5	23			68	5	20
	32	5	36		VIII (2 PSO)	69	6	50
	33	7	71		IX (3 PSO)	70	5	36
	34	5	31			71	4	28
	35	5	46			72	9	75
V (9 PSO)	36	5	47			73	6	21
	37	5	33		IX	73	434	3078
TOTAL								

KAPITULLI I – REGJISTRIMET DHE DOKUMENTIMI

- 1** PROCEDURA PËR IDENTIFIKIMIN E PACIENTIT
- 2** PROCEDURA PËR DOKUMENTIMIN E VEPRIMEVE INFERMIERORE

1. PROCEDURA PËR IDENTIFIKIMIN E PACIENTIT

Qëllimi: i kësaj procedure do të sigurojë identifikimin e duhur të pacientit për të parandaluar zëvendësimin e identitetit, abuzimin me shërbimet e sistemit shëndetësor dhe pasojat e mundshme që mund të sjellin.		
PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Identifikimi	1. Identifikimi i saktë i pacientit është i nevojshëm dhe nuk duhet të kryhet asnjë procedurë mjekësore mbi pacientin e gabuar. 2. Identifikimi i pacientit bëhet me emrin, mbiemrin dhe numrin personal identifikues. 3. Dokumenti që përmban fotografinë (letërnjoftim, patentë shoferi, pasaportë) krahasohet me imazhin e pacientit dhe më pas me informacionin në kartelën/librezën shëndetësore. 4. Në mungesë të dokumentit identifikues për të miturit, paraqitet certifikata/ekstrakti i lindjes nga shoqëruesi (prindi, kujdestari ligjor) me një dokument identiteti që përmban fotografi (letërnjoftim, pasaportë dhe/ose patentë shoferin).
[II]	Përgjegjësia	1. Përgjegjësia kryesore për identifikimin e saktë të pacientit është te infermieri që punon në recepcion/në pranim, por gjithashtu është edhe përgjegjësi e infermierit gjatë procesit të administrimit të barnave, procedurave të trajtimit dhe procedurave diagnostikuese. 2. Në rast të identitetit të rrejshëm, ekipi që punon menjëherë merr informatën dhe raporton tek zyra ligjore e institucionit.

2. PROCEDURA PËR DOKUMENTIMIN E VEPRIMEVE INFERMIERORE

Qëllimi: i procedurës është përcaktimi se si të dokumentohet përmbajtja cilësore e procedurave të infermierisë, duke përdorur elementë të procesit të kujdesit infermieror.

Dokumentimi i procedurave të infermierisë është pjesë integrale e praktikës së sigurt dhe të efektshme të infermierisë dhe paraqet përmbledhjen e të dhënave që shërben për të vlerësuar, planifikuar, zbatuar, rivlerësuar, kontrolluar dhe monitoruar kujdesin shëndetësor të planifikuar dhe të zbatuar.

Dokumentacioni mbahet nga infermieri, duke regjistruar informatat në lidhje me njohuritë e tyre, procedurat dhe shërbimet shëndetësore të ofruara për përdoruesit e kujdesit shëndetësor.

Dokumentacioni infermieror mbahet për çdo pacient të shtruar në spital, i cili është pjesë përbërëse e historisë mjekësore të pacientit. Përmbajtja e dokumentacionit bazë infermieror, i përcaktuar me këtë procedurë, zbatohet në të gjitha shërbimet profesionale / institucionet shëndetësore të KDTSh.

Përmbajtja dhe formati i formularëve të dokumentacionit bazë të infermierisë nuk mund të ndryshohen, por është e mundur zgjerimi i tyre sipas specifikave të një njësie organizative ose kategorie të caktuar pacienti.

Të gjitha të dhënat në dokumentacionin infermieror duhet të regjistrohen në kohë dhe të nënshkruhen nga infermieri që ka kryer regjistrimin. Të gjitha regjistrimet dhe ndryshimet e mëvonshme në dokumentacionin infermieror duhet të përmbajnë datën, orën, emrin dhe mbiemrin, si dhe nënshkrimin e infermierit që ka bërë ndryshimet.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Anamneza infermierore në nivelin dytësor dhe tretësor shëndetësor	1. Të dhënat merren nga pacienti, anëtarët e familjes dhe personat që shoqërojnë pacientin, duke dokumentuar të dhënat në rubrikën e quajtur "Vërejtje". Në rubrikën "Vërejtje" shënohen të dhënat për të gjitha vëzhgimet e tjera të rëndësishme gjatë pranimit, specifikat nëse bëhet fjalë për transferim nga një institucion tjetër shëndetësor. (Shtojca 1) 2. Pyetësor për vlerësimin e rrezikut të rënies/rrëzimit – merren të dhënat përmes intervistës të realizuar nga infermieri sipas pyetjeve nga formulari. (Shtojca 2)
[II]	Plani i kujdesit infermieror (Shtojca 3);	1. Plani bëhet për çdo ditë të qëndrimit të pacientit në spital nga infermieri përgjegjës, gjatë orarit të rregullt të punës; 2. Në seksionin përcaktimi i nevojave, listoni nevojat, si p.sh.: kujdesi për kavitetin oral; larja e pacientit; kujdesi ndaj

		dekubitusit; ndihmë në të ushqyer; ushtrime të nevojshme aktive dhe pasive në shtratin e pacientit; ndihmë për lëvizje. 3. Në rubrikën “Vërejtje” listoni nevojat: higjiena për kavitetin oral; higjiena; kujdesi ndaj dekubitit; të ushqyerit; ushtrimet e nevojshme aktive dhe pasive të pacientit të shtrirë; ndihmë për lëvizje. 4. Në rubrikën “Objektivat e Kujdesit Shëndetësor”, renditni qëllimet, si: parandalimi i infeksionit të kavitetit oral; ruajtja e turgorit të lëkurës; parandalimi i dekubitusit, parandalimi i kequshqyerjes ose obezitetit; parandalimi i tromb embolisë; parandalimi i komplikimeve post operative. 5. Në rubrikën “Planifikimi i Kujdesit Shëndetësor” listoni ndërhyrjet që duhet të kryhen për të plotësuar nevojat e vendosura të pacientit dhe për të arritur qëllimet e përcaktuara të kujdesit shëndetësor, si: pastrimi mekanik i zgavrës së gojës; higjiena e pacientit të shtrirë; lëvizshmëria e pacientit; të ushqyerit; vendosja e fashave elastike; ndihmë në ngritjen dhe lëvizjen e pacientit. 6. Vlerësimi i qëllimeve të kujdesit shëndetësor kryhet nga infermieri, në varësi të gjendjes së pacientit por jo më vonë se çdo të tretën ditë të shtrimit të pacientit dhe më shpesh nëse është e nevojshme. Në rubrikën “Vlerësimi i qëllimeve të kujdesit shëndetësor” regjistrohen vlerësimet si: gjendja e kavitetit oral; gjendja e lëkurës; gjendja e plagës dekubitale të trajtuar; ndryshime të tjera të dukshme në krahasim me një ditë më parë; aftësia e pacientit për të lëvizur në mënyrë të pavarur; aftësia e pacientit për të ushqyer veten. 7. Në rubrikën “Vërejtje” shënoni të gjeturat të rëndësishme në lidhje me zbatimin e planit të kujdesit shëndetësor, si: pamundësia për të komunikuar me pacientin; pengesat për përfshirjen e pacientëve në procesin e planifikimit të kujdesit shëndetësor; pëlqimin e pacientit për planin e kujdesit shëndetësor. 8. Në rubrikën “Lloji i kujdesit shëndetësor” shënohen ndërhyrjet që kryhen për përmbushjen e planit të kujdesit shëndetësor si: pastrimi mekanik i zgavrës së gojës, higjiena e pacientit të shtrirë, lëvizshmëria e pacientit së paku 15 minuta; ndihmë për tu ushqyer; vendosja e fashës elastike;
[III]	Zbatimi i planit të kujdesit shëndetësor / infermieror	1. Zbatimi i planit të kujdesit shëndetësor / infermieror (Shtojca 4). Rishikimi i të gjeturave dhe ndërhyrjeve infermirore kryhet nga infermieri, çdo ditë nga momenti i pranimit. Në

		rubrikën “Lloji i vlerësimit infermieror dhe ndërhyrjes infermiere” regjistrohen të gjeturat. 2. Formulari i raportit dhe monitorimit të dekubitusit (Shtojca 5 dhe 6). Formulari i raportit të dekubitit plotësohet menjëherë pas konstatimit dhe ekzaminimit të lezionit të dekubitit, në dy kopje (njëra kopje dorëzohet në shërbimin kompetent, ndërsa tjetri mbetet në historikun mjekësor të pacientit). Formulari për monitorimin e dekubitusit i lejon infermierit të regjistrojë shpejt dhe lehtë ndërhyrjet e ofruara. 3. Formulari infermieror i kujdesit intensiv (Shtojca 7); Formulari i të dhënave të infermierisë së kujdesit intensiv është një përmbledhje e monitorimit të pacientëve në njësinë e kujdesit intensiv, sipas orës. Infermieri hap dhe mban regjistrat e monitorimit në njësinë e kujdesit intensiv për çdo ditë të qëndrimit të pacientit. 4. Formulari i aplikimit të terapisë në kujdesin dytësor dhe tretësor shëndetësor (Shtojca 8). Plotësimi i formularit bëhet menjëherë nga infermieri i njësisë që ka aplikuar terapinë. 5. Flete lëshimi nga kujdesi shëndetësor dytësor dhe/ose tretësor (Shtojca 9). Flete lëshimi i plotësuar në dy kopje nga mjeku përgjegjës, evidentohen në librin e protokollit të njësisë nga infermieri përgjegjës (një kopje i jepet pacientit dhe një kopje i dorëzohet zyrtarit përgjegjës). 6. Njoftimi në rast transferimi/zhvendosje të pacientit (Shtojca 10). Formulari i Njoftimit në rastin e transferimit/zhvendosjes së pacientit plotësohet në dy kopje (Një kopje shkon me pacientin në shërbimin profesional / institucionin shëndetësor të KDTSh ku është transferuar pacienti dhe kopja tjetër mbetet në historinë mjekësore të pacientit brenda shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh që kryen transferimin.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Plani i kujdesit infermieror për të gjithë pacientët e shtruar gjatë fundjavave dhe festave duhet të hartohet deri në fund të orarit të rregullt të punës nga infermieri. 2. Në rast dyshimi për besueshmërinë e të dhënave të marra nga pacienti gjatë hapjes së dokumentacionit infermieror ose mospërputhjes së tyre me të dhënat në historinë mjekësore dhe dokumentacionin tjetër mjekësor të pacientit, infermieri përgjegjës do të eliminojë dyshimet ekzistuese për besueshmërinë e të dhënave ose të pajtohet me ato.

Shtojca 2. Pyetësori për vlerësimin e rrezikut të rrëzimit (rënies)

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR
(Klinika / Spitali i Përgjithshëm)

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI

PYETËSORI PËR VLERËSIMIN E RREZIKUT TË RËNIES

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri i pacientit:

Nënshkrimi:

Emri dhe mbiemri i përfaqësuesit ligjor / kujdestarit:

Nënshkrimi:

Keni rënë kohët e fundit

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Jeni mbi 65 vjeç

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Specifikoni numrin e viteve

Merrni më shumë se tre lloje të barnave

1 - PO ☐

2 - JO ☐

A keni vështirësi në lëvizje*

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Keni probleme me shikimin

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Emri dhe mbiemri i infermierit:

Nënshkrimi:

Data: / /

* Çdo përgjigje me PO konfirmon se ekziston rreziku i rënies

Shtojca 3. Plani i kujdesit shëndetësor infermieror

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR _____
(Klinika / Spitali / Përgjithshëm) _____

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI _____

PLANI I KUJDESIT SHËNDETËSOR INFERMIEROR

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri: _____

Viti i lindjes: _____

Numri i kartelës/historisë mjekësore: _____

Data	Ora	Përcaktimi i nevojave	Objektivat e kujdesit	Planifikimi i kujdesit	Plani u krijua nga: (Emri dhe Mbiemri / Nënshkrim)	Vlerësimi i objektivave
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						

Emri dhe mbiemri i infermierit: _____ Nënshkrimi: _____

Shtojca 4. Evidentimi i zbatimit të planit të kujdesit shëndetësor infermieror

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR _____
(Klinika / Spitali / Përgjithshëm) _____

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI _____

EVIDENTIMI I ZBATIMIT TË PLANIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR INFERMIEROR

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri: _____

Viti i lindjes: _____

Numri i kartelës/historisë mjekësore: _____

EVIDENTIMI I ZBATIMIT TË PLANIT TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Data	Ora	Lloji i kujdesit shëndetësor	Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i infermierit
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

VËZHGIMET DHE NDËRHYRJET E INFERMIERIT

Data	Ora	Lloji i vëzhgimit dhe ndërhyrjes së infermierit	Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i infermierit
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Shtojca 5. Formulari i paraqitjes së dekubitit

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR
(Klinika / Spitali i Përgjithshëm)

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI

FORMULARI I PARAQITJES SË DEKUBITIT

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri i pacientit: _____

Viti i lindjes: _____

Numri i kartelës/historisë mjekësore: _____ Data e pranimit: _____

A është pacienti i shtruar në spital me ulcerë presioni

1 - PO	☐	2 - JO	☐
nga shtëpia	☐		
nga spitali/instituti	☐		
nga qendra për punë sociale	☐		
nga banja/ilixhja	☐		
nga klinika/departamenti/reparti	☐		

Data e shfaqjes së dekubitit në spital

____/____/____

Data e aplikimit/paraqitjes

____/____/____

Emri dhe mbiemri i infermierit: _____ Nënshkrimi: _____

Shtojca 6. Formular për monitorim të dekubitit

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR _____

(Klinika / Spitali i Përgjithshëm) _____

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI _____

FORMULAR PËR MONITORIM TË DEKUBITIT

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri: _____

Viti i lindjes: _____

Numri i kartelës/historisë mjekësore: _____

Data																																				
Ora	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Mbrapa (Shpina)																																				
Ana e majtë																																				
Ana e djathtë																																				
Fashimi																																				
Trajtimi i kryer / mjetet																																				
1. Dëmtimi i lëkurës	1 – PO 2 – JO												1 – PO 2 – JO												1 – PO 2 – JO											
2. Stadi	1 – Edemë 3 – Nekrozë						2 – Plagë e lagësht 4 – Ind granulues						1 – Edemë 3 – Nekrozë						2 – Plagë e lagësht 4 – Ind granulues						1 – Edemë 3 – Nekrozë						2 – Plagë e lagësht 4 – Ind granulues					
3. Madhësia cm / mm	Gjerësia				Gjatësia				Gjerësia				Gjerësia				Gjatësia				Thellësia				Gjerësia				Gjatësia				Thellësia			
4. Inflamacioni	1 – PO 2 – JO						3 – E dyshimë						1 – PO 2 – JO						3 – E dyshimë						1 – PO 2 – JO						3 – E dyshimë					
5. Ekskretimi	1 – Transparente 3 – E gjelbër-verdhë						2 – E verdhë 4 – E kaftë						1 – Transparente 3 – E gjelbër-verdhë						2 – E verdhë 4 – E kaftë						1 – Transparente 3 – E gjelbër-verdhë						2 – E verdhë 4 – E kaftë					
Tiparet (Karakteristikat)	1 – Mukoze (e jargët) 3 – E dendur						2 – E përgjakshme 4 – E rrjedhshme						1 – Mukoze (e jargët) 3 – E dendur						2 – E përgjakshme 4 – E rrjedhshme						1 – Mukoze (e jargët) 3 – E dendur						2 – E përgjakshme 4 – E rrjedhshme					
6. Buzët e plagës	Edemë: 1 – PO 2 – JO												Edemë: 1 – PO 2 – JO												Edemë: 1 – PO 2 – JO											
Ngjyra	1 – Rozë 2 – E zbehtë 3 – E zezë												1 – Rozë 2 – E zbehtë 3 – E zezë												1 – Rozë 2 – E zbehtë 3 – E zezë											
7. Aroma	1 – Pa erë 2 – E pakëndshme 3 – Kundërmim erë												1 – Pa erë 2 – E pakëndshme 3 – Kundërmim erë												1 – Pa erë 2 – E pakëndshme 3 – Kundërmim erë											
8. Ekezema përreth lëkurës	1 – PO 2 – JO												1 – PO 2 – JO												1 – PO 2 – JO											
9. Ndhima kundër dekubitit																																				
VËREJTJE:																																				

Emri dhe mbiemri i infermierit: _____ Nënshkrimi: _____

Shtojca 7. Formulari infermieror në kujdesin intensiv

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR

(Klinika / Spitali i Përgjithshëm)

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI

FORMULARI INFERMIEROR NË KUJDESIN INTENSIV

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri:

Viti i lindjes:

Numri i kartelës/historisë mjekësore:

Data																													
Lloji i kujdesit shëndetësor dhe ndërhyrjet infermierore		Koha (Ora)																								Vërejtje		Nënshkrimi i Infermierit	
Ora		07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06				
Frymëmarrja (frekuenca)																													
Matja e tensionit arterial																													
Matja e pulsit																													
Matja e temperaturës																													
Matja e lëngjeve																													
Të ushqyerit																													
Sonde ushqyese																													
Gjakderdhje																													
Ushtrime të frymëmarrjes & inhalim																													
Aspirim																													
Kujdesi trakeobronkial ose trakeostomive																													
Vendosja dhe kujdesi i kanulës IV																													
Vendosja dhe mirëmbajtja e KVO-së																													
Vendosja e fashave elastike																													
Lëvizja dhe masazhi																													
Larja dhe kujdesi i zgavrës së gojës																													
Larja (Banje)																													
Ndërrimi i robave																													
Ndërrimi i qarçafëve																													
Ndihma gjatë (për) lëvizje																													
Shqëron në testime diagnostikuese																													
URINIM	Spontan																												
	Kateter																												
	Pelenë																												
DEFEKIM	I përvarur																												
	Me ndihmë																												
	Stomë																												
Të vjellurat																													

Emri dhe mbiemri i infermierit (1):

Nënshkrimi:

Emri dhe mbiemri i infermierit (2):

Nënshkrimi:

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR
(Klinika / Spitali i Përgjithshëm)
DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri: _____

[illegible]

Shtojca 9. Fletë lëshim nga kujdesi shëndetësor në nivelin dytësor dhe tretësor

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR _____
(Klinika / Spitali i Përgjithshëm) _____

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI _____

**FLETËLËSHIM NGA KUJDESI SHËNDETËSOR NË NIVELIN DYTËSOR DHE
TRETËSOR**

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri: _____ Viti i lindjes: _____

Numri i kartelës/historisë mjekësore: _____

Diagnoza para lëshimit: _____

Lista e pajisjeve dhe mjeteve ndihmëse mjekësore që pacienti i ka sjellë me vete në spital

--

Gjithçka e shënuar në rubrikën e sipërme i është kthyer pacientit në momentin e daljes nga spitali.

Dhënja e këshillave dhe rekomandimeve gjatë hospitalizimit

--

REKOMANDIME PËR VAZHDIMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR

--

TERAPIA E PËRCAKTUAR

Kthimi i terapisë personale?	Po	Jo
A është dhënë terapia e përshkruar për ditën e daljes nga spitali?	Po	Jo

Emri dhe mbiemri i infermierit: _____ Nënshkrimi: _____

Emri dhe mbiemri i kryeinfermierit: _____ Nënshkrimi: _____

*Diagnoza nga fletëlëshimi i pacientit: _____

Shtojca 10. Njoftimi në rast transferimi/zhvendosjeje të pacientit

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR _____
(Klinika / Spitali i Përgjithshëm) _____

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI _____

NJOFTIMI NË RAST TRANSFERIMI/ZHVENDOSJEJE TË PACIENTIT

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri i pacientit: _____

Viti i lindjes: _____

Numri i kartelës/historisë mjekësore: _____

Data e pranimit: _____

Data e transferimit/zhvendosjejes së pacientit: _____

Institucioni (departamenti/reparti) ku ai/ajo
është transferuar _____

Përgjegjës për pizhame pas mbërritjes

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Kanulë IV

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Data e vendosjes së kanulës IV

Koha (Ora)

Gjendja e vetëdijes së pacientit

i ndërgjegjshëm ☐

i përgjumur

në koma ☐

Lëvizshmëria e pacientit

i fuqizuar ☐

i keq drejtuar ☐

i palëvizshëm ☐

Të ushqyerit

për person ☐

enteral ☐

parenteral ☐

Proteza dentare e hequr

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Kateteri urinar

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Data e vendosjes së kateterit urinar

Koha (Ora)

Dekubitus

1 - PO ☐

2 - JO ☐

Lokalizimi i dekubitit ose ndonjë dëmtimi tjetër i trupit: _____

Terapia që ka marrë pacienti

Informacion tjera të rëndësishëm

Emri dhe mbiemri i infermierit
që dorëzon pacientin: _____

Nënshkrimi: _____

Data: ____ / ____ / ____

Emri dhe mbiemri i
infermierit që pranon
pacientin: _____

Nënshkrimi: _____

Data: ____ / ____ / ____

KAPITULLI II – PROCEDURAT STANDARDE OPERATIVE TË PËRGJITHSHME

- 3** PROCEDURA PËR PËLQIMIN E PACIENTIT PËR TRAJTIM SPITALOR
- 4** PROCEDURA PËR PRANIMIN E PACIENTIT NË SPITAL
- 5** PROCEDURA PËR LËSHIMIN E PACIENTIT NGA SPITALI
- 6** PROCEDURA PËR TRANSFERIMIN E PACIENTIT BRENDË INSTITUCIONIT SHËNDETËSOR OSE NË INSTITUCION TJETËR SHËNDETËSOR
- 7** PROCEDURA NË RAST TË VDEKJES SË PACIENTIT
- 8** PROCEDURA PËR MBAJTJEN E SENDEVE NË PRONËSI TË PACIENTIT

3. PROCEDURA PËR PËLQIMIN E PACIENTIT PËR TRAJTIM SPITALOR

Qëllimi: është të përcaktojë procedurat dhe detyrimet e punonjësit përgjegjës shëndetësor gjatë pranimit të pacientit në trajtimin spitalor.

Pranimi i pacientit në institucionet e KDTSh (spitalizimi) mund të jetë i planifikuar ose urgjent. Duke respektuar normat ligjore, çdo pacienti i garantohet e drejta për vetëvendosje dhe pëlqim të informuar, duke përfshirë mbrojtjen e të drejtave të pacientëve që nuk janë në gjendje të japin pëlqimin.

Pacienti ka të drejtë të vendosë lirisht për çdo gjë që ka të bëjë me jetën dhe shëndetin e tij, me përjashtim të rasteve kur kjo kërcënon drejtpërdrejt jetën e tij dhe jetën dhe shëndetin e njerëzve të tjerë.

Kjo procedurë bazohet në Ligjin për të drejtat dhe përgjegjësitë e qytetarëve në kujdesin shëndetësor ("Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës, nr.13/2007) dhe udhëzimi administrativ nr. 15/2013 karta e të drejtave dhe përgjegjësi të pacientëve.

Procedura zbatohet në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[1]	Të drejtat e pacientit gjatë shtrimit në spital	1. Ka të drejtë në kujdesin shëndetësor të disponueshëm; 2. Të njoftohet dhe marrë pjesë në procedurën e trajtimit përpara çdo ndërhyrje (përveç situatave emergjente); 3. Të zgjedhjes së lirë dhe marrjes së informacionit të qartë dhe të plotë për gjendjen dhe sëmundjen; 4. Të informohet në lidhje me trajtimin e planifikuar dhe mundësitë e trajtimit; 5. Të marrë pjesë në vendimin për trajtimin e tij dhe mbrojtjen e fshehtësisë së të dhënave personale (përjashtimisht kur ka një vendim gjykatë); 6. Të vendos dhe të jep pëlqim (përfshirë mbrojtjen e të drejtave të pacientëve që nuk janë në gjendje të japin pëlqimin); 7. Të ruaj konfidencialitetin, informacionin, privatësinë, fshehtësinë e të dhënave, dinjitetin personal, parandalimin dhe lehtësimin e vuajtjeve dhe dhimbjeve; 8. Respektimin e kohës së tij; 9. Të njoftohet me dokumentacionin shëndetësor; 10. Të largimit vullnetarisht nga institucioni i KDTSh; 11. Në masat parandaluese dhe informacionin për ruajtjen e shëndetit; 12. Të ushqyerit në përputhje me nevojat;

		13. Në mbajtjen e kontakteve personale; 14. Në vizita (bazuar në rregulloren e brendshme të institucionit); 15. Pacienti mund të tërheqë në çdo kohë deklaratën e tij për refuzimin e shërbimit të kujdesit shëndetësor, pa pasur asnjë kufizim në të drejtat e tij.
[II]	Detyrimet e profesionistit shëndetësor përgjegjës	1. Informacioni për pacientin duhet të jetë i mjaftueshëm gjithëpërfshirës, i saktë dhe në kohë; 2. Përmbajtja e njoftimit vlerësohet në çdo rast individual sipas aftësisë së pacientit për t'i bërë pyetje profesionistit përgjegjës shëndetësor, pas ose gjatë njoftimit dhe për të marrë përgjigje të kuptueshme për të; 3. Saktësia e njoftimit bazohet në faktet e njohura shëndetësore shkencore gjatë ekzaminimit dhe trajtimit të pacientit; 4. Afati i njoftimit përkufizohet si informimi i pacientit për gjetjet klinike dhe masat e propozuara shëndetësore, duke i lënë pacientit të paktën 24 orë nga njoftimi për të menduar për vendimin e tij, me përjashtim të rasteve urgjente; 5. Pas njohjes së pacientit me veprimet shëndetësore për shtrimin në spital dhe rreziqet e mundshme gjatë trajtimit spitalor, punonjësi shëndetësor përgjegjës i ofron pacientit / përfaqësuesit ligjor / personit të autorizuar të nënshkruajë pëlqimin ose të refuzojë nënshkrimin e tij; (Deklarata e pëlqimit, Shtojca 11). 6. Nëse pacienti refuzon shërbimin e kujdesit shëndetësor, punonjësi përgjegjës shëndetësor është i detyruar t'i tregojë pacientit pasojat e vendimit të tij për refuzim dhe t'i kërkojë pacientit të nënshkruajë deklaratën e refuzimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor i cili ruhet në dokumentacionin e pacientit; (Shtojca 12), 7. Nëse pacienti refuzon të nënshkruajë deklaratën e refuzimit të shërbimeve të kujdesit shëndetësor, punonjësi përgjegjës i shërbimit të kujdesit shëndetësor të evidentoj refuzimin në historinë e pacientit. 8. Në dokumentacionin shëndetësor, punonjësi përgjegjës shëndetësor shënon të dhënat për pëlqimin lidhur me shërbimin e kujdesit shëndetësor, si dhe për refuzimin e tij. 9. Për pacientin që është pa vetëdije ose për arsye të tjera nuk është në gjendje të shprehë pëlqimin e tij, mund të ofrohet shërbimi i kujdesit shëndetësor emergjent pa pëlqimin e tij, gjegjësisht pëlqimin e kujdestarit ose përfaqësuesit ligjor të tij, nëse mos marrja e një mase të tillë do të rrezikonte ose dëmtonte më tej shëndetin e pacientit, d.m.th të rrezikojë jetën e tij.

		10. Nëse pacienti është i pavetëdijshëm ose për arsye të tjera nuk është në gjendje të jep pëlqimin, ndërsa prindi, përfaqësuesi ligjor ose kujdestari nuk është i disponueshëm, ndaj tij mund të ofrohet shërbimi i kujdesit shëndetësor emergjent në institucionin shëndetësor në bazë të vendimit që merr mjeku përgjegjës. 11. Në situatat e rasteve urgjente pa praninë / disponueshmërinë e përfaqësuesit ligjor, vendimi përfundimtar që merr mjeku përgjegjës.
[III]	E drejta e pacientit për t'u larguar vullnetarisht nga institucioni shëndetësor	1. Pacienti ka të drejtë të largohet vullnetarisht nga institucioni shëndetësor, me përjashtim të rasteve të përcaktuara me ligje të veçanta dhe në rastet kur kjo mund të dëmtojë shëndetin dhe sigurinë e personave të tjerë; 2. Qëllimin për t'u larguar nga institucioni, pacienti duhet ta deklarojë me shkrim ose me gojë para dy dëshmitarëve, të pranishëm në të njëjtën kohë, të cilët nënshkruajnë deklaratën për qëllimin e pacientit për t'u larguar nga institucioni, pavarësisht nga paralajmërimi i punonjësit përgjegjës shëndetësor se kjo mund të rrezikojë shëndetin e tij. Deklaratat me shkrim i bashkëngjiten dokumentacionit shëndetësor të pacientit. 3. Të dhënat për largimin vullnetar pa paralajmërim nga institucioni shëndetësor, punonjësi përgjegjës shëndetësor është i detyruar që menjëherë t'i vendosë në dokumentacionin shëndetësor të pacientit. 4. Nëse pacienti është i paaftë për arsyetim, gjegjësisht i mitur, punonjësi përgjegjës shëndetësor është i detyruar të njoftojë prindin, kujdestarin ose përfaqësuesin ligjor për largimin vullnetar të tij nga institucioni shëndetësor.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Në rast të largimit vullnetar nga institucioni shëndetësor, në kundërshtim me këshillën e profesionistit shëndetësor, evidentohet në historinë (dokumentacionin) e pacientit situata e incidentit.
[V]	Dokumentimi	1. Profesionisti shëndetësor përgjegjës e vendos në dokumentacionin mjekësor/historinë e pacientit deklaratën e nënshkruar të pëlqimit ose deklaratën me shkrim për refuzimin e shërbimit të kujdesit shëndetësor.

Shtojca 11. Deklarata e pëlqimit të pacientit

TË DHËNAT PERSONALE TË PACIENTIT

Emri (emri i prindit) mbiemri	(Adresa)
(Nr. i dokumentit personal dhe vendi i lëshimit)	(Numri i sigurimit shëndetësor)

DEKLARATA E PËLQIMIT

Unë jap pëlqimin tim vullnetar për shtrimin në spital dhe për shërbimet e kujdesit shëndetësor të nevojshme, të përcaktuara nga mjeku përgjegjës, infermieri ose bashkëpunëtori shëndetësor, i përfshirë në trajtimin tim.

- Kjo deklaratë nuk përfshin pëlqimet për procedurat kirurgjikale, procedurat e tjera invazive dhe veprime të tjera, për të cilat kërkohet pëlqimi i veçantë me shkrim.
- Jam dakord të kryej detyrimet/pagesat brenda afatit (nënvizoni):
 - Për të gjitha shërbimet (persona të pasiguruar) ose për pjesëmarrjen dhe shërbimet që nuk mbulohen nga sigurimet shëndetësore, si dhe për të kompensuar institucionin e KDTSh për të gjitha dëmet e shkaktuara.

DEKLARATA E PACIENTIT

Deklaroj se jam në dijeni se:

- Kam të drejtë të marr të gjithë informacionin e nevojshëm nga punonjësi që kujdeset për trajtimin dhe kujdesin tim për të marrë një vendim për pëlqimin për shërbimet e kujdesit shëndetësor të propozuar dhe që mund t'i bëj pyetje në lidhje me të, domethënë është i detyruar për të më dhënë përgjigje.
- Ky informacion për gjendjen time shëndetësore mund t'i jepet një të rrituri tjetër (anëtar i ngushtë i familjes, përfaqësuesi ligjor):

(Shënoni emrin dhe mbiemrin, titullin dhe numrin e telefonit të kontaktit të personit të cilit mund t'i jepet informacioni)

- Që kam të drejtë të refuzoj marrjen e informacionit për gjendjen time shëndetësore dhe rezultatet e pritshme të shërbimeve të kujdesit shëndetësor (kjo e drejtë vlen vetëm për pacientin dhe jo për përfaqësuesin ligjor):

(Shkruani një deklaratë me shkrim dore që nuk dëshironi të merrni informacion)

- Se e drejta për të refuzuar marrjen e informacionit nuk vlen për rastet në të cilat do të rrezikohet jeta dhe shëndeti i njerëzve të tjerë. Për të marrë këtë informacion, unë caktoj:

(Shënoni emrin, titullin dhe numrin e kontaktit të personit të cilit mund t'i jepet informacioni)

Nëse nuk kam caktuar një person për të marrë informacionin, mjeku përgjegjës do t'ia komunikojë këtë informacion njërit prej anëtarëve të familjes sime.

VENDIMMARRJA

- Shërbimet e kujdesit shëndetësor mund të merren pa pëlqimin tim ose pëlqimin e përfaqësuesit tim ligjor vetëm për qëllime të procedimit penal, pra ekspertizë psikiatrike lidhur me përcaktimin e shëndetit të shëndoshë kur akuzohet për ndonjë veprë penale.
- Kam të drejtë të refuzoj shërbimet e kujdesit shëndetësor të propozuara, të cilën do ta konfirmoj me nënshkrimin tim në deklaratën për refuzim (formularin e veçantë) ku do të vendoset në dokumentacionin shëndetësor.
- Pa pëlqimin tim ose të përfaqësuesit tim ligjor ose të një personi të autorizuar prej meje, mund të merren vetëm shërbimet e kujdesit shëndetësor emergjent, sipas kushteve të përcaktuara me ligj.
- Gjatë trajtimit, personat që nuk janë punonjës të institucionit shëndetësor, dhe që janë të autorizuar nga institucioni shëndetësor për kryerjen e shërbimeve të caktuara shëndetësore, mund të ofrojnë ato shërbime tek unë (studentët, personat në edukim).

Dakord

☐

Nuk jam dakord

☐

Unë dua të vendos për pëlqimin në çdo rast individual

☐

Shtojca 12. Deklarata e refuzimit të shërbimeve shëndetësore

Nr. i historisë / protokollit: _____

Data e deklarimit: _____

Koha e deklarimit: _____

DEKLARATA E REFUZIMIT TË SHËRBIMEVETË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Të plotësohet nga infermieri		TË DHËNAT PERSONALE TË PACIENTIT	
Emri (emri prindit) dhe mbiemri	Vendi i lindjes	Adresa	Gjinia: M F
Nr. Personal	(Numri i sigurimit shëndetësor)		

Pacienti me aftësi të plotë juridike ka të drejtë të refuzojë të marrë informacion për shërbim të kujdesit shëndetësor (1) ose të marrë informacion dhe të marrë vendim (2). Përfaqësuesi ligjor vepron vetëm sipas pikës (2).

1. Jam informuar se mund të refuzoj të marr informacion gjithëpërfshirës, të saktë dhe në kohë në lidhje me sëmundjen time dhe metodën e trajtimit.

(Emri dhe mbiemri i mjekut specialist) (Nënshkrimi dhe faksimili i mjekut specialist)	Konfirmoj se kam refuzuar të marr të gjitha informacionet e mësipërme nga mjeku specialist përgjegjës dhe deklaroj se REFUZOJ procedurën e propozuar diagnostike/terapeutike me dëshirën time. (Nënshkrimi i pacientit)
--	--

Plotësohet nga mjeku specialist

Diagnoza:

Shërbimi i kujdesit shëndetësor i propozuar (kirurgji ose procedurë tjetër invazive, mjekim, rehabilitim, etj.):

Mundësia e një shërbimi të kujdesit shëndetësor alternativ: **PO** **JO**

Komenti:

Rreziqet që mund të ndodhin nga refuzimi:

4. PROCEDURA PËR PRANIMIN E PACIENTIT NË SPITAL

Qëllimi: i procedurës është të përcaktojë veprimin për pranimin e pacientëve në trajtimin spitalor, i cili mund të jetë i planifikuar dhe urgjent.

Pacienti referohet në spital kur gjendja e tij kërkon procedura intensive diagnostikuese dhe/ose terapeutike dhe kujdes shëndetësor, i cili nuk mund të kryhet në nivelin e kujdesit parësor shëndetësor ose në shtëpinë e pacientit.

Pacienti që është planifikuar të shtrohet në spital vjen në shërbimin/klinikën emergjente të spitalit me një referim për trajtim spitalor të lëshuar nga mjeku i mjekësisë familjare në kujdesin parësor shëndetësor.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Pranimi i planifikuar i pacientit	- Pacienti që është planifikuar të shtrohet në institucionet e KDTSh, vjen me një referim për trajtim spitalor të lëshuar nga mjeku familjar; - Para se të shtrohet në institucionet e KDTSh, pacienti i nënshtrohet analizave dhe ekzaminimeve të nevojshme në mënyrë ambulantore në shërbimin specialistik konsultativ; - Infermieri në pranim / triazhim të institucionet e KDTSh, merr nga pacienti dokumentacionin e mëposhtëm: - fletë udhëzimin (referimin) për trajtim spitalor; - dokument identifikimi (me fotografi që përcakton identitetin); - kartelën/librezën shëndetësore të vlefshme; - dokumentacionin shëndetësor të sjellë nga pacienti. - Pas kontrollit të identitetit dhe dokumentacionit të përmendur, pranimi i pacientit regjistrohet në libër protokolli dhe në Sistemin e Informimit Shëndetësor (SISh); - Pas regjistrimit në libër protokolli dhe SISh, infermieri plotëson dokumentacionin e mëposhtëm: - deklarata e pëlqimit të pacientit për shërbimin e kujdesit shëndetësor; - lista e temperaturës, terapeutike dhe dietike; - anamneza/historia mjekësore; - dokumentacioni infermieror. - Pacienti është i detyruar të nënshkruajë deklaratën e pëlqimit ose refuzimit të shërbimit të kujdesit shëndetësor të përcaktuar nga institucioni.

[II]	Përgatitja e pacientit për pranim në repart	Infermieri në pranim/triazhim përgatit pacientin për ekzaminim shëndetësor, matë parametrat vital dhe kryen matjet antropometrike të pacientit (përveç nëse institucioni ka përcaktuar ndryshe). 1. Pas ekzaminimit dhe pranimi të konfirmuar nga mjeku, pacienti i nënshtrohet trajtimit sanitar (higjienik) sipas protokollit të institucionit; 2. Pacienti, nëse dëshiron, dorëzon për ruajtje rroba, këpucë, bizhuteri dhe para së bashku me formularët e nënshkruar sipas procedurës për ruajtjen e sendeve në pronësi të pacientit; 3. Infermieri shoqëron pacientin në repart, duke e përkrahur dhe duke mbajtur gjërat personale nëse është e nevojshme; 4. Infermieri nuk duhet të shkojë prapa apo përballë pacientit; 5. Në repart, infermieri ia dorëzon pacientin infermierit përgjegjës të repartit me dokumentacionin shoqërues dhe përcjell të gjithë informacionin e nevojshëm; 6. Kryeinfermieri përgjegjës i repartit regjistron në dokumentacionin infermieror kohën e pranimi të pacientit në repart.
[III]	Pranimi urgjent / emergjent i pacientit	1. Pacienti në rrezik për jetën pranohet në shërbimin/klinikën e emergjencës, pa afat kohor dhe pavarësisht nëse ka referim apo jo. 2. Procesi i pranimi të pacientëve në shërbimin/klinikën e emergjencës zhvillohet sipas udhëzimeve të triazhit shëndetësor (trajtimi i pacientit kryhet sipas gjendjes së rrezikut jetësor, jo sipas kohës së mbërritjes në spital); 3. Pacientët në rrezik jete, nuk i nënshtrohen trajtimit sanitar; 4. Varësisht gjendjes shëndetësore, pacienti nuk është i detyruar të jepë pëlqimin me shkrim për shtrimin në shërbimin/klinikën e emergjencës (nëse gjendja shëndetësore stabilizohet, pëlqimi sigurohet më vonë); 5. Infermieri merr të dhëna nga pacienti (nëse është e mundur të vendoset kontakti me pacientin) ose nga shoqëruesi; 6. Nëse bëhet fjalë për pranim urgjent/emergjent të pacientit pa dokumente identifikimi dhe pa shoqërim, të dhënat personale plotësohen më vonë. 7. I shoqëruar nga një infermier, pacienti vendoset në dhomën e repartit të referuar.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Për pacientin pa ndjenja, infermieri vendos një byzylyk (shirit) identifikimi në krahun e pacientit.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron të gjitha procedurat në dokumentacionin ekzistues infermieror.

5. PROCEDURA PËR LËSHIMIN E PACIENTIT NGA SPITALI

Qëllimi: i procedurës është të përcaktojë veprimin e daljes së pacientit nga spitali, e cila mund të planifikohet, me kërkesë personale dhe në rast vdekjeje.

Dalja e pacientit nga spitali kushtëzohet nga niveli i shërimit të tij (1) dhe nevojat e tij për kujdes shëndetësor (2). Gjatë lëshimit të pacientit nga spitali duhet të respektohen të dy kriteret, gjë që parandalon rrezikimin e shëndetit dhe jetës së pacientit dhe ri-spitalizimin.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Lëshimi i planifikuar i pacientit	1. Pacienti informohet nga mjeku për lëshimin/daljen nga trajtimi spitalor të paktën 24 orë para daljes; 2. Nëse pacienti nuk është në gjendje të informojë familjen (fëmijë, i moshuar, pacient i palëvizshëm) për kohën e daljes nga spitali, kjo bëhet nga infermieri përgjegjës; 3. Nëse është e nevojshme transportimi i pacientit në shtëpi me autoambulancë, infermieri përgjegjës organizon transportin në bashkëpunim me familjen; 4. Pacienti dorëzon gjërat spitalore dhe personale në bazë të formularëve për pranim-dorëzim; 5. Infermieri përgatit dokumentacionin shëndetësor të pacientit, mbi bazën e të cilit mjeku shkruan fletë lëshimin në dy kopje (një kopje i jepet pacientit, një kopje vendoset në historinë e pacientit dhe arkivohet). 6. Pacienti/familja/kujdestari njoftohet për paraqitjen e tij te mjeku familjar sipas rekomandimit.
[II]	Lëshimi i pacientëve me kërkesë personale	1. Nëse pacienti kërkon ndërprerje të trajtimit spitalor, mjeku informon pacientin për mundësinë e pasojave nga ndërprerja e mjekimit dhe përgjegjësinë personale për ecurinë e mëtejshme të sëmundjes. 2. Nëse pavarësisht informimit, pacienti kërkon ende ndërprerjen e trajtimit, është e nevojshme që pacienti, përfaqësuesi ligjor ose kujdestari të nënshkruajë deklaratën për ndërprerjen e shërbimit shëndetësor (deklaratën e përcaktuar nga institucioni). 3. Në rast se pacienti refuzon të nënshkruajë deklaratën, mjeku përgjegjës dhe infermieri i repartit regjistrojnë refuzimin për të nënshkruar në historinë e pacientit dhe dokumentacionin infermieror. 4. Mjeku dhe infermieri evidentojnë në fletë lëshim dhe në dokumentacionin infermieror se shërbimi të kujdesit shëndetësor është ndërprerë me kërkesë personale të pacientit.

		5. Ndërprerja vullnetare nga shërbimi i kujdesit shëndetsor përbën një situatë incidenti dhe i nënshtrohet raportimit të detyrueshëm sipas procedurës për situatat e incidentit.
[III]	Lëshimi në rast vdekjeje	1. Në rastin e vdekjes së pacientit, nga infermieri përgjegjës plotësohet fletë vdekja (në katër kopje) sipas standardeve të Eurostatit dhe një kopje e fletë vdekjes i dorëzohet familjarit.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Nëse familjari/kujdestari refuzon të marrë përsipër pacientin, infermieri njofton punonjësën për punë sociale të institucionit, i cili kontakton qendrën për punë sociale.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron procedurat e kryera në dokumentacionin ekzistues infermieror.

6. PROCEDURA PËR TRANSFERIMIN E PACIENTIT BRENDË INSTITUCIONIT SHËNDETËSOR OSE NË NJË INSTITUCION TJETËR

Qëllimi: është të përcaktojë procedurën e transferimit dhe të ofrojë sigurinë dhe cilësinë e vazhdueshme të kujdesit shëndetësor gjatë përgatitjes dhe transferimit, në përputhje me gjendjen dhe nevojat e pacientit.

Transferimi i pacientit është një proces i koordinuar vendimmarrjeje dhe aktiviteteve që përfshin një ekip ekspertësh nga fusha të ndryshme, si dhe pacientin dhe familjen e tij.

Transferimi i pacientit, si pjesë e planit të tij të kujdesit shëndetësor, duhet të jetë individual dhe në koordinimin e aktiviteteve ndërmjet profesionistëve të tjerë.

Transferimi i pacientit planifikohet dhe rregullohet dhe në të marrin pjesë 1-2 infermierë dhe sipas nevojës edhe një mjek, gjë që varet nga gjendja e pacientit. Indikacioni për transferim vendoset nga mjeku përgjegjës ose ekipi i mjekëve, kurse përgatitja dhe transferimi i pacientit kryhet nga infermierët. Pacienti mund të transferohet brenda institucionit, ose në një institucion tjetër shëndetësor, në procedurë të rregullt ose urgjente.

Pasi të jetë zhvilluar plani, nevojitet koordinimi i aktiviteteve për të siguruar një transferim të qetë në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh. Infermieri duhet të marrë përgjegjësinë për koordinimin e planit dhe aktiviteteve të të gjithë personave lidhur me transferimin e pacientit, dhe t'u japë atyre informacionin dhe udhëzimet e nevojshme në lidhje me transferimin.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dokumentacionit	1. Historia mjekësore; 2. Flete lëshimi; 3. Formulari/lista e transferimit (njoftimi në rast transferimi/zhvendosjeje të pacientit – shtojca 10).
[II]	Përgatitja e materialit	1. Shtrati i pacientit gati; 2. Karrige lëvizëse (ulur/shtrirë); 3. Pajisje për monitorimin e parametrave vitalë; 4. Barna sipas udhëzimit të mjekut; 5. Sendet/gjërat personale të pacientit (sipas formularit të dorëzimit të sendeve); 6. Bombola oksigjeni (nëse është e nevojshme); 7. Autoambulancë (nëse është e nevojshme).
[III]	Procedura e transferimit të pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Informoni atë për arsyen dhe vendin e transferimit; 3. Përgatitni pacientin emocionalisht, mendërisht dhe fizikisht;

		4. Informoni familjen ose kujdestarin e pacientit për nevojën e transferimit; 5. Siguroni higjienën personale të pacientit; 6. Siguroni rrugën venoze të kalueshme; 7. Zbrazni përmbajtjen e kateterit urinar dhe përmbajtjen e drenazhit, me përjashtim të rasteve kur mjeku urdhëron vetëm futjen e sasisë së përmbajtjes, por jo zbrazjen e tyre; 8. Identifikojë dhe regjistrojë çdo problem që nuk është zgjidhur plotësisht; 9. Në rast të transferimit urgjent të pacientit në një shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh, mjeku mund të përshkruajë urdhra për terapi shtesë dhe diagnostikim; 10. Në atë rast, infermieri vepron sipas urdhrit të lëshuar; 11. T'i dorëzojë pacientin në shërbimin profesional / institucionin shëndetësor të KDTSh infermierit përgjegjës me dokumentacionin shëndetësor shoqërues. Në rastin e transferimit urgjent në një institucion tjetër, mjeku përgjegjës i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh, siguron një ekip profesionistësh shëndetësorë për të shoqëruar pacientin gjatë transportit.
[IV]	Masat e kujdesit	Respektoni kohën e planifikuar të transferimit; 1. Siguroni informacion për gjendjen e pacientit dhe nivelin e kujdesit shëndetësor për shërbimin profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh, ku është transferuar pacienti; 2. Siguroni cilësinë dhe vazhdimësinë e kujdesit shëndetësor në mënyrën më efektive; 3. Plotësoni formularin e transferimit në dy kopje (njëra mbetet në historikun e sëmundjes dhe tjetra shkon me dokumentacionin shëndetësor të transferimit të pacientit).
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron të gjitha procedurat dhe vëzhgimet gjatë transferimit të pacientit në dokumentacionin shëndetësor.

7. PROCEDURA NË RAST TË VDEKJES SË PACIENTIT

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj për veprimet e infermierëve në rast të vdekjes së pacientit në institucionin shëndetësor të KDTSh.

Vdekja është gjendja e organizmit pasi organet vitale, zemra dhe truri pushojnë së funksionuari. Mund të jetë e natyrshme ose e dhunshme, e njohur ose e panjohur. Vdekja natyrore ndodh pas dështimit të organeve vitale dhe vdekja e dhunshme është produkt i faktorëve të ndryshëm të jashtëm.

Shkaku dhe koha e vdekjes së personit të vdekur përcaktohet nga mjeku përgjegjës. Për vdekjen e pacientit, familja informohet vetëm nga mjeku përgjegjës që e ka konstatuar vdekjen.

Në rast të “vdekjes së dyshimtë” (vetëvrasje, vrasje apo vdekje tjetër për shkak të rrethanave të dyshimta), mjeku njofton Policinë e Kosovës. Po ashtu paralajmërohet personeli shëndetësor i pranishëm që të ketë kujdes se çdo manipulim me trupin e të ndjerit paraqet shkatërrim të mundshëm të provave dhe gjurmëve të vdekjes.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Procedurat pas konstatimit të vdekjes	- Sipas udhëzimit të mjekut: - regjistrimi EKG-në, - shënimi emrin, datën, vitin e lindjes dhe kohën e regjistrimit, e cila nënshkruhet nga mjeku. - Procedura kryhet nga të paktën dy infermierë, duke e trajtuar trupin në mënyrë dinjitoze dhe me respekt në përputhje me bindjet dhe nevojat mjekësore, epidemiologjike, kulturore dhe fetare.
[II]	Përgatitja e materialit	- Të dhënat e përgjithshme të të ndjerit (emri, emri i babait, mbiemri, data dhe viti i lindjes, ora dhe data e vdekjes, shërbimi profesional / institucioni shëndetësor i KDTSh); - Paravani; - Barela; - Maska mbrojtëse, doreza dhe veshje mbrojtëse (për një përdorim); - Gërshërë; - Peshqir letre; - Kompresa, flaster, fashë, rrjeta, shtupa pambuku të lagura; - Sapun i lëngshëm; - Legen; - Dezinfektues;

		11. Qese për mbetje infektive dhe kuti për mjete të mprehta; 12. Enë (shportë) për rroba të ndotura,
[III]	Largimi i trupit të personit të vdekur	Pas konstatimit të vdekjes: 1. Vendosni paravanin mbrojtës rreth shtratit të të ndjerit; 2. Vishni rrobat mbrojtëse dhe vendosni maskën mbrojtëse; 3. Lani duart dhe vendosni dorezat; 4. Ndaloni solucionet e infuzionit nëse i merrte personi i vdekur; 5. Mbyllni qepallat të ndjerit (nëse qepallat nuk mund të mbyllen plotësisht, vendosni shtupë pambuku të njomur me tretësirë fiziologjike në sy për disa minuta); 6. Hiqni protezën, mbylljani gojën, rregullojani mjekrën me një fashë; 7. Hiqni rrobat/pizhamet/këmishën e natës të ndjerit dhe i vendosni në shportën e rrobave të ndotura; 8. Hiqni drenat, kateterat, tubin nazogastrik, sistemin e infuzionit, kanulën i.v., etj. dhe hidhni ato në qesen për mbetjet infektive; 9. Mbuloni të gjitha llojet e plagëve të hapura (plagë operative, vendin e kanulës, stomë të freskët etj.), me garzë dhe flaster; 10. Pastro trupin e të ndjerit nëse është e nevojshme (sekrecionet dhe gjaku); 11. Shtrijeni të ndjerin në shpinë, me këmbët e shtrira dhe krahët të shtrirë në trup; 12. Krihni flokët e të ndjerit (nëse i ka); 13. Vendos shenjën e identifikimit të të ndjerit në gjymtyrën e poshtme; EMRI I TË VDEKURIT NR. RASTIT ARSHI GRINDA KOSHTËSIA FUSHA ELIPI VENDI I VDEKJES DATA E VDEKJES SHKAKU I VDEKJES MJEKU DIREKTORI KOMENTE Fig.1 – Shiriti identifikues i kufomës 14. I gjithë trupi i të ndjerit mbulohet me çarçaf; 15. Informoni morgun për kohën e vdekjes për të planifikuar marrjen e trupit;

		16. Listoni sendet personale dhe sendet me vlerë të të ndjerit në një formular në tre kopje dhe t'i vërtetojë ato me nënshkrim personal; 17. Vendosni trupin e të ndjerit në dhomë të dedikuar; 18. Përpunoni materialin e përdorur të të ndjerit; 19. Hiqni rrobat mbrojtëse, dorezat, maskën mbrojtëse dhe vendosni në qesen për mbetjet infektive; 20. Lani duart. Para se të transportohet në morg, i ndjeri qëndron në dhomën e dedikuar të shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh për të paktën dy orë. Pas dy orësh, infermieri thërret mjekun për ekzaminim dhe përcaktimin e shenjave të caktuara të vdekjes.
[IV]	Masat e kujdesit	1. I ndjeri nuk transportohet gjatë kohës së drekës dhe vizitave; 2. Në rast amputimi të gjymtyrëve të poshtme vendoseni kartën e identifikimit rreth kyçit të dorës; 3. Nëse i ndjeri kishte planifikuar me termin ndërhyrje diagnostikuese dhe terapeutike, anuloni ato.
[V]	Dokumentimi	Infermieri evidenton dhe regjistron në dokumentacionin shëndetësor: 1. Datën dhe orën e vdekjes; 2. Datën dhe orën e transportimit të trupit të të ndjerit; 3. Një kopje të formularit të plotësuar dhe të nënshkruar për sendet personale dhe sendet me vlerë; 4. EKG-në në dokumentacionin shëndetësor.

8. PROCEDURA PËR MBAJTJEN E SENDEVE NË PRONËSI TË PACIENTIT

Qëllimi: i kësaj procedure është të sigurojë në mënyrë të duhur, të sigurt dhe unike të mbajtjes së sendeve në pronësi të pacientit.

Sendet në pronësi të pacientit, duke përfshirë paratë dhe sendet e tjera me vlerë, duhet të kontrollohen sistematikisht për të minimizuar humbjen e tyre dhe për të siguruar që marrja e tyre të arrihet në mënyrë standarde. Aty ku është e mundur, të gjitha gjërat që nuk janë të nevojshme për pacientin, dhe veçanërisht gjërat me vlerë, duhet të dërgohen në shtëpi nga anëtar i familjes. Institucioni do të jetë përgjegjës vetëm për sendet e pacientit që janë dhënë për ruajtje.

Pasuria e pacientit klasifikohet në dy grupe:

1. Sendet me vlerë të pacientit - përfshin: para dhe çdo gjë që ka vlerë monetare (para, çeqe, karta bankare, karta krediti, valutë të huaj, çeqe udhëtimi, monedha ari, ora, syze, çeqe pensioni), dokumentet zyrtare personale (kartë identiteti, dokument udhëtimi - pasaportë, patentë shoferi, indeks studenti), aparate dëgjimi, certifikata kursimi, çelësa, celularë, laptop, etj.
2. Pasuria e pacientit - përfshin: rroba, këpucë, sende për higjienën personale dhe gjëra të tjera që nuk janë përmendur më sipër.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
I	Veprimi me gjërat e pacientit me vetëdije	1. Pas pranimit, pacienti të informohet se çfarë sendesh mund të mbajë në dhomë; 2. Të gjitha gjërat e tjera, veçanërisht ato me vlerë më të madhe (para, bizhuteri), të dërgohen në shtëpi. Nëse kjo nuk është e mundur, gjërat jepen për ruajtje në institucion; 3. Për pacientin e ardhur të pashoqëruar dhe që ka sende personale, pas përpunimit sanitar (shërbimi profesional / institucioni shëndetësor KDTSh) sendet personale të shënohen në "Formularin e sendeve personale të dorëzuara dhe sendeve për ruajtje në institucion" (Shtojca 13); 4. Formulari plotësohet në tre kopje, njëra i jepet pacientit, e dyta mbetet në depon qendrore (ose hapësirë tjetër e dedikuar) dhe e treta vendoset në artikujt e ruajtjes/historinë e pacientit; 5. Gjërat e dhëna për ruajtje në depon qendrore ose hapësirë tjetër të dedikuar i kthehen pacientit ose familjarit/shoqëruesit me një kopje të formularit.
II	Veprimi me gjërat e pacientit pa vetëdije	1. Që nga momenti kur pacienti pranohet në gjendje të pavetëdijshme, institucioni është përgjegjës për të gjitha sendet e tij; 2. Gjërat e pacientit duhet t'i dorëzohen anëtarit të familjes/personit shoqërues me nënshkrim të detyrueshëm në

		pranim (ose të vendosen për ruajtje në depon qendrore ose në një vend tjetër të caktuar); 3. Kur pranoni një pacient pa vetëdije, zhvishni rrobat e pacientit në prani të të paktën dy personave dhe listoni sendet me vlerë dhe të pasurisë së pacientit në formularin përkatës. Formulari nënshkruhet nga të paktën dy personat që ishin prezent gjatë veprimit; 4. Gardëroba pakëtohet në një çantë (qese) ku shënohet emri dhe mbiemri i pacientit, emri i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh në të cilën është pranuar dhe, nëse është e mundur, numri i dhomës së pacientit; 5. Çanta (qesja) me gardërobën e shënuar në këtë mënyrë dërgohet në depon qendrore ose në një zonë tjetër të dedikuar për ruajtje të sigurt; 6. Infermieri përgjegjës i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh ku është shtruar pacienti përpaketon të vendosë kontakte me familjen për të organizuar mbledhjen e sendeve personale të pacientit; 7. Gjatë grumbullimit, familja verifikon mbledhjen e sendeve personale me nënshkrimin e tyre; 8. Nëse pacienti është ende në gjendje të pavetëdijshme, kopja e tij e formularit qëndron në depon qendrore ose në një zonë tjetër të dedikuar, derisa të vihet kontakti me familjen ose pacienti të rifitojë vetëdijen.
[III]	Veprimi me gjërat me vlerë më të madhe	1. Gjërat me vlerë, si bizhuteri, para etj., pacienti nuk mund t'i mbajë në dhomë, domethënë nëse e bën këtë, institucioni nuk mban përgjegjësi për këto gjëra; 2. Pacienti duhet të informohet për këtë nga infermieri në pranim; 3. Përfundimisht, nëse pacienti nuk ka kujt t'i lërë sendet me vlerë për t'i ruajtur, i dorëzon ato në depon qendrore të shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh ose në një hapësirë tjetër të dedikuar; 4. Nëse pacienti dëshiron që sendet e tij personale dhe sendet me vlerë të besuara institucionit, ato mund të marrë një nga anëtarët e familjes, personi përgjegjës me një kopje të formularit i dorëzon ato. Personi përgjegjës kryen identifikimin e anëtarin e familjes (dokument identifikues me foto) që merr sendet. Me nënshkrimin e tij, personi që merr përsipër sendet vërteton marrjen e tyre; 5. Nëse pacienti nuk lejon asnjë nga familjarët të marrë sende personale dhe me vlerë, institucioni do të respektojë të drejtën e tij dhe dëshirën që vetëm ai të marrë gjërat e tij personale; 6. Gjatë dorëzimit të sendeve personale, formulari i sendeve me vlerë të dorëzuara dhe e parave të besuara për ruajtje në shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh

		(Shtojca 14) duhet të plotësohet në të njëjtën mënyrë si gjatë dorëzimit të sendeve personale; 7. Nëse tek pacienti pa vetëdije gjenden dokumente, para ose bizhuteri, infermieri në pranim i rendit ato në formular dhe i dorëzon në tre kopje në depon qendrore ose në një vend tjetër të caktuar. Formulari nënshkruhet nga të paktën dy persona gjatë pranimi. Me rastin e dorëzimit në depo qendrore ose në vendin tjetër të dedikuar, plotësohet formulari i dorëzimit të sendeve me vlerë dhe parave të besuara për ruajtje në institucion.
[IV]	Ruajtja e pasurisë në rast të vdekjes së pacientit	1. Në rast të vdekjes së pacientit, infermieri në prani të një infermieri ose mjeku tjetër, liston pasurinë e pacientit të vdekur që është gjetur në dhomën e tij; 2. Infermieri përgjegjës i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh kontakton familjen për të marrë sendet personale të të ndjerit.
[V]	Masat e kujdesit	1. Nëse familja nuk paraqitet për të marrë sendet personale të pacientit/të të vdekurit, infermieri i ruan gjërat në depo qendrore ose në një vend tjetër të caktuar.
[VI]	Dokumentimi	1. Të gjitha veprimet regjistrohen në dokumentacionin dhe formularët infermioror që janë pjesë përbërëse e procedurës.

Shtojca 13. Certifikata e sendeve/gjërave personale të dorëzuara për ruajtje në institucion

Emri dhe mbiemri i pacientit: _____ Numri i protokollit: _____

Telefoni i kontaktit: _____

Nr. ren.	Emri	Njësi mat.	Sasia	Nr. ren.	Emri	Njësi mat.	Sasia
1.	Këpucë - çizme			8.	Shkop		
2.	Pallto			9.	Bluzë		
3.	Pantallona			10.	Maicë		
4.	Fund - fustan			11.	Brekë		
5.	Veshje			12.	Çantë dore		
6.	Këmishë			13.	Rrip		
7.	Çorape			14.	Peshqir		

Gjërat tjera personale të grumbulluara të pacientit

Nr. ren.	Emri	Njësi mat.	Sasia	Nr. ren.	Emri	Njësi mat.	Sasia
1.				8.			
2.				9.			
3.				10.			
4.				11.			
5.				12.			
6.				13.			
7.				14.			

Nënshkrimi i pacientit: _____

Lista është bërë nga: _____

Personi përgjegjës për ruajtje: _____

1. _____

2. _____

Data _____

Artikujt e besuar për ruajtje lëshohen pas kthimit dhe paraqitjes së certifikatës origjinale

I mori përsipër të gjitha sendet e listuar

Data _____

Emri, mbiemri dhe nënshkrimi _____

Numri i dokumentit të identifikimit _____

Shtojca 14. Certifikata për sendet me vlerë dhe paratë e besuara për ruajtje në institucion

Emri dhe mbiemri i pacientit: _____ Nr. protokollit: _____
 Telefoni i kontaktit: _____

Nr. ren.	Subjekti	Sasia	Nr. ren.	Subjekti	Sasia
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

SPECIFIKIMI I BANKNOTAVE – PARAVE

Nr. ren.	Njësitë matëse/ copë.	Emërtimi	Totali
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Gjithsej:			

Nënshkrimi i pacientit:

Lista është bërë nga:

Personi përgjegjës për ruajtje:

1. _____

2. _____

Data _____

 Artikujt e besuar për ruajtje kthehen vetëm pas paraqitjes së certifikatës origjinale

I mori përsipër të gjitha sendet e listuar

Data _____

Emri, mbiemri dhe nënshkrimi_____
Numri i dokumentit të identifikimit

KAPITULLI III – KUJDESI SHËNDETËSOR I PËRGJITHSHËM DHE SPECIFIK

- | | |
|-----------|--|
| 9 | PROCEDURA PËR RUAJTJEN E HIGJENËS PERSONALE TË PACIENTIT TË PALËVIZSHËM |
| 10 | PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR PACIENTËT E PALËVIZSHËM ME INKONTINENCË |
| 11 | PROCEDURA PËR EDUKIMIN E PACIENTËVE ME DIABET DHE HIPERTENSION |
| 12 | PROCEDURA PËR TRAJTIMIN KLINIK TË SHPUTËS DIABETIKE |
| 13 | PROCEDURA E KËSHILLIMIT TË PACIENTIT PËR KUJDESIN NDAJ SHPUTËS DIABETIKE |
| 14 | PROCEDURA PËR EDUKIMIN E PACIENTIT, DEPISTIMIN DHE MENAXHIMIN E SËMUNDJEVE KRONIKE |
| 15 | PROCEDURA PËR PASTRIMIN E PLAGËS KIRURGJIKE |
| 16 | PROCEDURA E KUJDESIT PËR KOLOSTOMË |
| 17 | PROCEDURA PËR PËRGATITJEN, KUJDESIN DHE MIRËMBAJTJEN E KATETERIT VENOZ QENDROR |
| 18 | PROCEDURA PËR PËRGATITJEN E PACIENTIT PARA OPERACIONIT |
| 19 | PROCEDURA E KUJDESIT TË PACIENTIT PAS OPERACIONIT |
| 20 | PROCEDURA PËR TË USHQYERIT E PACIENTIT QË NUK MUND TË USHQEHET VET |
| 21 | PROCEDURA PËR TË USHQYERIT E PACIENTIT PËRMES TUBIT NAZOGASTRIK |
| 22 | PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR PACIENTIN PAS RINGJALLJES KARDIOPULMONARE |

9. PROCEDURA PËR RUAJTJEN E HIGJENËS PERSONALE TË PACIENTIT TË PALËVIZSHËM

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për të kryer higjienën e pacientit të palëvizshëm në mënyrë të sigurt dhe unike.

Ruajtja e higjienës personale është një aktivitet i përditshëm njerëzor. Ofrimi i kujdesit shëndetësor për pacientët, aftësia e të cilëve për t'u kujdesur për veten e tyre u reduktohet është detyrim profesional i infermierit.

Disa veprime për ruajtjen e higjienës së pacientit kryhen çdo ditë ose herë pas here. Kjo është baza e planit dhe ndarjes së kujdesit shëndetësor për pacientin e palëvizshëm.

Kujdesi ditor dhe i rastësishëm shëndetësor planifikohet dhe kryhet nga infermieri përgjegjës i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh.

Kujdesi ditor shëndetësor përfshin - larjen e duarve, të dhëmbëve, larja e pacientit deri në bel, larjen e organeve gjenitale.

Kujdesi shëndetësor i rastit përfshin - larjen e pacientit në shtrat dhe larjen e flokëve në shtrat.

Infermieri përgjegjës organizon herë pas here prerjen e flokëve dhe ruajtjen sipas nevojës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit dhe veprimet për larjen e duarve	1. Enë me ujë të vakët; 2. Mushama e papërshkueshme nga uji; 3. Legen; 4. Sapun i lëngshëm; 5. Peshqir letre; 6. Informoni pacientin për veprimin, 7. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur sipas gjendjes. 8. Vendosni mushamanë të papërshkueshme nën legen; 9. Vendoseni legenin brenda mundësive të pacientit (komodinë, shtrati i pacientit, në prehrin e pacientit); 10. Derdhni ujë mbi duart e pacientit mbi legen; 11. Ofroni pacientit sapunin e lëngshëm; 12. Pacienti lan dhe shpërlan duart; 13. Ofroni pacientit peshqirin; 14. Vendoseni pacientin në pozicion të rehatshëm; 15. Risistemoni materialin e përdorur.
[II]	Përgatitja e materialit dhe	Pacienti lan dhëmbët në mëngjes, pas ngrënies dhe para gjumit.

	veprimet për larjen e dhëmbëve	1. Furçë dhëmbësh; 2. Pastë dhëmbësh; 3. Gotë me ujë të vakët; 4. Enë veshkore; 5. Peshqir letre; 6. Informoni pacientin për veprimin, 7. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur sipas gjendjes; 8. Kontrolloni zgavrën e gojës, për të përcaktuar nëse ka ndryshime dhe nëse ka informoni mjekun; 9. Mbroni zonën nën zgavrën e gojës me peshqir letre; 10. Ofroni pacientit gotën me ujë të vakët; 11. Ofroni pacientit furçën me pastë dhëmbësh; 12. Spërkatni me pak ujë furçën me pastë; 13. Mbani enën veshkore nën mjekrën e pacientit; 14. Informoni pacientin që të lajë dhëmbët në të gjitha drejtimet; 15. Pas përfundimit të larjes, pacienti shpërlan zgavrën e gojës me ujë të vakët dhe e nxjerr përmbajtjen në enë veshkore; 16. Pacienti fshin gojën me peshqir letre; 17. Vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm; 18. Largoni materialin e përdorur nga dhoma e pacientit; 19. Nëse pacienti ka protezë dentare, ajo hiqet dhe lahet mbi enë veshkore.
[III]	Përgatitja e materialit dhe veprimet për larje deri në bel	1. Enë me ujë të ngrohtë; 2. Sapun; 3. Peshqir; 4. Kompresë; 5. Doreza; 6. Garzë / tupfer; 7. Legen; 8. Leckë e papërshkueshme; 9. Krem për kujdesin e lëkurës; 10. Informoni pacientin për veprimin; 11. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur sipas gjendjes; 12. Vendosni kompresë rreth qafës së pacientit; 13. Vendosni mbi të një leckë të papërshkueshme, një peshqir dhe një legen përpara pacientit;

		14. Vendos sapun në pëllëmbë të dorës së pacientit; 15. Spërkatni pak ujë mbi pëllëmbën me sapun mbi legen; 16. Pacienti lahet vetë; 17. Lani fytyrën, ballin, faqet, qafën (për të ruajtur strukturën dhe funksionin normal të lëkurës së fytyrës dhe për të parandaluar infeksionin, pacienti lahet çdo mëngjes dhe para se të flejë) dhe gjoksin, zonën nën sqetull dhe nën gjoks; 18. Lanë sapunin nga fytyra me ujë të pastër; 19. Thuaj pacientit të fryjë hundën; 20. Lanë duart vetë pacienti; 21. Ofroni pacientit peshqir për të tharë fytyrën dhe duart; 22. Ofroni krem për kujdesin e lëkurës; 23. Vishet pacienti; 24. Krehë flokët (nëse ka); 25. Risistemoni materialin e përdorur; 26. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur sipas gjendjes dhe mbuloni atë; Nëse pacienti nuk mund të kryej këto veprime, infermieri i kryen veprimet e lartë cekura.
[IV]	Përgatitja e materialit dhe veprimet për larjen e organeve gjenitale	Dhoma duhet të jetë e ndritshme, e ajrosur, e ngrohtë dhe me dritare të mbyllura. 1. Paravan; 2. Karroca lëvizëse e pajisur me: ○ enë me ujë të ngrohtë; ○ sapun të lëngshëm; ○ mushama e papërshkueshme për të mbrojtur shtratin; ○ celstof (letër/jastëk thithës); ○ pean; ○ garzë tupferi; ○ sfungjer i disponueshëm; ○ doreza njëpërdorimshme; ○ maskë; ○ rroba të pastra personale; ○ enë veshkore; 3. Karroca për rrobat e ndotura. 4. Informoni pacientin për kryerjen e veprimeve dhe kërkoni bashkëpunim;

		5. Largoni batanijen dhe pjesën e poshtme të pizhames, 6. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur (femrat: në shpinë me këmbë të përkulura dhe pak të shtrira në gjunjë; meshkujt: në shpinë me këmbët e shtrira).
[V]	Veprimet për larjen e zonës ano gjenital te gratë	1. Vendosni paravan rreth shtratit për të siguruar privatësinë e pacientit; 2. Vendosni maskën dhe dorezat njëpërdorimshme; 3. Vendosni leckë të papërshkueshme poshtë pacientit; 4. Vendosni enën e natës nën gluteus; 5. Lani zonën gjenitale dhe uretrës me ujë dhe sapun nga simfiza deri në anus, përmes pjesës me qime sipas parimit "një shtupë, një lëvizje"; 6. Ktheni pacientin anash dhe lani gluteusin me sfungjer, në lëvizje rrethore; 7. Lani anusin sipas parimit "një shtupë, një lëvizje"; 8. Largoni enën e natës dhe e vendosni në karrocë; 9. Thani mirë zonën ano gjenitale; 10. Vishni pjesën e poshtme të pizhamës; 11. Nëse është e nevojshme, ndërroni mbulesat e shtratit; 12. Vendosni rrobat në karrocën e dedikuar për të papastërta, 13. Vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm dhe mbulojeni; 14. Ajrosni dhomën dhe rregulloni materialin e përdorur; 15. Hiqni maskën dhe dorezat dhe lani duart. Nëse është e nevojshme, aplikoni një agjent mbrojtës (pudër, vaj, krem) për të ruajtur integritetin e lëkurës.
[VI]	Veprimet për larjen e zonës ano gjenitale te meshkujt	1. Vendosni paravan rreth shtratit për të siguruar privatësinë e pacientit; 2. Vendosni maskën dhe dorezat njëpërdorimshme; 3. Vendosni leckë të papërshkueshme poshtë pacientit; 4. Vendosni enën e natës nën gluteus; 5. Me një shtupë të lagur me ujë dhe sapun, lani penisin me lafshë të tërhequr poshtë, me lëvizje rrethore, duke respektuar parimin "një shtupë, një lëvizje"; 6. Ktheni pacientin anash dhe lani gluteusin me sfungjer, në lëvizje rrethore; 7. Lani anusin duke respektuar parimin "një topfer, një lëvizje"; 8. Largoni enën e natës dhe vendoseni në karrocë, 9. Thani mirë zonën ano gjenitale;

		10. Vishni pjesën e poshtme të pizhamës; 11. Nëse është e nevojshme, ndërroni mbulesat e shtratit; 12. Vendosni rrobat në karrocën e dedikuar për të papastërta; 13. Vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm dhe mbulojeni; 14. Ajrosni dhomën dhe rregulloni materialin e përdorur; 15. Hiqni maskën dhe dorezat dhe lani duart. Nëse është e nevojshme, aplikoni një agjent mbrojtës (pudër, vaj, krem) për të ruajtur integritetin e lëkurës.
[VII]	Përgatitja e materialit dhe pacientit për larjen e tij në shtrat	1. Karrocë e lëvizshme për material; 2. Maskë, doreza dhe përparëse mbrojtëse e papërshkueshme; 3. Paravan; 4. Enë me ujë të ngrohtë dhe legen; 5. Dy peshqir; 6. Sapun të lëngshëm ose shampo banje; 7. Sfungjer ose dorezë banje; 8. Tupfer garze; 9. Pean; 10. Enë nate; 11. Mushama e papërshkueshme për të mbrojtur shtratin; 12. Enë veshkore; 13. Çarçafë të pastër shtrati dhe rroba personale; 14. Karrocë për rroba të papastërta; 15. Karrigë.
[VIII]	Veprimet e larjes së pacientit në shtrat	Larja e pacientit në shtrat kryhet nga dy infermier (njëri e realizon larjen, tjetri ndihmon dhe përgatit materialet e nevojshme, dhomën e pacientit dhe pacientin). Dhoma duhet të jetë e ngrohtë, e ndritshme, e ajrosur dhe me dritare të mbyllura. 1. Informoni veprimet dhe kërkoni bashkëpunim; 2. Vendosni paravan rreth shtratit për të siguruar privatësinë e pacientit; 3. Vendosni karrigën afër/nën këmbëve të shtratit; 4. Vendosni maskën, dorezat dhe përparësen mbrojtëse; 5. Përgatisni shtratin, palosni batanijen në formë katrore dhe vendoseni mbi karrigë; 6. Gjithashtu vendosni jastëkun mbi karrigë;

7. Kthejeni pacientin nga njëra anë në anën tjetër dhe largoni çarçafin dhe mushamanë e papërshkueshëm;
8. Largoni të brendshmet personale, pjesën e sipërme të pizhamës dhe pjesën e poshtme e tërhiqeni deri te ijët;
9. Vendosni pacientin në pozicion të shtrirë;
10. Lagni një sfungjer ose një dorezë pambuku dhe vendosni mbi të sapun të lëngshëm ose shampo;
11. Pastro gjysmën e përparme të qafës me lëvizje gjysmë rrethorë nga e majta në të djathtë;
12. Nëse pacienti mund të ngrejë kokën, lani pjesën e pasme të qafës menjëherë ose më vonë kur të lani shpinën;
13. Pastroni kraharorin me lëvizje në formë të numrit 8;
14. Pastaj pastroni të dy sqetullat;
15. Shpërlani sfungjerin ose dorezën me ujë mbi lavaman dhe fshijini pjesët e lara;
16. Thani pjesët e lara me peshqir dhe mbuloni gjoksin me peshqir tjetër;
17. Pastro barkun me lëvizje të gjata tërthore, nga njëra anë në tjetrën;
18. Kushtoni vëmendje të veçantë larjes mekanike të rajonit të kërthizës;
19. Lani dhe thani pjesët e lara;
20. Lani duart nga dora në shpatull me lëvizje të gjata gjatësore ose rrethore;
21. Kushtoni vëmendje gishtave dhe zonave midis gishtërinjve;
22. Shpërlani dhe thani pjesët e lara me të njëjtat lëvizje;
23. Ktheni pacientin në anën e tij me krahët e kryqëzuar në gjoks ose të shtrirë poshtë trupit;
24. Ndërsa një infermier ndihmon pacientin në shpatullën dhe zonën e legenit, tjetri lan zonën nga gluteuset përgjatë shtyllës kurrizore deri në qafë, mbi skapulë, deri në pikën e fillimit me lëvizje të gjata;
25. Përsëritni të njëjtën procedurë në gjysmën tjetër të shpinës;
26. Shpërlani dhe thani zonën e larë;
27. Lani gluteuset me lëvizje rrethore, secilën anë veç e veç;
28. Shpërlani dhe thani zonën e larë;
29. Vendosni pacientin përsëri në shpinë, hiqni peshqirin dhe vishni pjesën e sipërme të pizhamës;
30. Hiqni pjesën e poshtme të pizhamës;

		31. Lan këmbët me lëvizje të gjata gjatësore ose rrethore; 32. Shpërlani dhe thani zonën e larë; 33. Para se të lani këmbët, kontrolloni gjendjen e lëkurës dhe thonjve; 34. Lani këmbët duke i fshirë ose duke i vendosur këmbët në një enë me ujë; 35. Kushtoni vëmendje zonës midis gishtërinjve; 36. Lani dhe thani këmbët; 37. Largoni çarçafin dhe mushamanë e papërshkueshme poshtë pacientit, 38. Vishni të brendshmet personale dhe pastaj pizhamet; 39. Nëse është e nevojshme, prisni thonjtë; 40. Ndërroni shtratin e pacientit; 41. Vendosni rrobat e papastërta në karrocën e rrobave të papastërta; 42. Kreh flokët fije pas fije për të shmangur shkuljen; 43. Rehatoni pacientin, mbulojeni dhe lëreni të pushojë; 44. Largoni materialin e përdorur; 45. Ruani rrobat personale të ndotura të pacientit në një qese PVC deri në asgjësimin përfundimtar; 46. Largoni dorezat, maskën dhe përparësen mbrojtëse; 47. Lani zonën ano gjenitale sipas veprimeve të përshkruar.
[IX]	Përgatitja e materialit për larjen e flokëve të pacientit	1. Karroca e lëvizshme për material; 2. Maskë, doreza dhe përparëse mbrojtëse e papërshkueshme; 3. Paravan; 4. Enë me ujë të ngrohtë; 5. Dy peshqirë; 6. Tre mushama të papërshkueshme të madhësive të ndryshme; 7. Shampo për larjen e flokëve; 8. Tupfera pambuku; 9. Dy peana; 10. Enë për ujë të papastër; 11. Enë veshkore; 12. Krehër; 13. Tharëse flokësh.

[X]	Veprimet për larjen e flokëve në shtratin e pacientit	Larja e flokëve në shtrat bëhet për pacientët e palëvizshëm. Ky veprim mund të kryhet në pozicion të shtrirë ose gjysmë ulur, në varësi të gjendjes së pacientit dhe kryhet nga dy infermier. Për këtë veprim përgatitet materiali i nevojshëm, dhoma e pacientit dhe pacienti. Dhoma duhet të jetë e ngrohtë, e ndritshme, e ajrosur dhe me dritare të mbyllura. 1. Largoni pjesën e sipërme të pizhamës së pacientit; 2. Tërhiqeni pacientin drejt skajit të sipërm të shtratit, pranë të cilit vendosen jastëkët; 3. Pacienti shtrihet në jastëk dhe në skajin e sipërm të shtratit; 4. Vendosni mushama të papërshkueshme mbi jastëk; 5. Vendosni një mushama tjetër të papërshkueshme nën shtrat dhe vendosni një enë për ujë të papastër mbi të; 6. Me dy kapëse fiksojmë mushamanë e tretë të papërshkueshme tek e para dhe majat i vendosim në enë për ujë të papastër duke e bërë kullues; 7. Mbyllni veshët me shtupë pambuku; 8. Njëri infermier hedh ujë në flokë, ndërsa tjetri shampo dhe fërkon mirë rrënjët e flokëve me mollëzat e gishtave; 9. Pas larjes, shpërlani mirë flokët, thani dhe krihni; 10. Mbështillni flokët me peshqir, lëreni pacientin të pushojë derisa ju largoni materialin e përdorur; 11. Thanë flokët me tharëse flokësh, vishni pacientin, vendoseni në pozicion të rehatshëm dhe mbulojeni. I njëjti veprim mund të kryhet duke e pozicionuar kokën e pacientit në buzë të dyshekut pa jastëk.
[XI]	Masat e kujdesit	1. Nuk rekomandohet përdorimi i pecetave higjienike përpara larjes mekanike sipas procedurës unike; 2. Gjatë kryerjes së procedurës së mirëmbajtjes së higjienës, është e nevojshme të kujdeset për sigurinë e pacientit dhe parandalimin e situatave të incidentit (parandalimi i rënies dhe vetëdëmtimit); 3. Në bashkëpunim me pacientin, sugjeroni zgjedhjen e llojit të shampunit/sapunit të lëngshëm me vlerë pH neutrale.
[XII]	Dokumentimi	1. Pas përfundimit, infermieri regjistron të gjitha veprimet në dokumentacionin shëndetësor.

10.PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR PACIENTËT E PA LËVIZSHËM ME INKONTINENCË

Qëllimi: i kësaj procedure është të standardizojë veprimin e vendosjes dhe ndërrimit të pelenave dhe pecetave higjienike për pacientë të papërmbytur në shtrat.

Inkontinenca është paaftësia për të kontrolluar urinimin dhe jashtëqitjen. Eliminimi i jashtëqitjes dhe urinës në pelenë ose pecetë higjienike është një veprim që siguron zbrazjen e zorrëve dhe fshikëzës së pacientëve që janë të palëvizshëm, të papërmbytur, në pozitë të shtrirë, të detyruar ose ulur në shtratin e pacientit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Vendosja e pelenave dhe pecetave higjienike	- Vendosja e pelenave dhe pecetave higjienike është veprim që mundëson mënyrën të përshtatshme dhe dinjitoze të eliminimit të jashtëqitjes dhe urinës, redukton në masën më të vogël të mundshme rrezikun e acarimit të lëkurës dhe shfaqjen e komplikimeve për shkak të qëndrimit të gjatë në shtrat. - Për të kryer këtë veprim, infermieri bën vlerësimin e pacientit: - vizitën e përgjithshme; - shkallën e lëvizshmërisë; - mundësitë për kujdesin e shëndetit mendor; - gjendjen e vetëdijes; - mundësinë e bashkëpunimit; - prezenca e dëmtimeve në pjesën gluteale të lëkurës; - dhimbje në ijët dhe pjesën lumbosakrale; - çrregullime dhe vështirësi gjatë defekimit dhe urinimit.
[II]	Materialet e nevojshme	- Paravan; - Karroçë; - Mushama e papërshkueshme nga uji; - Pelena me madhësi të përshtatshme; - Letër higjienike dhe peshqir letre; - Enë për larjen dhe largimin e papastërtive të lëkurës; - Ujë i pastër; - Sapun i lëngshëm; - Dezinfektues për duar; - Doreza një përdorimesh jo sterile; - Përparëse PVC (polivinil kloruret); - Qese për mbeturina.

[III]	Përgatitja e pacientit	1. Siguroni kushte të favorshme në dhomën e pacientit; 2. Siguroni privatësinë; 3. Identifikoni pacientin dhe prezantohuni; 4. Shpjegoni veprimin dhe lejoni pyetje; 5. Lani dhe dezinfektoni duart, duke përdorur doreza; 6. Vendosni një paravan; 7. Largoni batanijen e pacientit; 8. Uleni pjesën e sipërme të shtratit dhe vendoseni pacientin në shpinë në pozitë të shtrirë; 9. Mbrojeni shtratin duke vendosur mushama të padepërtueshme nga uji; 10. Kërkoni nga pacienti të bashkëpunojë, nëse është e mundur.
[IV]	Veprimet për heqjen e pelenës nëse pacienti e ka	1. Hiqni shiritin ngjitës dhe hapni pjesën e përparme të pelenës së përdorur; 2. Hiqni papastërtitë me një pelenë me një lëvizje, "nga përpara poshtë, nga lart poshtë"; 3. Kontrolloni gjendjen e lëkurës (rrash, skuqje, mavijosje); 4. Paloseni pelenën në mënyrë që gluteuset të jenë në pjesën e pastër të pelenës; 5. Hiqni papastërtitë duke e larë, thajeni zonën peri anale (me një peshqir letre); 6. Pacientit ja mbledhim njërën këmbë deri në gju dhe ja kalojmë mbi tjetrën, e cila është e shtrirë; 7. Kthejeni në krah anash dhe pastroni, lani dhe thani gluteuset; 8. Përsërisni të njëjtën procedurë me anën e kundërt; 9. Hiqni pelenën e ndotur dhe vendoseni në një qese ose në një shportë mbeturinash; 10. Pastroni regjionin peri anal sipas procedurës për ruajtjen e higjienës personale të pacientëve; 11. Hiqni mushamanë mbrojtëse; 12. Nëse është mushama njëpërdorimshme vendoseni në qese për mbeturina; 13. Nëse mushama është e shumë përdorimshme vendoset te rrobat e papastërta për ripërdorim; 14. Hidhni dorezat e përdorura, dezinfektoni duart dhe vishni doreza të pastra.

[V]	Vendosja e pelenës së re	1. Vendosni pelenën për së gjati në mënyrë që të ndjekë formën anatomike të trupit; 2. Vendosni pelenën nën shpinë në bel dhe nën anën e kundërt; 3. Vendosni pelenën midis këmbëve; 4. Kthejeni pacientin në shpinë; 5. Aplikoni krem hidratues në zonën e lëkurës së thatë dhe në zonën ku kocka është afër sipërfaqes për të parandaluar shfaqjen e dekubitit; 6. Shtrëngoni dhe rregulloni pelenën me shiritin ngjites ekzistues; 7. Ndihmoni pacientin të rehatohet; 8. Asgjësoni aksesoret dhe materialet e përdorura sipas rregullave të institucionit shëndetësor.
[VI]	Ndërrimi i pecetës higjienike	1. Pyesni pacientin nëse ai mund t'i përkulë gjunjët dhe t'i mbështesë në mënyrë të tensionuar, pastaj ngrini muskujt e tij; 2. Hiqni papastërtinë e trashë me pjesën e përparme të pecetës; 3. Kthejeni pacientin anash (njëra këmbë e zgjatur, tjetra e përkulur në gju); 4. Largoni papastërtinë nga gluteusi dhe anusi; 5. Hiqni pecetën dhe vendoseni në qesen PVC ose në shportë; 6. Lani dhe thani gluteset dhe rajonin peri anal sipas procedurës për ruajtjen e higjienës personale të pacientit të palëvizshëm; 7. Hiqni mushamanë mbrojtëse; 8. Nëse është mushama njëpërdorimshme vendoseni në qese për mbeturina; 9. Nëse mushama është e shumë përdorimshme vendoset te rrobat e papastërta për ripërdorim; 10. Ndërroni dorezat.
[VII]	Vendosja e pecetës së re higjienike	1. Vendosni pecetën për së gjati në mënyrë që të ndjekë formën anatomike të trupit; 2. Vendosni pjesën më të gjerë të pecetës nën shpinë deri në bel; 3. Kthejeni pacientin në shpinë, duke i kërkuar nëse është e mundur të përkulë gjunjët, për të ngritur gluteuset lartë;

		4. Aplikoni një krem hidratues në zonën gjenitale për të parandaluar plagët për të parandaluar shfaqjen e dekubitit; 5. Brekët në formë rrjeti i tërhiqni deri në bel; 6. Ndihmoni pacientin të ndihet rehatshëm; 7. Asgjësojë pajisjet dhe materialet e përdorura sipas rregullave të institucionit shëndetësor; 8. Hiqni dorezat dhe vendosini në qese PVC ose shportë; 9. Lani, dezinfektoni dhe thani duart.
[VIII]	Masat e kujdesit	1. Pelenat, pecetat dhe brekët në formë rrjeti duhet të jenë të madhësisë së duhur; 2. Nëse gjatë ekzaminimit vërehen ndryshime në lëkurë, dokumentoni dhe informoni infermierin përgjegjës; 3. Nëse pacienti nuk është në gjendje të bashkëpunojë, nevojiten dy infermierë për të kryer këtë procedurë.
[IX]	Dokumentimi	1. Evidentoni procedurën e kryer në dokumentacionin infermieror në dispozicion.

11.PROCEDURA E EDUKIMIT TE PACIENTIT ME DIABET DHE HIPERTENSION

Qëllimi: i procedurës është edukimi dhe këshillimi i pacientëve të hospitalizuar me diabet dhe hipertension (HTA), me qëllim që të minimizohen apo pengohen komplikimet akute dhe kronike përmes vendosjes së baraspeshës metabolike në organizëm dhe aftësimin e pacientit për punë dhe jetë të shëndoshë.

Edukimi për njerëzit me diabet dhe HTA është një element i rëndësishëm, sepse ndihmon të përmirësohet kualiteti i jetës dhe të pengohet avancimi i sëmundjes, duke i aftësuar ata për vet përcjellje dhe vet kujdes.

Roli i infermierit në parandalimin dhe menaxhimin e sëmundjeve kronike, (siç janë diabeti dhe hipertensioni) përmes edukimit lidhur me stilin e shëndoshë të jetës, është vendimtar.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN- HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës	1. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar, e pastër, pa kundërmim, pa zhurma, e ngrohtë, e venteluar dhe pa rrymim të fortë të ajrit; 2. Të sigurohen ujë dhe ulëse për të gjithë pjesëmarrësit.
[II]	Metodat e edukimit shëndetësor dhe këshillimi	1. Komunikimi; 2. Ligjërata, prezantimi dhe praktikimi; 3. Diskutimi interaktiv; 4. Demonstrimi (matja e TA, matja e sheqerit në gjak, dhënia e insulinës, etj.)
[III]	Përgatitja e materialit	1. Lista e pjesëmarrësve dhe i edukimit; 2. Broshura, fletëpalosje, foto; 3. Material të printuar; 4. TV, video (matje të TA, glikemisë, dhënie të insulinës) 5. Glukometër, llanceta (shpuese), testet për glikemi, kuti për mjete të mprehta; 6. Insulinë laps; 7. Aparat për matje të TA digjital apo aparat me manshetë dhe stetoskop.
[IV]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin apo pacientët; 2. Njoftoni pacientin dhe merrni leje lidhur me procedurën edukimit shëndetësor dhe i kërkonit të bashkëpunojë; 3. Të respektohen të drejtat e pacientit.

[V]	Informimi i pacientëve të hospitalizuar lidhur me sëmundjen e tyre	1. Identifikoni njohuritë, nevojat dhe problemet e pacientit prej momentit të shtrimit e deri te dalja nga spitali; 2. Diskutoni për llojin e simptomave të sëmundjes dhe për rëndësinë e shëndetit; 3. Informo pacientin për shenjat dhe shkaktarët e hipoglikemisë, hiperglikemisë dhe hipertensionit;
[VI]	Edukimi i pacientëve të hospitalizuar me diabet dhe HTA	1. Motivo pacientin për modifikimin e stilit të jetesës; 2. Eduko pacientin për kryerjen e aktiviteteve të rregullta fizike; 3. Eduko pacientin për konsumimin e ushqimit të shëndetshëm; 4. Eduko pacientin për ndërprerjen e duhan pirjes dhe evitimin e përdorimit të alkoolit; 5. Eduko pacientin për kujdes dhe higjienë të shpëtës; 6. Eduko pacientin për rëndësinë e marrjes së barnave; 7. Eduko pacientin për matje të sheqerit në gjak dhe TA; 8. Eduko pacientin për menaxhim të stresit.
[VII]	Dokumentimi	1. Pas përfundimit të aktiviteteve edukative, regjistroni në dokumentacionin ekzistues të institucionit në mënyrë digjitale apo manuale; 2. Regjistro temën e edukimit, datën dhe orën e kryerjes së edukimit në formularin ekzistues; 3. Regjistro llojin e mbajtjes së sesionit edukues/këshillues individual apo grupor; 4. Regjistroni në liste të gjitha të dhënat e marra nga edukimi si përmbajtja, metodat, materiali, minutat dhe regjistro rezultatet dhe problemet e vërejtura. 5. Përgatitni listën e pjesëmarrësve me emrin, mbiemrin dhe nënshkrimet e tyre, dhe nënshkrimin i infermierit që ka kryer edukimin.

Tabela 2. Edukimi dhe këshillimi i pacientëve me diabet dhe HTA

EDUKIMI DHE KËSHILLIMI I PACIENTËVE ME DIABET DHE HTA

AKTIVITETI FIZIK

- Bëni aktivitet fizik të paktën 30 minuta 5 ditë në javë
- Mundohuni të paktën 150 minuta brenda javës
- Shmang qëndrimin ulur për më shumë se 30 minuta pra sa më pak: TV, lift, kompjuter,
- Ushtrime aerobike, për forcën- e drejtpeshimit dhe e fleksibilitetit
- Ushtroni diçka çka ju jep kënaqësi, si: vallëzimi, noti, punë në kopsht, shopping, lojra,
- Jo ushtrime të sforcuara fizike
- Mbathni atlete dhe merrni ujë me vete dhe snack,
- Merrni librezën për diabetin sa herë që dilni jashtë shtëpisë,
- Në rast urgjence, njerëzit e dinë që ju keni diabet dhe mund t'ju ndihmojnë të merrni kujdesin e duhur mjekësor.

Me aplikacionin telefonik mund të gjurmosh numrin e hapave të bërë dhe sasinë e energjisë që harxhuar.

USHQYESHMERIA

- Hani ushqime të shëndetshme dhe menaxhoni peshën tuaj,
- Ushqimet me sheqer ose karbohidrate rrisin shumë sheqerin në gjak,
- Kufizoni kripën në më pak se 5 gram (një lugë të çajit) në ditë,
- Kufizoni ushqimin e përpunuar dhe të shpejtë,
- Sigurohuni të hani një vakt të ekuilibruar me fibra dhe proteina,
- Dieta duhet të përfshijë porcione të vogla me pak yndyrë, merrni 5 racione,
- Hani shumëllojshmëri ushqimesh si: drithëra, fruta e perime brenda ditës,
- Kufizoni mishin e yndyrshëm, yndyrën qumështore dhe vajin për gatim (më pak se tri lugë gjelle në ditë)
- Zëvendësoni vajin me prejardhje shtazore me atë të ullirit, sojës apo shafranit,
- Zëvendësoni mishin e kuq me atë të pulës (pa lëkurë) dhe me atë të peshkut.

DUHANPIRJA

- Inkurajoni të gjithë jo duhanpirësit të mos fillojnë duhanpirjen,
- Këshilloni bindshëm të gjithë duhanpirësit të ndërprejnë duhanpirjen dhe përkrahni ata në përpjekjet e tyre,
- Individët, të cilët përdorin forma tjera të duhanit, duhet këshilluar që t'i ndërprejnë ato,
- Punoni me pacientin për të gjetur një mënyrë për ta lënë duhanin.

ALKOOLI

- Të fuqizohet abstenimi ndaj alkoolit, pasi alkooli përmban sheqer,
- Nuk duhet të këshillohet fillimi i pirjes së alkoolit si arsyeshmëri për shkaqe shëndetësore,
- Këshilloni pacientët të mos përdorin alkool në situatat siç janë:
 - o Vozitja apo përdorimi i makinerisë,
 - o Shtatzënisë apo të ushqyerit me gjë,
 - o Përdorimi i barnave, të cilat ndër veprojnë me alkool,
 - o Gjendje shëndetësore, që përkeqësohen nga përdorimi i alkoolit,
- Diskutoni për vështirësitë në kontrollimin e pirjes së alkoolit.

KUJDESI DHE HIGJIENA PËR SHPUTËN

- Evitoni ecjen zbathur ose pa çorapë.
- Mbathni çorapë prej leshi apo prej pambuku, jo të shtrënguara dhe jo prej najloni,
- Pastroni shputat në ujë të vakët dhe thani mirë, veçanërisht ndërmjet gishtërinjve,
- Mos i preni kallot dhe lythat dhe mos aplikoni agjent kimikë mbi to,
- Në shputat tuaja çdo ditë, nëse shihni ndonjë problem ose plagë, vizitoni profesionistin shëndetësor,
- Mbathni këpuca prej lëkure apo atlete anatomike dhe ortopedike,
- Këpucët të blihen pasdite dhe një numër më të madhe,
- Pas aktivitetit fizik, kontrollo shputat për skuqje apo ndryshime tjera.

BARNAT

- Mësoni se si ta përdor atë në shtëpi,
- Informoni pacientin në lidhje me arsyen për përshkrimin e barit,
- Tregoni pacientit dozën dhe rrugën e administrimit – oral apo sc,
- Sqaroni kohën e duhur dhe sa herë në ditë duhet marrë bari,
- Sqaroni se barnat orale (tabletat) pihen vetëm me ujë,
- Sigurohuni që pacienti e ka të qartë para largimit nga qendra shëndetësore,
- Sqaroni rëndësinë e furnizimit dhe ruajtjes adekuate të barnave,
- Informo për marrjen e rregullt të barnave, sipas udhëzimit, edhe nëse nuk ka simptoma,
- Informo se barnat nuk duhet të ndërpriten pa rekomandim të mjekut,
- Monitoroni nëse baranat e diabetit që po merrni kanë rrezik të shkaktojnë hipoglikemi apo ndryshime në TA.

Nëse i bëni këto ndryshime ulni rrezikun e sëmundjeve tjera dhe përmirësoni rezultatet shëndetësore.

Shtojca 16. Vlerësimi i pacientët me diabet dhe HTA

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR
(Klinika / Spitali i Përgjithshëm)

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI

Emri (emri i babës) dhe mbiemri i pacientit:

Data e lindjes:

Gjinia: M ☐ F ☐

Data e fundit e pranimit: Hospitalizimet: 1 herë ☐ 2 herë ☐ më shumë ☐
Gjendja familjare: i/e martuar ☐ i/e pamartuar ☐ i/e ve ☐
Gjendja ekonomike: e mirë ☐ e mesme ☐ e dobët ☐

Historia: Diabeti është sëmundje e përhershme: po ☐ jo ☐ Diabeti x _____ numri i viteve.

Lloji i diabetit: tipi 1 ☐ tipi 2 ☐ të tjerë/gestacional ☐

Mjekimi: dietë ☐ barna orale ☐ insulinë ☐ nëse po me cilin lloj: levemir ☐ rapid ☐ mixtard ☐ tjetër _____

Insulinën e merrni: vetë ☐ nga familjarët ☐ të tjerë ☐

I merrni barnat rregullisht: po ☐ jo ☐

A keni probleme me vlera të sheqerit në gjak: hiperglikemi ☐ hypoglikemi ☐

A e kontrolloni glukozën në shtëpi? P o ☐ Jo ☐ Nëse po, vlera e zakonshme është: _____

A e kontrolloni TA në shtëpi? P o ☐ Jo ☐ Nëse po, vlera e zakonshme është: _____

Frekuenca e kontrollës së glukozës: ☐ Një herë në ditë (mëngjes/drekë/darkë) ☐ Dy herë në ditë. ☐ Më shumë se dy herë në ditë.

Nga kush kontrollohet glukozja? Vetë ☐ Nga familjarët ☐ Të tjerë ☐

Frekuenca e kontrollës së TA: ☐ Një herë në ditë (mëngjes/drekë/darkë) ☐ Dy herë në ditë. ☐ Më shumë se dy herë në ditë.

Nga kush kontrollohet TA? Vetë ☐ Nga familjarët ☐ Të tjerë ☐

Përbujja me sëmundjen: i/e pavarur ☐ i/e kufizuar ☐ i/e vanur ☐ asistencë nga kush: familjarët ☐ kujdestari ☐

Problemet dhe Stili i jetës

A keni problem me gjumë?	Po	Jo	A keni syze apo thjerrëza?	Po	Jo	A pini duhan?	Po	Jo
A keni problem me lëvizshmëri?			A keni protezë dentare?			A pini alkool?		
A keni problem me higjienë?			A keni aparat dëgjimi?			A merrni substanca tjera?		
A keni problem me urinim?			A keni mjete ndihmës për ecje?			A bëni aktivitete fizik?		
A keni problem me me defekim?			A keni protezë në këmbë?			Sa herë ushqeheni (5 herë) në ditë?		

A keni probleme me këmbët? Po ☐ Jo ☐

	Po	Jo
Mpirje?		
Dhimbje?		
Ulçera?		
Kallo?		
Thonjët e trashë të këmbës?		
Kërpudhat?		
Thatësi e lëkurës?		

Emri dhe mbiemri i infermierit:

Nënshkrimi:

12.PROCEDURA PËR TRAJTIMIN KLINIK TË SHPUTËS DIABETIKE

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i trajtimit klinik të shputës diabetike në ambientet e kujdesit dytësor shëndetësor. Kjo procedurë synon të parandalojë komplikacionet, të nxisë shërimin dhe të përmirësojë cilësinë e jetës për pacientët me ulçera ose infeksione të shputës diabetike.

Sipas përkufizimit të OBSH-së, shputa diabetike është këmba e pacientit diabetik, integriteti funksional i të cilit është i dëmtuar për shkak të infeksionit, dëmtimit të indeve, të nervave, si dhe enëve të gjakut. Vlerësimi i rrezikut së shputës diabetike në institucionin shëndetësor kryhet nga ekipi multidisciplinar mjekësor.

Procedura përshkruan përgjegjësitë e profesionistëve shëndetësorë, përgatitjet e nevojshme dhe ndërhyrjet klinike hap pas hapi. Zbatohet për të gjithë profesionistët shëndetësorë të përfshirë në menaxhimin dhe trajtimin e shputës diabetike në ambientet e kujdesit dytësor shëndetësor, duke përfshirë por pa u kufizuar në mjekët, infermierët dhe podiatrët. Përgjegjësitë e profesionistëve shëndetësor:

- Mjekët - diagnostikojnë, zhvillojnë plane trajtimi, përshkruajnë ilaçe dhe mbikëqyrin kujdesin e përgjithshëm për shputën diabetike;
- Infermierët - kryejnë kujdesin e plagëve, monitorojnë gjendjen e pacientit dhe edukojnë pacientët për kujdesin e shputës;
- Podiatrët - sigurojnë kujdes të specializuar, duke përfshirë debridimin (*heqja e indeve të dëmtuara ose objekteve të huaja nga plaga*) dhe strategjitë e shkarkimit të presionit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Historia / Faktorët e rrezikut	1. Kohëzgjatja e diabetit (që nga momenti kur pacienti ka sëmundjen); 2. Vlera tremujore e sheqerit në gjak (HbA1C); 3. Komplikime kardiovaskulare, renale dhe të syve; 4. Sëmundje të tjera shoqëruese; 5. Stili i jetesës (pirja e duhanit, alkooli, obeziteti); 6. Barnat që përdor pacienti (lloji, mënyra e administrimit); 7. Alergjitë, iritimi i lëkurës, etj.; 8. Historitë e mëparshme të ulcerave në këmbë; 9. Njohuri, aftësi dhe vullnet për vetë kujdes.
[II]	Përgatitja e hapësirës/ ambientit, materialit dhe pacientit	Përgatitja e hapësirës/ambientit: 1. Sigurimi i mjedisit të pastër - kontrolloni / dezinfektoni të gjitha sipërfaqet dhe pajisjet që do të përdoren gjatë procedurës;

		2. Rregullimi i ndriçimit - ndriçimi duhet të jetë i fortë dhe i drejtuar mirë për të siguruar një pamje të qartë të shputës dhe plagës; 3. Organizimi i pajisjeve: vendosni të gjitha mjetet dhe materialet në një mënyrë të tillë që ato të jenë lehtësisht të arritshme gjatë procedurës. Përgatitja e materialit: 4. Doreza sterile; 5. Kompresë ose mushama sterile; 6. Gaze sterile; 7. Skalper apo kiretë; 8. Fashë; 9. Enë veshkore; 10. Instrumente ose pinceta sterile; 11. Tretësirë fiziologjike 12. Tretësirë antiseptike; 13. Xhel hidratues (njomësues); 14. Aljinatë (njomësues); 15. Fasha me shkumë (njomësues); 16. Ortotika të personalizuar. Përgatitja e pacientit: 17. Marrja e pëlqimit të informuar - sigurohuni që pacienti të ketë kuptuar plotësisht procedurën dhe të ketë dhënë pëlqimin e tij/saj të informuar; 18. Pozicionimi i pacientit - poziciononi pacientin në mënyrë të rehatshme dhe të qetë për të siguruar qasje të lehtë në shputën e prekur; 19. Përgatitja psikike e pacientit - sigurohuni që pacienti të jetë i relaksuar dhe të kuptojë procedurën. Ofroni mbështetje dhe siguri për të reduktuar ankthin dhe për të rritur bashkëpunimin gjatë trajtimit. Diskutoni gjithashtu rëndësinë e ndjekjes së udhëzimeve pas procedurës.
[III]	Ekzaminimi i këmbës/ve	Ekzaminimi përfshin të dy shputat (inspektimin vizual; palpimin; vlerësimin e ndjeshmërisë dhe vlerësimin e qarkullimit). Inspektimi vizual: 1. Ekzaminoni shputën duke filluar nga gishtat e këmbës drejt thembres, përfshirë zonën midis gishtërinjve; 2. Ekzaminoni lëkurën për prani të lëndimit, kallo, fisura, plagë, ulcera si dhe dukuri të tjera të pazakonta; 3. Kërkoni për lëkurë të hollë, të butë, me shkëlqim (vende rreziku për formimin e ulcerave);

4. Ekzaminoni thonjtë (trashja e thonjve, thonjtë e rrënjësuar, gjatësia e thonjve dhe prania e infeksioneve mykotike);
5. Inspektoni çorapet;
6. Inspektoni këpucët (për materialin, praninë e objekteve të huaja, kallëpit dhe madhësinë e papërshtatshme);

Palpimi:

7. Palpimi i pulsit në arteriet dorsalis pedis dhe tibialis posterior (figura 2);
8. Prekni/ndjeni këmbët (këmbë të ngrohta/të ftohta dhe/ose të thata/të lagura) – zakonisht janë të thata dhe të ngrohta;
9. Mbushja kapilare e gishtit të madh të këmbës (pas shtypjes së thoit, mbushja është normale në më pak se 2 sekonda);
10. Nëse nuk ndjehet pulsi gjatë vlerësimit, informoni mjekun për vlerësim të mëtejshëm.

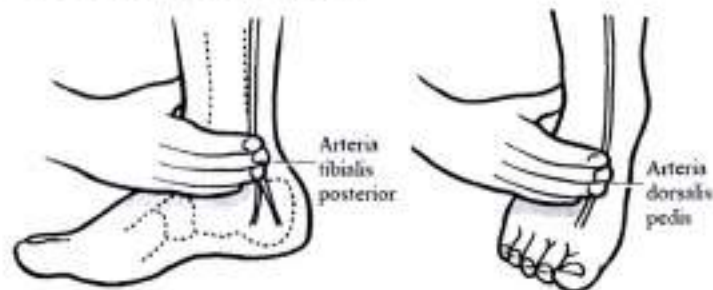


Figura 2. Palpimi i pulsit

Testi i ndjeshmërisë sipërfaqësore me gjilpërë monofilament silikoni:

11. Ky test vlerëson reagimin e lëkurës së shputës, pas prekjes së saj me gjilpërë monofilamenti silikoni 10 G;
12. Sqaroni pacientit se monofilamenti se nuk shkakton lëndim;
13. Kërkoni pacientit të ngrejë kokën me sy të mbyllur;
14. Udhëzoni pacientin të thotë "po" kur ndjen prekje të monofilamentit në këmbë (asnjëherë mos e pyet pacientin "A po e ndjen këtë?");
15. Testoni pikat sipas metodës Semmens - Weinstein (Figura 3);
16. Mbajeni monofilamentin vertikalisht në lëkurë (këndi 90°);
17. Përpikuni që veprimi të bëhet për 3 sekonda: vendosni fundin e monofilamentit në pikë, shtyjeni deri në fillimin e përkuljes së lehtë të gjilpërës së silikonit dhe hiqni monofilamentin nga lëkura;
18. Përsëritni të njëjtën gjë në vendin tjetër të testimit;
19. Nëse monofilamenti rrëshqet aksidentalisht nga lëkura, provojeni sërish zonën;

20. Përdorni monofilament në sekuençë të rastësishme, dhe jo në rrjedhë logjike;
21. Nëse pacienti nuk thotë "po" kur preket vendi i testuar, vazhdoni testimin në vendin tjetër;
22. Kur të ketë mbaruar testimi, kthehuni në vendet ku pacienti nuk e ka ndjerë monofilamentin;
23. Mos përdorni monofilament në plagë, zona nekrotike ose kallo;
24. Vlerësoni secilën shputë veç e veç [regjistroni numrin e përgjigjeve negative për shputë (0–10)];
25. Përgjigjet negative > 5 = neuropati periferike.



Figura 3. Vendet e provës Semmens – Weinstein

Piruni akustik:

26. Ekzaminimi i ndjeshmërisë së thellë bëhet me pirun akustik (ndjesi ndaj dridhjes);
27. Për testimin e ndjeshmërisë së thellë, piruni akustik (ekskluzivisht 128 Hz) përdoret në 5 vende duke përdorur teknikën +/- (figura 4 dhe 5);
28. Përgjigjet negative > 5 = neuropati periferike;
29. Përgjigjet negative < 2 = nuk ka neuropati periferike;
30. Komenti i ndjeshmërisë së dridhjeve:
 - "0" – i fikur;
 - +/- i dobësuar;
 - 1 – i rregullt



Figura 4. Piruni akustik



Figura 5. Pikat testuese

(gishti i madh; koka e kockës së parë dhe të pestë metatarsale, malleolus medial dhe lateral)

		Kryerja e saktë e testit: 31. Tregoni pacientit pirunin akustik. Vendoseni pjesën e poshtme të ngushtë të pirunit në dorën ose krahun e pacientit dhe demonstroi se si piruni dridh; 32. Kërkoni pacientit të ngrejë kokën me sy të mbyllur; 33. Udhëzoni pacientin të thotë "po" kur ndjen dridhjen në shputë; 34. Merrni pirunin akustik nga pjesa e poshtme e ngushtë me dy gishta (gishti i madh dhe gishti tregues) i dorës dominuese, në mënyrë që gishtat e tjerë të mos prekin krahët e pirunit gjatë gjithë veprimit (duke prekur krahët, dridhja ndalon); 35. Me dy gishtat e dorës tjetër filloni dridhjen e krahëve të pirunit me një lëvizje të shpejtë; 36. Vendoseni pjesën e poshtme të ngushtë të pirunit në pikën që do të ekzaminohet (Figura 5); 37. Mbani pirunin në secilën pikë për 1–3 sekonda; 38. Për çdo pikë filloni sërish dridhjen.																																																
[IV]	Vlerësimi i rrezikut për ulcera te pacientët me diabet	Tabela 3. Vlerësimi i rrezikut për ulcera te pacientët me diabet <table><tr><th colspan="3">Këmba e djathtë</th><th colspan="3">Këmba e majtë</th></tr><tr><th>Vlerësimi i rrezikut</th><th>PO</th><th>JO</th><th>Vlerësimi i rrezikut</th><th>PO</th><th>JO</th></tr><tr><td>Trashje e lëkurës</td><td></td><td></td><td>Trashje e lëkurës</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Ndjeshmëria e shqetësuar</td><td></td><td></td><td>Ndjeshmëria e shqetësuar</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Mungesa e pulsimeve</td><td></td><td></td><td>Mungesa e pulsimeve</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Deformimi i këmbës</td><td></td><td></td><td>Deformimi i këmbës</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Historia e ulcerës në këmbë</td><td></td><td></td><td>Historia e ulcerës në këmbë</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Amputimi i mëparshëm</td><td></td><td></td><td>Amputimi i mëparshëm</td><td></td><td></td></tr></table> Referencë: ▪ Të gjitha përgjigjet JO = rrezik i ulët, ▪ 1 përgjigje PO = rrezik mesatar, ▪ > 1 përgjigje PO = rrezik i lartë Pas vlerësimit, këshilloni pacientin për kujdesin e shputës dhe nëse ka rrezik të lartë, njoftoni mjekun përgjegjës të pacientit.	Këmba e djathtë			Këmba e majtë			Vlerësimi i rrezikut	PO	JO	Vlerësimi i rrezikut	PO	JO	Trashje e lëkurës			Trashje e lëkurës			Ndjeshmëria e shqetësuar			Ndjeshmëria e shqetësuar			Mungesa e pulsimeve			Mungesa e pulsimeve			Deformimi i këmbës			Deformimi i këmbës			Historia e ulcerës në këmbë			Historia e ulcerës në këmbë			Amputimi i mëparshëm			Amputimi i mëparshëm		
Këmba e djathtë			Këmba e majtë																																															
Vlerësimi i rrezikut	PO	JO	Vlerësimi i rrezikut	PO	JO																																													
Trashje e lëkurës			Trashje e lëkurës																																															
Ndjeshmëria e shqetësuar			Ndjeshmëria e shqetësuar																																															
Mungesa e pulsimeve			Mungesa e pulsimeve																																															
Deformimi i këmbës			Deformimi i këmbës																																															
Historia e ulcerës në këmbë			Historia e ulcerës në këmbë																																															
Amputimi i mëparshëm			Amputimi i mëparshëm																																															
[V]	Procedura e pastrimit	1. Lani duart në prani të pacientit; 2. Vendosni dorezat sterile; 3. Largoni fashën parapake; 4. Hiqni fashën e vjetër me kujdes; 5. Kontrolloni dhe krahasoni gjendjen e plagës; 6. Vlerësoni plagën për madhësi, thellësi dhe praninë e infeksioneve ose indit nekrotik;																																																

		7. Krahasoni gjendjen aktuale të plagës me dokumentimin e mëparshëm; 8. Pastroni plagën me tretësira fiziologjike; 9. Aplikoni një tretësirë antiseptike për të ulur rrezikun e infeksionit; 10. Aplikoni një xhel hidratues ose produkt tjetër për njomjen e plagës nëse është e nevojshme; 11. Vendosni një fashë të re që është e përshtatshme për llojin e plagës dhe nevojat e saj për mbrojtje dhe mbajtje të lagështisë; 12. Informoni pacientin për rëndësinë e mirëmbajtjes së plagës dhe ndjekjen e vizitave të përsëritura.
[VI]	Menaxhimi i infeksionit	1. Përdorimi i antibiotikëve - nëse ka shenja infeksioni, filloni trajtimin me antibiotikë sipas protokolleve dhe rregulloni trajtimin bazuar në rezultatet e kulturave bakteriale (mjeku); 2. Edukimi i pacientit - edukoni pacientin për rëndësinë e përfundimit të përdorimit të antibiotikëve dhe për monitorimin e shenjave të infeksionit.
[VII]	Shkarkimi i presionit	1. Përdorni ortotika ose këpucë terapeutike për të zvogëluar presionin mbi zonën e plagës; 2. Sigurohuni që pajisjet e përdorura të jenë të përshtatshme dhe të rregulluara mirë.
[VIII]	Masat e kujdesit	1. Monitorimi i progresit – planifikoni vizita të rregullta për të monitoruar përparimin e plagës; 2. Rivlerësimi i sheqerit në gjak - kontrolloni nivelet e sheqerit në gjak të pacientit, pasi hiperglikemia mund të ndalojë shërimin e plagës; 3. Edukimi i pacientit - edukoni pacientin për kujdesin e vazhdueshëm të shputës dhe për monitorimin e simptomave të mundshme të komplikacioneve. 4. Kontrolloni cilësinë e materialeve - verifikoni që çdo material të jetë brenda afatit të skadimit dhe i ruajtur në kushte sterile për të parandaluar infeksionet.
[IX]	Dokumentimi	Infermieri i regjistron në dokumentacionin ekzistues të institucionit shëndetësor: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Datën dhe orën e trajtimit; 3. Aktivitetet e realizuara të regjistrohen në formularin “Tabela e vlerësimit të gjendjes së shputë diabetike dhe e dokumentimit” (shtojca 17, 18 dhe 19) dhe në

		dokumentacionin tjetër shëndetësor të institucionit nëse kërkohet; 4. Raportoni çdo ngjarje të padëshiruar apo komplikacion tek mjeku përgjegjës. 5. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer procedurën.
--	--	---

Shtojca 17. Shkalla Wagner

Shkalla Wagner

					
Nota 0 Këmba në rrezik	Nota 1 Ulçera sipërfaqësore	Nota 2 Ulçera të thella (pa osteomieliti / absces / sepsë të kyçeve)	Nota 3 Ulçera të thella (me osteomieliti / absces / sepsë të kyçeve)	Nota 4 Gangrenë e kufizuar	Nota 5 Gangrenë e gjerë
Kaluse të trasha, deformime kockore, gishta me kthetra ose koka metatarsiane të theksuara.	Shkatërrimi i plotë i trashësisë së lëkurës, me trashësi të pjesshme ose të plotë, pa përfshirë indin nënlëkuror.	Depërton nëpër lëkurë, duke përfshirë shtresa më të thella: indi nënlëkuror, ligamentet, tendinat ose kapsulat e kyçeve, pa prani të osteomielitit, abscesit ose sepsës së kyçeve.	Depërton nëpër lëkurë, duke përfshirë shtresa më të thella: indi nënlëkuror, ligamentet, tendinat ose kapsulat e kyçeve, me prani të osteomielitit, abscesit ose sepsës së kyçeve.	Nekroza e kufizuar e shputës së përparme ose thembës.	Nekroza e gjithë këmbës

Shtojca 18. Tabela e vlerësimit të gjendjes së shputë diabetike dhe e dokumentimit

Fusha	Përshkrimi										
Data dhe ora:	___/___/___, ___:___										
ID e pacientit:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Vendndodhja e plagës:											
Lloji i plagës:	Ulcerë, plagë kirurgjikale, trauma, _____.										
Madhësia e plagës (cm):	Gjatësia: _____ cm, Gjerësia: _____ cm, Thellësia: _____ cm,										
Statusi i plagës:	E pastër ☐ Ind nekrotik i pranishëm ☐ Shenja të infeksionit ☐										
Sasia e eksudatit:	Pa eksudat ☐ minimale ☐ e moderuar ☐ e rëndë ☐										
Lloji i eksudatit:	Seroz ☐ Purulent ☐ Sanguin ☐										
Njomësuesi i përdorur:	<table border="1"> <tr> <td>Xhel hidrogeli</td><td></td></tr> <tr> <td>Alginat</td><td></td></tr> <tr> <td>Fashë me shkumë</td><td></td></tr> <tr> <td>Hidrokolloid</td><td></td></tr> <tr> <td>Pa njomësues</td><td></td></tr> </table>	Xhel hidrogeli		Alginat		Fashë me shkumë		Hidrokolloid		Pa njomësues	
Xhel hidrogeli											
Alginat											
Fashë me shkumë											
Hidrokolloid											
Pa njomësues											
Fasha e aplikuar:	Fashë e thjeshtë ☐ Fashë me shkumë ☐ Fashë hidrokolloide ☐										
Përgjigja e pacientit:	Pa shqetësime ☐ Shqetësime të lehta ☐ Dhimbje të rëndë ☐										
Udhëzimet për ndjekje:	Mbajtja e plagës së pastër, ndërrimi i fashës çdo ditë, raportimi i çdo shenje të infeksionit, _____.										
Data e takimit të ardhshëm:	___/___/___,										
Shënime:											

Shtojca 19. Tabela për klasifikimin e rrezikut të shputës diabetike

Niveli i Rrezikut	Kriteret	Veprimet
Rrezik i ulët	- Pa neuropati periferike - Pa sëmundje arteriale periferike (PAD) - Pa histori ulcerash të shputës ose amputime	- Ekzaminim i shputës një herë në vit - Edukimi i pacientit mbi kujdesin për shputën
Rrezik i mesëm	- Neuropatia periferike e pranishme - Pa sëmundje arteriale periferike PAD - Pa histori ulcerash të shputës ose amputime	- Ekzaminim i shputës çdo gjashtë muaj - Këpucë mbrojtëse - Edukimi i pacientit mbi kujdesin për shputën

13.PROCEDURA E KËSHILLIMIT TË PACIENTIT PËR KUJDESIN NDAJ SHPUTËS DIABETIKE

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë udhëzime të qarta dhe të standardizuara për këshillimin e pacientëve me diabet në lidhje me kujdesin e këmbës, për të parandaluar komplikacione si ulcerat dhe infeksionet.

Shumë probleme me shputat janë të parandalueshme te pacientët me diabet. Kujdesi i mirë mund të parandalojë komplikime të rënda që mund të përfundojnë me amputim.

Këshillimi i pacientit është një nga format më të mira të edukimit. Sigurohet kontakti i mirë, informacioni i dyanshëm, zhvillimi i besimit dhe përvetësimi i shpejtë i aftësive të caktuara, duke respektuar personalitetin e pacientit.

Kjo procedurë duhet zbatuar nga të gjithë profesionistët shëndetësorë që janë të përfshirë në edukimin dhe këshillimin e pacientëve me diabet.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Vlerësimi	Këshillimi për kujdesin ndaj këmbëve bëhet nga infermieri pasi ka kryer ekzaminimin dhe ka vlerësuar gjendjen e shputave: 1. Vlerësoni njohuritë ekzistuese të pacientit për kujdesin ndaj shputave, të rregullohen këshillat në përputhje me rrethanat; 2. Vlerësoni njohuritë e pacientit duke bërë pyetje të hapura, për shembull: "Si dhe kur i lani këmbët?"; Si i prisni thonjtë?; 3. Është e nevojshme që të ketë material edukativ, broshura, fotografi, algoritme që lehtësojnë përvetësimin e njohurive; 4. Dinamika e këshillimit duhet t'i përshtatet pacientit dhe mundësive të tij për ta kuptuar informacionin.
[II]	Planifikimi dhe organizimi i sesioneve të këshillimit	1. Identifikoni pacientët që kanë nevojë për këshillim mbi kujdesin e këmbës, duke përfshirë ata me histori të ulcerave, neuropatisë ose sëmundjes arteriale periferike; 2. Caktoni sesione individuale - kur pacienti kërkon vëmendje të personalizuar, kur ka nevoja specifike që kërkojnë trajtim të veçantë, ose kur pacienti është i ri në trajtimin e diabetit dhe ka nevojë për udhëzime më të hollësishme (ky lloj i sesionit siguron më shumë privatësi pacientit); 3. Caktoni sesione grupore - për pacientët që mund të përfitojnë nga ndarja e përvojave dhe mbështetja nga të tjerët me të njëjtin problem. Grupi mund të përdoret edhe kur ka një numër të madh pacientësh me nevoja të ngjashme dhe kur është e rëndësishme që pacientët të

		ndërgjegjësohen për situatat e përbashkëta (ky lloj i sesionit kursen edhe kohën e infermierëve); 4. Planifikoni sesione të rregullta për pacientët me risk të lartë dhe ato që kërkojnë mbikëqyrje të vazhdueshme.
[III]	Pajisjet e nevojshme për edukim	1. Pajisjet audio-vizuale (TV, kompjuter, projektor, etj); 2. Posterë, diagrame, fotografi, etj.; 3. Modele të këmbës për demonstrim; 4. Broshura dhe fletëpalosje edukative; 5. Glukometër për matjen e glikemisë (për të ilustruar rëndësinë e kontrollit të sheqerit në gjak); 6. Laps dhe fletore për marrje shënimesh.
[IV]	Formati i edukimit apo këshillimit	1. Stili i jetës - diskutoni rëndësinë e mbajtjes së një stili jetese të shëndetshëm për kontrollin e diabetit dhe parandalimin e komplikimeve; 2. Ushqimi - ofroni udhëzime të detajuara për një dietë të balancuar që ndihmon në kontrollimin e nivelit të sheqerit në gjak; 3. Aktiviteti fizik - inkurajoni aktivitetin fizik të moderuar dhe diskutoni se si ai ndihmon në përmirësimin e qarkullimit të gjakut dhe menaxhimin e peshës; 4. Stresi - ofroni strategji për menaxhimin e stresit, duke përfshirë teknika të relaksimit dhe rëndësinë e mbështetjes emocionale; 5. Barnat - siguroni informacion mbi barnat që pacienti duhet të marrë dhe rëndësinë e përdorimit të rregullt të tyre; 6. Kontrollimi i vazhdueshëm i shputave - edukoni pacientin për të kontrolluar çdo ditë shputat për shenja të plagëve, infeksioneve, ose ndryshimeve të tjera të pazakonshme. Këshilloni pacientin që të përdor mbathje të përshtatshme si dhe të kërkojë menjëherë ndihmë mjekësore nëse vëren ndonjë ndryshim; 7. Mbajtja në kontroll e nivelit të sheqerit në gjak - diskutoni rëndësinë e kontrollit të rregullt të glikemisë dhe mënyrën se si ky kontroll ndikon në shëndetin e përgjithshëm të shputës.
[V]	Temat e këshillimit mbi kontrollimin e vazhdueshëm të shputave	Kujdesi ditor ndaj shputave: 1. Kontrolloni shputat tuaja çdo ditë; 2. Shikoni dhe ndjeni zonat midis gishtërinjve dhe rreth thembrave;

3. Nëse pacienti nuk mund t'i ekzaminojë këmbët, ai mund të përdorë pasqyrë ose t'i kërkojë dikujt ta bëjë këtë për të;
4. Lani këmbët çdo ditë me sapun të butë dhe ujë të vakët (kontrolloni ujin me bërnyl për t'u siguruar që nuk është shumë i nxehtë).
5. Njomja (lyerja me krem/yndyrë) e këmbëve nuk rekomandohet si kujdes i përditshëm i këmbëve. Nëse janë njomur, nuk duhet të zgjasë më shumë se 2 - 3 minuta, sepse lëkura do të jetë më e butë dhe më e ndjeshme;
6. Thani këmbët me peshqir me ngjyrë më të çelur, veçanërisht midis gishtërinjve. Shikoni peshqirin për të parë nëse ka gjak ose qelb mbi të;
7. Aplikoni krem hidratues për këmbët (mos aplikoni midis gishtërinjve) për ta parandaluar shfaqjen e thatësisë dhe plasaritjes;
8. Përdoreni kremin 2 herë në ditë nëse lëkura është jashtëzakonisht e thatë;

Syri i mistrit dhe kallot:

9. Mos i prisni asnjëherë syrin e misrit dhe kallot, gjithmonë duhet të kërkonin ndihmën e profesionistëve shëndetësorë;

Kujdesi për thonjtë:

10. Prisni thonjtë e këmbëve në dritë të fortë dhe pas larjes, kur thonjtë janë të butë;
11. Përdorni lëmues letre, gërshërë ose gërshërë me maje;
12. Asnjëherë mos përdorni thikë ose mjet metalik të trashë;
13. Asnjëherë mos i hiqni/qëroni apo këputni kutikulat;
14. Prini thonjtë e këmbëve drejtë dhe asnjëherë në cepat apo në fund të thonjve;
15. Kontrolloni nëse ka skaje të mprehta, zbuteni me lëmues letre;

Këpucë dhe pantofla:

16. Mos ecni zbathur;
17. Vishni këpucë të përshtatshme;
18. Vishni këpucë të thella dhe mjaft të gjera me majë të rrumbullakosur;
19. Vishni këpucë me lidhëse ose shirit ngjitës (me takë të sheshtë ose të ulët deri në 5cm, dhe trashësia e shputës - rreth 1cm);
20. Kontrolloni pjesën e brendshme të këpucës për qepje, njolla të vrazhda, që mund të shkaktojnë lëndime në thonj;

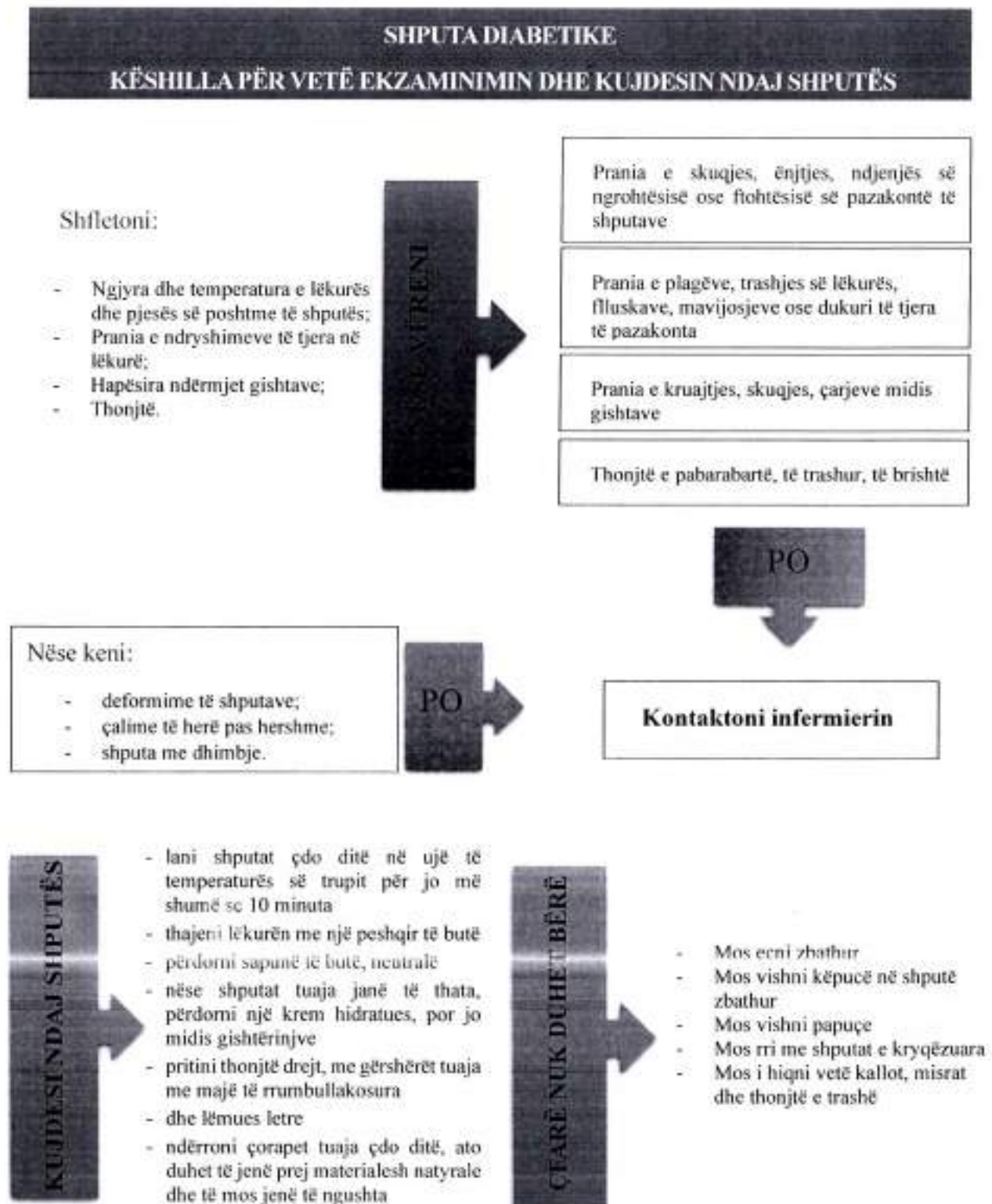
		21. Asnjëherë mos vishni këpucë të reja gjatë gjithë ditës (Vishni këpucët e reja në shtëpi për 20-30 minuta, më pas rrisni kohën derisa pacienti të bindet se nuk ka probleme. Ekzaminoni këmbët për skuqje ose dëmtim); 22. Rishpërndarja e forcës mbajtëse të peshës në pjesët e prekura të këmbës mund të arrihet duke përdorur këpucë ose shtroja speciale; 23. Këpucë speciale shpesh nevojiten për formën e duhur të këmbës, dhe shtroja me formë; 24. Në rast deformimi të rëndë, këpucët mund të bëhen individualisht për pacientin; Çorapet: 25. Vishni gjithmonë përmasat e duhura dhe shmangni skajet e mëdha dhe qepjet e trasha; 26. Vishni gjithmonë çorape të pastra; 27. Zgjidhni çorape të bëra prej pambuku ose leshi dele, jo me fibra sintetike; 28. Asnjëherë mos përdorni çorape elastike ose çorape të ngushta. Probleme me qarkullimin 29. Shmangni banjat e nxehta dhe mos përdorni jastëk elektrik ose shishe me ujë të nxehtë; 30. Këshillojeni pacientin që ta ndalojë pirjen e duhanit (pirja e duhanit çon në ngushtimin e enëve të gjakut, gjë që rezultojnë në një reduktim qarkullimi në këmbë dhe shputa); 31. Mos të ulet me këmbë të kryqëzuara ose mos të qëndroj për një kohë të gjatë në një vend; 32. Të merret me aktivitete fizike të përshtatura dhe jo të forcuara; Të informojë infermierin për çdo ndryshim të vërejtur (lëndim, skuqje, ngjyrosje, infeksion ose dhimbje).
[VI]	Masat e kujdesit	1. Kontrolli ditor i shputave; 2. Pastrimi i përditshëm i shputave; 3. Zgjedhja e këpucëve të përshtatshme; 4. Përdorimi i çorapeve të buta dhe të përshtatshme; 5. Kujdesi për thonjtë e këmbëve; 6. Shmangia e faktorëve të rrezikut; 7. Vizitat e rregullta tek mjeku. Është thelbësore që në çdo takim apo sesion këshillues të vlerësohen dhe përforcohen masat e kujdesit për këmbën

		diabetike. Këto masa ndihmojnë në parandalimin e komplikimeve dhe përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientit, duke siguruar trajtim të hershëm dhe të duhur për çdo problem që mund të shfaqet.
[VII]	Dokumentimi	Infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit/ëve 2. Datën e realizimit të sesionit këshillues; 3. Dokumentoni seancën e këshillimit, duke përfshirë temat e trajtuara (shtojca 18); 4. Regjistroni çdo shqetësim ose nevojë të veçantë të pacientit; 5. Nënshkrimi i infermierit.

Shtojca 20. Raportimi i sesionit këshillues për shputën diabetike

Fusha	Përshkrimi
Data e sesionit	___ / ___ / ___
Vendi i mbajtjes së sesionit	
Këshilluesi/t	
Metodologjia e përdorur	- Ligjerim - Diskutim - Foto ilustrim - Tjetër _____.
Lloji i sesionit/takimit	- Individual - Grupor
Numri i pjesëmarrësve	[_____]
Përmbajtja e edukimit	- Stili i jetesës - Ushqimi - Aktiviteti fizik - Stresi - Barnat - Kontrollimi i vazhdueshëm i shputave për ndryshime - Mbajtja në kontroll e nivelit të sheqerit në gjak - Tjetër _____
Komentet shtese	

Algoritmi 1. Shputa diabetike – Këshilla për vetë ekzaminim dhe kujdesin ndaj shputës



14.PROCEDURA PËR EDUKIM TË PACIENTIT, DEPISTIM DHE MENAXHIM TË SËMUNDJEVE KRONIKE JO NGJITËSE

Qëllimi: i kësaj procedure është që të gjithë infermieret që kujdesen për pacientët/klientët me sëmundje kronike jo-ngjitës të ofrojnë udhëzime të qarta për vlerësimin, planifikimin e trajtimit dhe menaxhimin e kujdesit të vazhdueshëm. Po ashtu, edukimi dhe mbështetja e pacientëve për vet menaxhimin dhe ndryshimin e stilit të jetesës në përputhje me nevojat e tyre specifike është jashtëzakonisht përfituese, jo vetëm për pacientët, por edhe për familjarët dhe institucionet shëndetësore.

Sëmundjet kronike si diabeti, hipertensioni, sëmundjet e zemrës, sëmundjet pulmonare kronike etj. janë një grup sëmundjesh që karakterizohen me një kohëzgjatje të gjatë dhe progresion të ngadaltë që zakonisht kërkojnë trajtim afatgjatë dhe monitorim të vazhdueshëm për të parandaluar përkeqësimin e gjendjes së pacientit dhe për të reduktuar rrezikun e komplikimeve të mundshme. Këto sëmundje zakonisht janë të lidhura me stilin e jetesës, si ushqyerja e pashëndetshme, mungesa e aktivitetit fizik, pirja e duhanit dhe përdorimi i alkoolit, që mund të ndikojnë në mënyrë të drejtpërdrejtë në ashpërsinë dhe menaxhimin e sëmundjes.

Kështu, depistimi i hershëm i pacientëve me sëmundje kronike është thelbësor për të diagnostikuar herët problemet shëndetësore dhe për të nisur trajtimet e duhura që mund të përmirësojnë cilësinë e jetës së pacientit dhe të parandalojnë komplikimet afatgjata.

Edukimi shëndetësor ndihmon pacientët të kuptojnë sëmundjen e tyre, të ndjekin trajtimet e rekomanduara mjekësore dhe të bëjnë ndryshime në stilin e tyre të jetesës për të përmirësuar shëndetin e tyre të përgjithshëm.

PROCEDURA

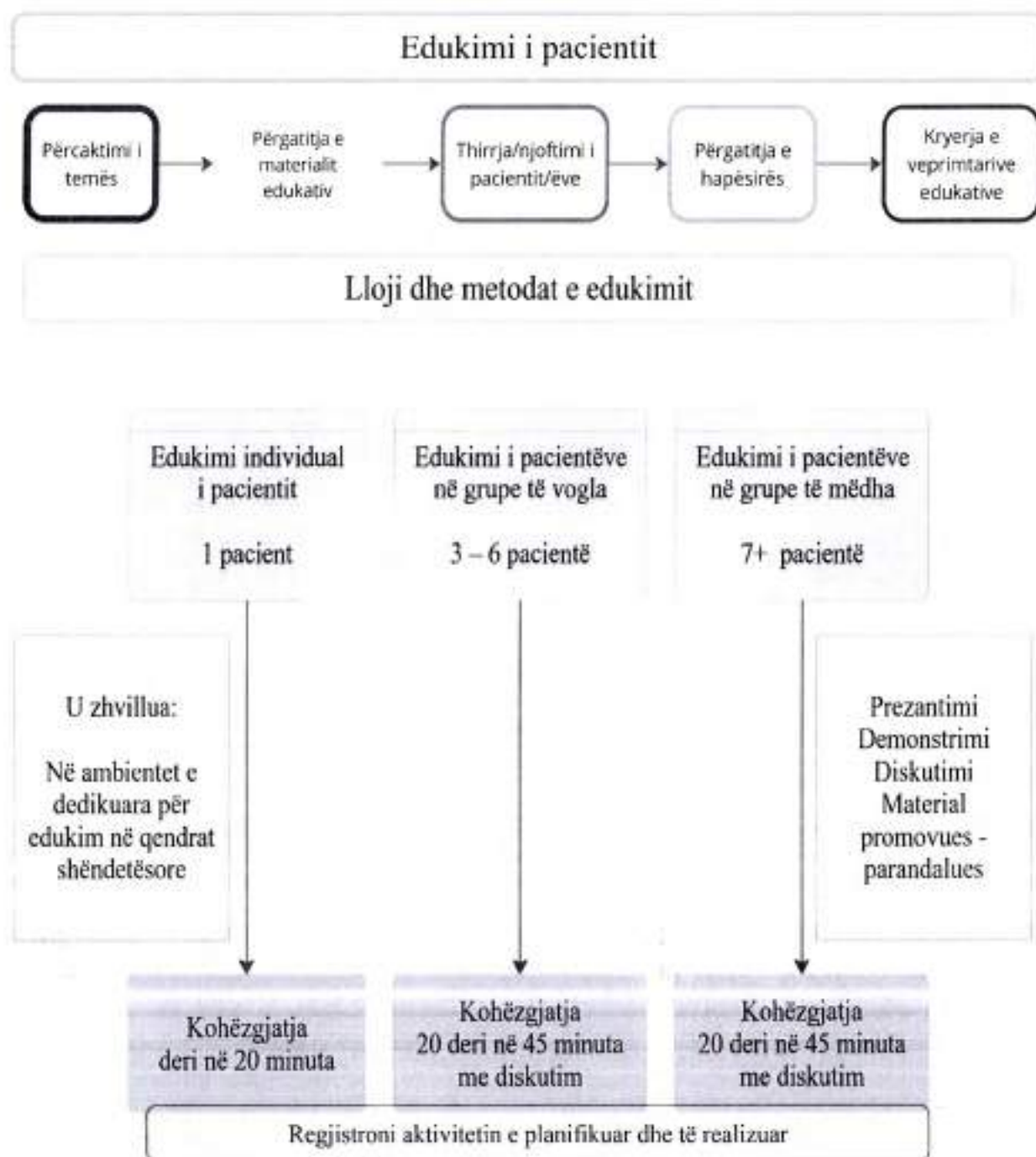
Nr.	HAPI	NËN – HAPAT
[1]	Përgatitja e hapësirës, materialit dhe pajisjeve për vlerësimin e pacientit	1. Të sigurohet ambient i përshtatshëm fizik; 2. Të sigurohet privatësia dhe konfidencialiteti i pacientit; 3. Të sigurohen pajisjet e nevojshme për vlerësim dhe menaxhim: - Aparati për matjen e shtypjes së gjakut, - Glukometri për matjen e sheqerit në gjak, - Analizatori për matjen e HbA1c, - Monofilamenti për ekzaminimin e shputës të pacientit me diabet, - Piruni akustik 128Hz për vlerësimin e ndjeshmërisë së thellë, - Elektromiografia (EMG) për vlerësimin e funksionit të të muskujve dhe nervave, - Oftalmoskopi për ekzaminimin e syve, - Analizuesi profesional i përbërjes së trupit MA801 përmes të cilit bëhet matja e përbërësve kryesor të trupit si ujit, yndyrës, proteinave, mineraleve dhe matje tjera në bazë të karakteristikave të pajisjes.

		 Fig.6 Analizuesi profesional i përbërjes së trupit MA801
[II]	Vlerësimi i pacientit dhe metodat e vlerësimit	Para çdo ekzaminimi apo veprimi/ndërrhyrje, infermieri duhet të marrë pëlqimin nga ana e pacientit, të komunikoj qetë, në gjuhën e pacientit. 1. Marrja e historisë së hollësishme mbi sëmundjen kronike duke përfshirë kohëzgjatjen dhe trajtimin aktual; 2. Matja dhe vlerësimi i parametrave vital, relevant për sëmundjen kronike që ka pacienti; 3. Vlerësimi për marrjen e rregullt të terapisë duke përfshirë edhe vlerësimin për marrjen e vaksinave; 4. Vlerësimi i pacientit për sëmundjet tjera shoqëruese, barnat që përdor, sa barna përdor në kohë të njëjtë dhe ndërveprimet e mundshme të barnave; 5. Vlerësimi i ndikimit të sëmundjes në aspektin psikologjik dhe emocional të pacientit; 6. Vlerësimi për faktorët e stilit të jetesës (dieta, aktiviteti fizik, pirja e duhanit, përdorimi i alkoolit); 7. Vlerësimi i pacientit për mbështetjen që pacienti ka nga familja dhe komuniteti lidhur me menaxhimin e sëmundjes; 8. Vlerësimi i funksionit fizik; 9. Vlerësimi për shenjat e komplikimeve të sëmundjes; 10. Vlerësimi i nevojave për edukim dhe monitorim. Metodat për vlerësim: 11. Intervista-biseda (anamneza); 12. Observimi; 13. Inspektimi; 14. Auskultimi; 15. Palpacioni; 16. Ekzaminimi fizik.
[III]	Planifikimi i Trajtimit Individual	1. Përcaktimi i objektivave individuale, në bazë të sëmundjes relevante (p.sh presionit të gjakut, <140/90 mmHg dhe glikemisë, HbA1c <7%);

		2. Përshkrimi i terapisë së duhur nga ana e mjekut, duke marrë parasysh sëmundjet shoqëruese të pacientit dhe ndërveprimet e mundshme të barnave; 3. Ndërrimi i dozës së barit sipas ordinimit / rekomandimit / përshkrimit të mjekut, për kontrollin optimal të sëmundjes relevante; 4. Të bëhet edukimi i pacientit (të përfshihet edhe kujdestari/anëtari i familjes nëse është e mundur) bazuar në identifikimin e nevojave si: përdorimin e duhur të barnave, efektet anësore, kujdesin ndaj shputave, këshillimi për modifikimin e stilit të jetesës, duke përfshirë këshilla dietike, rekomandime për ushtrime fizike dhe ndërprerjen e duhanit; 5. Të bëhet përcaktimi i temave dhe caktimi i orarit për sesionet edukuese.
[IV]	Menaxhimi i vazhdueshëm dhe monitorimi i sëmundjes	1. Monitorimi në distancë i pacientëve përmes aplikacionit online që lejon mjekët dhe infermierët të komunikojnë me pacientët lidhur me gjendjen e tyre; 2. Edukimi i pacientëve për përdorimin e aplikacionit dhe matjen e parametrave, duke mundësuar kështu një ndjekje më të saktë dhe efektive të gjendjes së tyre shëndetësore; 3. Organizimi i vizitave të rregullta kontrolluese për të monitoruar sëmundjen kronike dhe komplikimet nga ajo; 4. Sigurimi i arritjes së objektivave të paracaktuara (p.sh. presionin e gjakut, HbA1c, nivelet e lipideve dhe funksionin e veshkave); 5. Rishikimi, ri dozimi dhe përditësimi i barnave sipas rekomandimeve të mjekut, bazuar në objektivat dhe specifikat e pacientit në fjalë; 6. Inkurajimi për vet-monitorim dhe dokumentim të parametrave relevant klinik në librezën me të cilën pajisen pacientët kur të dalin nga shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh dhe rivlerësimi i efekteve terapeutike gjatë monitorimit online dhe vizitave të vazhdueshme kontrolluese.
[V]	Menaxhimi i komplikimeve dhe komorbiditeteve	1. Monitorimi dhe menaxhimi i komplikimeve të sëmundjeve kronike përkatëse (p.sh. shputa diabetike, retinopatia, etj); 2. Menaxhimi i faktorëve të rrezikut kardiovaskular (p.sh. nivelet e kolesterolit, hipertensioni, etj) me terapi të përshtatshme; 3. Referimi i pacientit te mjekët specialist përkatës për trajtimin e ndërlikimeve ose gjendje komorbide në mënyrë proaktive;

		4. Caktimi i vizitës te mjeku referues sipas udhëzimit të mjekut kontrollues duhet të bëhet nga infermierët të njëjtën ditë dhe të informohet pacienti për datën, kohën dhe vendin e takimit.
[VI]	Edukimi dhe fuqizimi i pacientit për vet kujdes	1. Edukimi mbi menaxhimin e sëmundjeve kronike përkatëse me qëllim të përmirësimit të dietës, inkurajimit të aktivitetit fizik, ndaljes së pirjes së duhanit dhe alkoolit etj.; 2. Sigurimi i materialeve promovuese dhe fuqizuese përmes kurseve fizike apo on-line; 3. Involvimi i pacientëve në vendimmarrje të përbashkët në lidhje me opsionet dhe qëllimet e tyre të trajtimit; 4. Inkurajimi i pacientëve të vet-menaxhojnë sëmundjen e tyre kronike; 5. Të bëhet organizimi i sesioneve edukuese duke informuar pacientët me kohë për datën, kohën dhe vendin; 6. Organizimi i sesionit individual (me një pacient); 7. Organizimi i sesionit grupor (me disa pacientë me probleme të njëjta të identifikuar nga infermieri); 8. Organizimi i sesionit me grupet përkrahëse (te pacientët me faktorë të lartë të rrezikut merr pjesë edhe një specialist i fushës).
[VII]	Dokumentimi	1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Data dhe koha e vizitës; 3. Ekzaminimet e kryera; 4. Vlerësimi i gjendjes bazuar në objektivat e sëmundjes; 5. Trajtimi me barna dhe dokumentimi për ndryshimet eventuale (bari apo doza e tyre) nga ana e mjekut; 6. Përcaktimi i vizitës pasuese (informimi i pacientit për kohën dhe datën e takimit); 7. Vizitat e tjera eventuale nga specialistët e lëmive tjera; 8. Sugjerimet dhe trajtimet eventuale të përshkuara; 9. Realizimi i sesioneve edukuese (në bazë të nevojave të pacientit për mësim, lidhur me vet-menaxhimin e sëmundjes dhe modifikimin e stilit të jetës): - Tema, - Koha dhe data e mbajtjes së sesionit, - Lloji i sesionit të mbajtur (sesion individual, grupor apo me grupe përkrahëse).

Algoritmi 2. Edukimi i pacientit



Shtojca 21. Listë kontrolli për pacientët me diabet *(qoftë për një takim të zakonshëm, takime të rregullta vjetore ose pacient që kontrollohet për herë të parë)*

Ekzaminimi

1. Të bëhet përcaktimi indeksit të masës trupore (IMT) dhe të bëhet matja e përbërësve kryesor të trupit si uji, yndyrës, proteinave dhe mineraleve.
2. Analiza e rezultateve të urinës për ketonet, proteinat dhe nitritet (dëshmi e infeksionit) në bashkëpunim me mjekun specialist.
3. Të bëhet inspektimi i vendeve të injektimit të pacientëve me diabet të tipit I për lipoatrofi apo lipohipertrofi.

Inspektimi i shputës

1. Ekzaminimi i shputës në tërësi duke përfshirë edhe zonën midis gishtave.
2. Vlerësimi i lëkurës (kallo, shenja të lëndimit, lëkurë e hollë apo me shkëlqim).
3. Ekzaminimi i thonjve (trashje, thonjtë të rrënjësuar, infeksione mykotike).
4. Inspektimi çorapet dhe këpucët e pacientit.

Ekzaminimi dhe vlerësimi vaskular:

1. Kontrolloni pulsën dhe presionin e gjakut.
2. Vlerësoni temperaturën e këmbëve.
3. Vlerësoni pulset periferike (Sëmundjet e Arterieve Periferike - SAP):
 - a. Palpimi në arterien tibialis posterior,
 - b. Palpimi në arterien dorsalis pedis,
 - c. Rimbushja kapilare.

Ekzaminimi dhe vlerësimi neurologjik (Neuropati Diabetike)

1. Testi i ndjeshmërisë me monofilament 10g.
2. Testi me pirunë akustik (128-Hz) për ekzaminimin e ndjeshmërisë së thellë.
3. Elektromiografi (EMNG) në bashkëpunim me mjekun për vlerësimin e gjendjes së muskujve dhe qelizat nervore (sipas rekomandimit të mjekut 1x në vit).
4. Vlerësimi muskulo-skeletor.

Sytë:

1. Siguroni takime të rregullta për ekzaminimin e syve të pacientit me sëmundje të diabetit.
2. Inspektimi i sytë, duke kërkuar për ndonjë prani/ dëshmi për:
 - **Ksantelazmat (Xanthelasmata)** - njollat e hardha përreth syve ose qeskat dhjamore,
 - **Formimin e kataraktit** - pamje e turbullt, ndjeshmëri ndaj dritës, probleme me shikimin natën, ose
 - **Oftalmoplegi** - pamje të dyfishtë, vështirësi në lëvizjen e syve.
3. Kontrolloni mprehtësinë vizuale - ky test mat aftësinë e pacientit për të parë qartë detajet në një distancë të caktuar, shpesh duke përdorur tabela standarde të vizionit (si tabela Snellen). Nëse pacienti përdor syze për shikimin në distancë, testi kryhet me syzet për të vlerësuar shikimin e korigjuar,
4. Kryeni oftalmoskopinë për të ekzaminuar pjesën e pasme të syrit pas zgjerimit të bebëzave,
5. Të gjitha këto procedura kryhen me rekomandim të mjekut dhe roli i infermieres është në asistim.

Rezultatet e gjakut dhe urinës

1. HbA1c ose kontrolloni kur është bërë për herë të fundit,
2. Rezultatet e monitorimit të glukozës kapilar në shtëpi,
3. Frekuenca dhe ashpërsia e episodeve hipoglikemike,
4. Profili lipidik jo-agjërues,
5. Nëse mjeku ordonon të bëhet filtrimi glomerular për të vlerësuar rrezikun për nefropati diabetike (përveç testimit të urinës për mikroalbuminuri dhe raporti albuminë: kreatininë - ACR).

Shtojca 22. Vlerësimi i pacientit gjatë vizitës kontrolluese në ambulancën specialiste

INSTITUCIONI SHËNDETËSOR
(Klinika / Spitali i Përgjithshëm)

DEPARTAMENTI / REPARTI / SHËRBIMI
(Ambulanca Specialiste)

Emri (emri i babës) dhe mbiemri i pacientit:

Data e ekzaminimit:

Historia:

Diabeti _____ numri i viteve. Përdorë: barna orale ☐ Insulinë ☐ Vetëm dietë ☐ Tjetër _____

Kontrolloni glukozën në shtëpi? ☐ Jo ☐ Po. Nëse po, vlera e zakonshme është: _____

Keni ulje ☐ apo ngritje ☐ të vlerave të sheqerit në gjak? Nëse po, sa shpesh _____

Shpeshtësia e matjes së glukozës: ☐ Një herë në ditë (mëngjes/drekë/darkë) ☐ Dy herë në ditë ☐ Më shumë se dy herë në ditë

Marrja e barnave/insulinës me rregull (nëse e aplikoni): ☐ Po ☐ Jo - Pse? _____

Barnat:

☐ Lista e barnave është rishikuar - nuk ka ndryshime

☐ Lista e barnave është rishikuar - ka ndryshime

Dokumento ndryshimet e

trajtimin:

Sëmundje tjera shoqëruese ☐ Jo ☐ Po - Nëse Po, cila sëmundje dhe mjekim _____

Është marrë vakcina kundër SARS-CoV-2? ☐ Jo ☐ Po, më / / / /

Është marrë vakcina kundër gripit? ☐ Jo ☐ Po, më / / / /

Të tjera: _____

Vlerësimi i parametrevë dhe ekzaminimet tjera

Tensioni i gjakut _____ mmHg

Rezultatet laboratorike të gjakut dhe urinës

Llojet e analizave	Rezultatet
HbA1c (%)	
Testi - glukemia nga gjaku kapilar (mmol/l)	
Raporti albuminë-kreatininë (ACR)	
Filtrimi glomerular	
Kolesterolit & Triglyceridet	

Ekzaminimi i syve		
Jo ☐ Po ☐ - data ekzaminimit: _____		
Ekzistojnë shenja për:	PO	JO
Katarakt		
Glaukome		
Retinopati diabetike		

Përcaktimi i Indeksit të Masës Trupore	Rezultatet
Peshë të shëndetshme prej 18.5 dhe 24.9 kg/m ²	
Pesha aktuale (kg)	
Indeksi i masës trupore (IMT) kg/m ²	
Përqindja e masës yndyrore (%)	
Masa muskulore (%)	
Masa kockore (%)	

Vlerësimi i funksionit fizik		
Vlerësimi:	PO	JO
Testi manual i muskujve (p.sh. shtrëngimi i dorës)		
Teste funksionale të forcës (uljet/ngritjet nga karriga për një kohë të caktuar)		

Shtojca 23. Veprimet e pacientit në mënyrë të pavarur

Pacienti në mënyrë të pavarur:	Po	Jo	Nevojitet përkrahje
Bënë matjen e sheqerit në gjak			
Merr/aplikon terapinë/insulinën sipas ordinimit të mjekut			
Bënë regjistrimin e vlerave të fituara në librezë			
Është në gjendje të menaxhoj hipoglikeminë dhe hiperglikeminë			
Mirëmban dhe kontrollon shputat në bazë ditore			
Bënë aktivitet fizik çdo ditë (30min)			
Është i rregullt në takimet mjekësore			
Është në gjendje të ndjek dhe kuptoj sesionet edukuese të ofruara nga infermierët			
Është në gjendje të lexoj dhe kuptoj informatat me shkrim që ju ipen nga infermierët			
Demonstron njohuri për regjimin dietal			
Demonstron njohuri për higjienë të përgjithshme			
Pacienti bën gjumë të qetë			
Njeh shenjat e hipoglikemisë dhe hiperglikemisë			
Vëren dhe alarmon për çdo ndryshim për gjendjen shëndetësore			
Ka përkrahje nga familja dhe rrethi i ngushtë			
Përdorues i ndonjë substance tjetër përveç barnave të përshkruara nga mjeku			
Konsumimi i duhanit			
Konsumimi i alkoolit			

Emri dhe mbiemri i infermierit: _____ **Nënshkrimi:** _____

15.PROCEDURA PËR PASTRIMIN E PLAGËS KIRURGJIKE

Qëllimi: i procedurës është përgatitja dhe ndihma e sigurt, e duhur dhe unike e infermierit gjatë pastrimit të plagës kirurgjike.

Plaga është një ndërprerje e vazhdimësisë së lëkurës ose mukozës me ose pa humbje të indeve dhe ndërprerje të enëve të gjakut e shkaktuar nga traumat ose gjatë operacionit. Përgatitja dhe pastrimi i duhur është një veprim themelor në trajtimin adekuat të plagëve kirurgjike.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe e materialit	1. Fashimi i plagës kirurgjike bëhet në dhomën adekuate (dhoma për fashimin e plagëve) ose në dhomën e pacientit, e cila duhet të jetë e ndriçuar, e ajrosur dhe me temperaturë të përshtatshme; 2. Pajisjet e nevojshme mbrojtëse: - Doreza sterile dhe jo sterile, maskë, kapelë, veshje një përdorimesh; - Tretësirë (NaCl 0,9%, hidrogjen 3%, etj.); - Dezinfektues për plagët kirurgjike; - Tupfer, garzë dhe fashë sterile; - Enë për mbetjet klinike; - Kuti për hedhjen e mbetjeve të mprehta; - Kuti ose komplete me instrumente sterile kirurgjike; - Enë me pincat kirurgjike sterile; - Leukoplast; - Shiringa sterile 10 ml dhe 20 ml; - Gjilpëra sterile; - Epruveta për marrjen e materialit për strisho (sipas nevojës); - Anestetik (sipas nevojës).
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Prezanton veten dhe identifikon pacientin; 2. Informoni pacientin për veprimin, rëndësinë e saj, mënyrën e zbatimit dhe kërkon bashkëpunim; 3. Të vendoset pacienti në pozicionin e duhur.
[III]	Procedura e fashimit dhe asistimit	Fashimi i plagës kirurgjike kryhet nga mjeku, dhe infermieri ndihmon në veprim duke respektuar protokollin e përdorimit të pajisjeve mjekësore mbrojtëse:

		1. Siguron kushte për qasje në plagë (heqja e materialit të fashës, etj.); 2. Ndihmon mjekun gjatë mjekimit dhe fashimit të plagës kirurgjike; 3. Pas përfundimit të procedurës së fashimit, infermieri kujdeset për pacientin; 4. Heq pajisjet mbrojtëse dhe largon në mënyrë adekuate; 5. Materiali i përdorur duhet të hidhet sipas procedurës për menaxhimin e mbetjeve 6. Kujdeset për instrumentet pas përdorimit; 7. Lani dhe dezinfektoni duart.
[IV]	Masat e kujdesit	1. I gjithë personeli në procesin e fashimit të plagës kirurgjike duhet të respektojë rregullat e punës aseptike.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron procedurën e kryer në dokumentacionin infermior të institucionit.

16.PROCEDURA E KUJDESIT PËR KOLOSTOMË

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë kujdesin e duhur dhe të sigurt të kolostomës.

Kolostoma është një hapje kirurgjikale në sipërfaqen e murit të barkut dhe paraqet një dalje të re për jashtëqitjen (fecet). Në këtë mënyrë, anusi anashkalohet dhe sistemi tretës vazhdon të funksionojë normalisht.

Kujdesi për kolostomën kryhet nga infermieri. Për të kryer veprimin, infermieri përgatit: hapësirën; materialin e nevojshëm dhe pacientin.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe e materialit	Sigurohi: 1. Kushte të favorshme në dhomë (ndriçimin dhe ajrosjen); 2. Karrocën ose tabakanë; 3. Pllaka të përshtatshme vetë ngjitëse dhe qese stome (njëpjesësh, dy pjesësh, transparente); 4. Qese të errët (jo transparente), me dhe pa filtër, me dhe pa zbrazje; 5. Matësi (me centimetër) për matjen e diametrit të stomës; 6. Gërshërët; 7. Shtupa pambuku; 8. Tretje fiziologjike; 9. Sapun neutral me pH, 10. Ujë të ngrohtë, enë për larje, peshqir pëlhure ose letre; 11. Yndyrë/krem mbrojtës për lëkurën; 12. Doreza jo sterilë; 13. Maskë; 14. Enë veshkore ose enë për papastërti; 15. Qese për mbetje komunale dhe infektive.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Prezanton veten dhe identifikon pacientin; 2. Informoni pacientin për veprimin, rëndësinë e saj, mënyrën e zbatimit dhe kërkon bashkëpunim; 3. Siguron privatësinë.
[III]	Kryerja e veprimit	1. Vendoseni pacientin në pozitë të favorshme për kryerjen e veprimit - pozicioni shtrirë ose Fowler; 2. Vendors paravanin; 3. Vendorsni karrocën/tabakanë pranë pacientit; 4. Matni madhësinë e stomës;

		5. Për qeset vetë ngjitëse, preni një hapje me madhësinë e stomës; 6. Gjatë ndërrimit të nënshtresës, nëse nuk është modelim, preni edhe një hapje; 7. Lani dhe thani duart; 8. Vendosni dorezat; 9. Komunikoni me pacientin gjatë veprimit; 10. Zbulo barkun e pacientit; 11. Hiqni qesen e përdorur - nëse është vetë ngjitëse, punoni me shumë kujdes për shkak të dëmtimit të mundshëm të lëkurës (mbani lëkurën me njërën dorë dhe tërhiqeni butësisht qesen me tjetrën dorë); 12. Hidhni qesen në qese për mbeturinat komunale; 13. Hiqni masat fekale me peshqir pëlhure ose letre dhe hidhni në qese për mbeturina komunale; 14. Lani lëkurën përreth me sapun me pH neutral dhe ujë të ngrohtë dhe pastroni mukozën e stomës me tretësirë fiziologjike; 15. Thajeni butësisht lëkurën me peshqir letre; 16. Ngjitni pllakën vetë ngjitëse në lëkurë të thatë; 17. Prerja e pllakës dhe e qeses duhet të mbulojë lëkurën rreth stomës; 18. Montoni qesen me unazën në pllakë; 19. Kontrolloni ngjitjen; 20. Materialin e përdorur e hidhni sipas menaxhimit të mbeturinave klinike; 21. Hiqni dorezat, lani dhe thani duart; 22. Para se të largohet nga spitali, infermieri këshillon/edukon pacientin se si të mbajë kujdesin për kolostomën në shtëpi.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Heqja e shpeshtë e qeseve një përdorimshe mund të shkaktojë irritim dhe dëmtim të lëkurës përreth, prandaj qeset me dy pjesë janë zgjedhje më e mirë; 2. Pllaka ngjitet në lëkurë dhe mund të qëndrojë 3 - 5 ditë dhe ndërrohen vetëm qeset; 3. Mjetet ndihmëse terapeutike për kolostomë duhet të ruhen në vend të thatë dhe në pozitë horizontale. Temperatura optimale e ruajtjes është më pak se 20°C; 4. Mjedisi i lagësht ndikon negativisht në vetinë e ngjitjes; 5. Nuk duhet të përdoret benzinë ose hollues për pastrimin e lëkurës, shmangni sapunët me ngjyra dhe aroma.

17.PROCEDURA PËR PËRGATITJEN, KUJDESHIN DHE MIRËMBAJTJEN E KATETERIT VENOZ QENDROR

Qëllimi: i procedurës është të udhëzojë infermierët në mënyrën e duhur dhe të sigurt të asistimit gjatë vendosjes, kujdesit dhe mirëmbajtjes së Kateterit Venoz Qendror (KVQ).

KVQ është një kateter intravaskular i vendosur në venën subklaviane, venën e brendshme jugulare ose venën femorale. Vendosja e KVQ-së është një procedurë invazive që kryhet në kushte aseptike.

Vendosja e KVQ-së kryhet nga mjeku specialist, në asistim të mjekut tjetër specialist dhe infermierit që ndihmojnë gjatë vendosjes. Pas indikacionit për vendosjen e KVQ, infermieri, përgatit pacientin dhe materialet e nevojshme për procedurën.

Mbajtja e kalueshme e KVQ dhe e tualetit të vendit të injektimit është një veprim që mundëson mënyrën e sigurt të administrimit të terapisë intravenoze të përshkruar dhe parandalimin e infeksionit. Qëllimi është të mbahet vendi i injektimit pa dhimbje, ënjtje, shenja inflamacioni, flebiti dhe trombozë.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Set me KVQ; 2. Veshje sterile; 3. Doreza sterile; 4. Kapele dhe maskë; 5. Kompresë sterile; 6. Shiringa dhe gjilpëra sterile; 7. Anestetikë (Lidocain 2%) për anestezi lokale; 8. Dezinfektues të lëkurës; 9. Tupfera, garzë dhe kompresa sterile; 10. Ampulë me ujë të distiluar; 11. Instrumente sterile (gjilpërë, mbajtëse gjilpërash, gërshërë); 12. Penjë steril për qepje ose shirita ngjitës sterile; 13. Heparin për të rriturit 1:4 (1 ml heparin dhe 4 ml ujë të distiluar), për fëmijët 1:10 (1 ml heparin dhe 9 ml ujë të distiluar); 14. Foli transparente biokluziv (përmban klorheksidinë) për fiksimin e KVQ; 15. Tretësirë fiziologjike sipas përshkrimit të mjekut; 16. Kuti për hedhjen e mbetjeve të mprehta.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Përgatit dokumentacionin shëndetësor (historinë e sëmundjes, dokumentacionin infermieror, pëlqimin për procedurë

		invazive dhe listën kontrolluese për vendosjen e kateterit KVQ); 3. Infermieri dhe mjeku që kryen procedurën i prezantohen pacientit, japin informacionin e nevojshëm për mënyrën e kryerjes së veprimit të vendosjes; 4. Pasi pacienti është njohur me të gjitha detajet, është e nevojshme të sigurohet një pëlqim i nënshkruar. Deklarata e pëlqimit është pjesë përbërëse e procedurës; 5. Infermieri vendos pacientin në pozicionin e duhur të udhëzuar nga mjeku. Te vendosja në venën e brendshme jugulare ose venën subklavia, pacienti pozicionohet në pozitën Trendelenburg; 6. Lidhni pacientin me monitorimin (EKG, pulsoksimetër, sphygmomanometër) dhe kryeni monitorim të vazhdueshëm; 7. Kryeni trajtimin sanitar të vendit të synuar të futjes.
[III]	Procedura e vendosjes së KVQ	1. Mjeku dhe infermieri pasi konstatojnë se janë plotësuar kushtet, vendosin një kapelë dhe maskë dhe lajnë e dezinfektojnë duart, veshin një veshje sterile dhe doreza sterile; 2. Mjeku dezinfekton zonën e injektimit, me ndihmën e infermierit; 3. Infermieri përgatit anestezinë dhe i jep mjekut që kryen aplikimin në vendin e injektimit; 4. Infermieri hap setin e KVQ dhe e vendos në dispozicion për mjekun, duke respektuar metodën e punës aseptike; 5. Pas vendosjes së kateterit, mjeku kryen fiksion shtesë të KVQ me qepje të lëkurës dhe shirita steril ngjitës, pastron me dezinfektues dhe e thanë; 6. Infermieri vendos një shirit transparent biookluziv për të rregulluar pjesën e lirë të KVQ;  Figura 7. Vendosja e folies transparente biokluzive 7. Gjatë vendosjes së KVQ-së, infermieri monitoron parametrat vital dhe informon mjekun për çdo ndryshim që ndodh; 8. Pas vendosjes së KVQ-së, infermieri vendos pacientin në pozicionin e duhur;

		9. Në fund të procedurës, infermieri zbërthen materialin e përdorur dhe e hedhë sipas planit të menaxhimit të mbetjeve klinike.
[IV]	Veprimi i matjes së presionit venoz qendror dhe teknika e matjes	1. Matja e presionit venoz qendror (PVQ) kryhet menjëherë pas vendosjes së KVQ-së dhe matjet e mëvonshme bëhen sipas planit të procedurave terapeutike dhe diagnostike; 2. PVQ është tregues i vëllimit të gjakut qarkullues në varësi të kapacitetit të pompimit të zemrës dhe rrjetit vaskular. Vlerat normale të PVQ-së variojnë nga 5 - 8 cm të kolonës/shtyllës së ujit; 3. Infermieri, përgatit sistemin e matjes së PVQ-së, mbush kolonën/shtyllën e ujit dhe ndalë lëngjet e infuzionit; 4. E vendos pacientin në pozicion horizontal pa jastëk; 5. Vendosni shkallëzimin e KVQ-së në lartësinë e vijës së mesme sqetullore; 6. Rrjedhja distale e KVQ-së lidhet nëpërmjet valvulës me tre krahë për manometër me ujë (shkalla KVQ); 7. Vëzhgon (shiqon) lëngun në kolonën e ujit që lëviz në mënyrë sinkrone me frymëmarrje. Kur lëngu në manometër me ujë (shkalla KVQ) ndalon, infermieri lexon vlerën e PVQ-së dhe e regjistron atë në listën e temperaturës – terapisë së pacientit.
[V]	Mirëmbajtja dhe tualeti i KVQ-së	1. Pas vendosjes së KVQ-së, infermieri kryen kontrollë të vazhdueshme të vendit të injektimit të kateterit; 2. Para aplikimit të terapisë me barna, infermieri pastron zgjatimin e lirë të valvulës së trefishtë me një tupfer steril dhe dezinfektues, shtrëngon kapësen e sigurisë që lëshohet pas vendosjes së shiringës ose sistemit të infuzionit; 3. Kur administrimi i terapisë është me ndërprerje, infermieri pastron krahun e KVQ-së me 5-10 ml tretësirë ujore/kripur dhe vendos heparinë të holluar pas përfundimit të aplikimit të barit ose tretësirës së infuzionit. Doza e heparinës së aplikuar varet nga lumeni i kateterit dhe udhëzimet e prodhuesit.
[VI]	Tualeti i KVQ dhe kontrolli i qasjes	1. Para zbatimit të tualetit të KVQ-së, infermieri përgatit materialet, pajisjet dhe pacientin. 2. Kontrolloni identitetin e pacientit; 3. Shpjegoni procedurën dhe kohëzgjatjen e veprimit; 4. Vendoseni pacientin në pozicion të shtrirë; 5. Lani dhe dezinfektoni duart; 6. Vendosni doreza njëpërdorimshme; 7. Hiqni me kujdes fashimin dhe hidheni në qese për mbetje infektive;

8. Kryeni kontrollin e vendit të injektimit dhe të indit përreth (skuqje, ënjtje, sekretim);
9. Kontrolloni KVQ-në dhe gjatësinë në të cilën është fiksuar kateteri;
10. Kontrolloni kalueshmërinë e krahëve të kateterit (aspironi gjakun dhe shpërlajeni me tretje fiziologjike NaCl 0.9%);



Figura 8. Kontrolli i kalueshmërisë së KVQ-së

11. Hiqni dorezat dhe dezinfektoni duart;
12. Hapni kompletin e veshjes sterile nga jashtë dhe vendosni dorezat sterile;
13. Pastroni vendin e injektimit me garzë sterile të njomur me dezinfektues me lëvizje rrethore nga qendra në periferi, brenda një rrethi prej 3 cm dhe prisni 30 sekonda - 1 minutë;
14. Mbroni kateterin me folie transparente biokluzive e cila ndryshohet kur laget, lirohet, ndotet ose kur është e nevojshme të shikoni vendin e injektimit;
15. Shënoni datën e fashimit në folien transparente biookluzive;
16. Dezinfektoni krahët e kateterit dhe lidhni atë me sistemin e infuzionit;
17. Ndërroni sistemin e infuzionit çdo 24 orë, nëse është e nevojshme dhe më herët;
18. Nëse në KVQ vendoset një mbulesë sterile (tupfer ose garzë), ajo ndërrohet çdo ditë;
19. Nëse në KVQ vendoset një folie transparente biokluzive, zëvendësimi kryhet pas 7 ditësh, dhe nëse është e nevojshme, edhe më herët;
20. Regjistroni të gjitha veprimet e kryera në listën kontrolluese të KVQ-së dhe në dokumentacionin infermieror.

Shtojca 24. Lista kontrolluese e vendosjes së KVQ

Emri dhe mbiemri i pacientit: _____ Nr. i protokollit _____ Data: _____
 Koha e fillimit të vendosjes së KVQ _____
 Koha e përfundimit të vendosjes së KVQ _____
 Kateteri i vendosur nga _____ Ndihmoj dhe plotësoj formularin: _____
 Hapësira ku vendoset KVQ - Salla e operacionit/tjetër _____
 Venë e shpuar: subklavia ☐ jugulare ☐ femorale ☐
 Lloji i kateterit: _____
 Kateteri i impregnuar (PO / JO) _____ Numri i lumeneve (1, 2, 3, 4) _____
 Trupat e huaj: majtas ☐ djathtas ☐ në të dyja anët ☐

Arsyeja e vendosjes (indikacion i ri/kateteri funksional/ndryshim rutinë/urgjencë)

Procedurat para kryerjes së procedurës	PO	Nr	Shënim
A është identifikuar pacienti?			
A është pacienti i informuar për rëndësinë e vendosjes së KVQ dhe mënyrën e vendosjes?			
A është pacienti alergjik (në lateks)? Listoni alergjitë _____			
A ka pacienti konstatim të gjendjes së koagulimit (përveç situatave emergjente)?			
A e kryen mjeku dhe asistenti në mënyrë adekuate higjienën e duarve (larja e duarve me sapun dhe dezinfektimi dorë)?			
A janë mjeku dhe asistenti i veshur siç duhet (doreza sterile, mantil sterile, kapelë, maskë)?			
A është kontrolluar seti i KVQ dhe aksesorët e tjerë?			
A është përdorur anestezik lokal ose qetësues (nëse po, specifikoni se çfarë është përdorur)?			
Intervali kohor nga dezinfektimi deri te shpimi? 30 sek ☐ 1 min ☐			
Një kompresë sterile i vendoset pacientit para procedurës?			
Procedurat gjatë ekzekutimit të procedurës			
Konfirmimi i punkcionit të venave para zgjerimit (SHBA, ekokardiografi transezofageale, manometër, fluoroskopi, sphygmomanometër)			
Pas tre përpjekjeve të dështuara, u thirr një mjek me përvojë?			
A është konfirmuar vendosja intravaskulare?			
Gjaku aspirohet nga çdo krah i mesit distal ☐ proksimal ☐			
Krahët e aktivizuar: distal ☐ e mesme ☐ proksimale ☐			
Lloji i lëngut të infuzionit _____ dhe sasia në ml/ _____			
Lumenët ose krahët e mbyllur (specifikoni): _____			
Heparina e injektuar: sasia ml _____ krah _____			
Kateteri CVK i fiksuar në numrin _____			
A u pastrua gjaku nga lëkura?			
A vendoset një mbulesë sterile (tupfer ose garzë)?			
A është instaluar filmi biookluziv?			
Data dhe ora e vendosjes së CVK-së të shkruar në folie biookluzive			
Procedurat pas kryerjes së procedurës			
A konfirmohet pozicioni i CVK me rreze X?			

Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i
pacientit

Emri dhe mbiemri i mjekut
(Nënshkrimi dhe faksimili)

Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i
infermierit

Shtojca 25. Lista kontrolluese për vërtetimin e kalueshmërisë dhe pastrimit të KQV-së

Emri (emri i prindit) dhe mbiemri i pacientit _____

Data e vendosjes së KQV-së: _____ Gjendja në të cilën është fiksuar kateteri: _____

Data:																
Kontrolli i kalueshmërisë së KQV	PO		JO		PO		JO		PO		JO		PO		JO	
Gjak i aspiruar në secilin krah	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	
Pastrimi i kryer me NaCl 0,9%	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	
Krahët e mbyllur	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	Distal	Mesëm	Proksimal	
Injektimi i heparinit	Sasia në ml _____		Sasia në ml _____		Sasia në ml _____		Sasia në ml _____		Sasia në ml _____		Sasia në ml _____		Sasia në ml _____		Sasia në ml _____	
Pastrimi i KQV i kryer	PO		JO		PO		JO		PO		JO		PO		JO	
Me kontrollë të vendit të futjes u pa:	skuqe	edemë	sekrecion	skuqe	edemë	sekrecion	skuqe	edemë	sekrecion	skuqe	edemë	sekrecion	skuqe	edemë	sekrecion	
Vendosja e mbulesës sterile (tupfer dhe gazë)	PO		JO		PO		JO		PO		JO		PO		JO	
Vendosja e folies biookluzive (flaster transparent)	PO		JO		PO		JO		PO		JO		PO		JO	
Data dhe ora e vendosjes së KQV e shkruar në folie biookluzive (flaster transparent)	PO		JO		PO		JO		PO		JO		PO		JO	
Mjeku i informuar për vëzhgimet dhe ndryshimet e KQV-së	PO		JO		PO		JO		PO		JO		PO		JO	
Emri, mbiemri dhe nënshkrimi i infermierit																

Vëmendje: të rrethohet alternativa adekuate në secilën rubrikë.

18. PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT PARA OPERACIONIT

Qëllimi: i procedurës është t'u japë udhëzime profesionistëve të kujdesit shëndetësor për mënyrën e duhur, të sigurt dhe unike në përgatitjen e pacientëve për intervenime kirurgjike.

Përgatitja pre operative e pacientit është një përgatitje e nevojshme për zbatimin e ndërhyrjes të sigurt operative dhe vazhdim i trajtimit post operativ.

Çdo pacient kërkon një vlerësim dhe përgatitje individuale të përshtatur për gjendjen e tij të përgjithshme dhe lokale.

Procedura aplikohet në shërbimet e kujdesit shëndetësor kirurgjik.

Përgatitja për veprimin e planifikuar kirurgjik përfshinë përgatitjen psikike dhe fizike të pacientit nga infermieri.

Përgatitja e pacientit për operacionin e planifikuar kryhet për dy ditë (një ditë para operacionit dhe në ditën e operacionit).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja psikike e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Kërkoni nga pacienti bashkëpunim; 3. Informoni pacientin për veprimin e përgatitjes, qëllimin dhe rëndësinë e përgatitjes para operacionit; 4. Komunikoni me pacientin, e lejonit të bëjë pyetje dhe inkurajoni atë; 5. I ofroni pacientit ndjenjën e sigurisë dhe mbrojtjes.
[II]	Përgatitja fizike e pacientit	1. Të siguroni ushqimin e duhur; 2. Siguroni zbrazjen e zorrëve dhe fshikëzës urinare; 3. Përgatitja e fushës operative (ruajtje nëse është e nevojshme); 4. Të kryejë trajtimin higjienik të pacientit.
[III]	Përgatitja e pacientit për operacionin e planifikuar një ditë para operacionit	1. Kontrolloni nëse janë kryer teste diagnostikuese (laboratorike, radiologjike apo specialistike - konsultative); 2. Kryeni përgatitjet e nevojshme të pacientit (zbrazja e zorrëve, abstenimi nga ushqimi dhe pijet të paktën 6 orë para veprimit, ose siç kërkohet nga lloji i ndërhyrjes kirurgjikale); 3. Në bazë të udhëzimit të mjekut, përcaktohet grupi i gjakut, të sigurohet sasia e përcaktuar e gjakut dhe/ose derivateve të gjakut;

		4. Përgatit fushën operative (rruajtje e qimeve/depilimi); 5. Pacienti lahet (dush) duke përdorur antiseptikë; 6. Te pacienti aplikohet bari qetësues i përshkruar.
[IV]	Përgatitja e pacientit për operacionin e planifikuar në ditën e operacionit	1. Kontrolloni nëse pacienti i ka zbatuar të gjitha rekomandimet; 2. Kontrolloni funksionet vitale (nëse ka ndryshime nga vlerat normale, njoftoni mjekun përgjegjës); 3. Tualeti i mëngjesit është kryer nga pacienti ose me ndihmën e infermierit; 4. Hiqni bizhuteritë dhe vendosni ato në një vend të sigurt (unaza, orë dore, zinxhirë, etj.), në përputhje me procedurën për ruajtjen e gjërave në pronësi të pacientit; 5. Pacienti heq grimin nga fytyra dhe manikyrin nga thonjtë në mënyrë të pavarur ose me ndihmën e infermierit; 6. Pacientit i lejohet të mbajë protezën dentare, syzet, aparatin e dëgjimit etj. deri në momentin e nisjes për sallën e operacionit; 7. Aplikoni premedikimin e përshkruar; 8. Mundësoni pacientit të zbrazë fshikëzën urinare (nëse është e nevojshme, vendosni një kateter urinar në përputhje me procedurën për vendosjen e kateterit urinar) dhe regjistroni atë; 9. Për parandalimin e trombozës së thellë të ekstremiteteve të poshtme duhet të sigurojmë pacientit (çorape kompresive ose fashë elastike); 10. Të sigurohet vija venoze; 11. Pas dhënies së premedikimit, përgatiteni pacientin sipas rregullave të institucionit (vishni me veshje një përdorimëshe, ngrohni...); 12. Përgatitni dhe kontrolloni dokumentacionin mjekësor (kontrolli bëhet dy herë, herën e parë në repart dhe herën e dytë në sallën e operacionit para se pacienti t'i nënshtrohet operacionit - Shtojca 26) 13. Pacienti i dorëzohet infermierit në sallën e operacionit, ku kryhet kontrolli përfundimtar i përgatitjes së pacientit për operacion.
[V]	Masat e kujdesit	1. Transporti i pacientit në bllokun operativ kryhet me barelë ose në shtrat në të cilin shtrihet pacienti, së bashku me dokumentacionin e plotë mjekësor. 2. Nëse transporti kryhet në karrocë të shtrirë ose në shtrat pacientësh, ai kryhet nga dy infermierë;

		3. Nëse nuk kryhen të gjitha veprimet e planifikuara, infermieri informon mjekun për këtë; 4. Në rastin e operacionit urgjent, përgatitja duhet të jetë e shpejtë, shpesh e kufizuar, me urdhër të mjekut (kirurgut dhe anesteziologut).
[VI]	Dokumentimi	1. Evidentimi i kontrollit të përgatitjes para operacionit bëhet në formularin e kontrollit të përgatitjes para operacionit dhe në dokumentacionin infermieror.

Shtojca 26. Formulari i kontrollit të përgatitjes para operacionit

FORMULARI I KONTROLLIT TË PËRGATITJES PARAOPERATIVE

Emri dhe mbiemri i pacientit _____	
Numri i historisë së sëmundjes _____	Gjinia _____
Pasi të jetë identifikuar pacienti, kontrollohet përgatitja para operacionit:	Vendos shenjën √ nëse është në rregull
Pëlqimi për kirurgji dhe anestezi	
Dokumentacioni i ekzaminimeve të ndryshme para operacionit	
Pacienti mori udhëzime para operacionit	
Pacienti abstenoj nga ushqimi	
Pacienti po merrte terapinë e përshkruar	
Pacienti iu nënshtrua sedacionit gjatë 24 orëve të fundit	
Sigurohet sasia e nevojshme e gjakut dhe produkteve të gjakut	
Kryerja e larjes para operacionit	
Thonjtë e shkurtuar	
Depilimi/largimi i qimeve nga zona e operacionit	
Heqja e protezave dentare	
Heqja e pajisjeve protetike (lloji) _____	
Heqja e bizhuterive (lloji) _____	
Pacienti ka marrë premedikim para operacionit	
Masat e zbatuara për parandalimin e trombo embolis venoze	
Është aplikuar një kateter i qëndrueshëm	
Vendi i operimit i dezinfektuar dhe i mbuluar	
Ofrohet transport për në sallën e operacionit	
Pjesa tjetër:	
Vërejtje:	
Nëse ndonjë nga punët e planifikuara nuk ka nevojë të kryhet ose nuk mund të kryhet, shkruani "asnjë" ose "nuk kam nevojë". Në seksionin vërejtje shëno të gjitha ndryshimet/specifikat, si dhe urdhrat e operatorit për kryerjen e operacionit pavarësisht paralajmërimit veprimet e planifikuara nuk janë zbatuar	

Infermieri përgjegjës: _____

Data dhe ora: _____

19.PROCEDURA E KUJDESIT TË PACIENTIT PAS OPERACIONIT

Qëllimi: është standardizimi i procedurave të kujdesit pas operacionit të pacientit në institucionet e kujdesit dytësor dhe tretësor shëndetësor.

Kujdesi i pacientit pas operacionit në veprimin e hershëm pas operacionit fokusohet në monitorimin e gjendjes së pacientit, eliminimin dhe/ose reduktimin e simptomave fizike dhe identifikimin e komplikimeve.

Për kthimin e pacientit nga salla e operacionit, infermieri duhet të përgatisë dhomën e pacientit, pajisjet dhe materialin e nevojshëm.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës së pacientit	1. Sigurimi i kushteve të favorshme mikroklimatike (lagështia e ajrit dhe temperatura); 2. Siguroni qetësi (mos bërtit), kujdes të mos përplasni gjësende; 3. Nëse është e mundur, vendoseni pacientin në një dhomë me një shtrat.
[II]	Përgatitja e pajisjeve dhe materialeve të nevojshme	1. Aspiratorin për aspirim; 2. Pajisje për aplikimin e oksigjenit; 3. Sphyngmanometër; 4. Termometër; 5. Enë veshkore; 6. Peshqirë pëlhure ose letre; 7. Pajisje të tjera sipas nevojës dhe llojit të operacionit.
[III]	Pranimi dhe kujdesi për pacientin pas operacionit	1. Pas identifikimit dhe nxjerrjes së pacientit nga salla e operacionit, dy infermierë e transportojnë pacientin në dhomën e pacientit me një karrocë transporti. 2. Vendoseni në shtrat pacientin në një pozicion të përshtatshëm nëse është e mundur, ose nëse ai duhet të shtrihet në shpinë, kokën duhet kthyer anash; 3. Ngrohni (mbulojeni) nëse ka të ftohtë; 4. Kontrolloni udhëzimet e mjekut për kujdesin post operativ, udhëzimet e veçanta për monitorim; 5. Zbatoni terapinë e përshkruar; 6. Matni dhe regjistroni parametrat vital; 7. Monitoroni vazhdimisht gjendjen e pacientit;

		8. Merr mostrat e gjakut dhe të urinës për analiza laboratorike sipas udhëzimeve me shkrim të mjekut; 9. Nëse ekziston drenimi, matni dhe regjistroni sasinë dhe pamjen e përmbajtjes së kullimit; 10. Matni dhe evidentoni diurezën; 11. Kujdesuni për zgavrën e gojës dhe lëkurën; 12. Kur kushtet lejojnë, inkurajoni pacientin të marrë frymë thellë dhe të bëjë ushtrime pasive.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Infermieri njofton menjëherë mjekun përgjegjës për çdo përkeqësim të gjendjes apo ndryshim në pamjen e pacientit.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri evidenton të gjitha veprimet dhe procedurat e planifikuara dhe të zbatuara në dokumentacionin infermieror.

20.PROCEDURA PËR TË USHQYERIT E PACIENTIT QË NUK MUND TË USHQEHET VETË

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë mënyrën e sigurt dhe unike të ushqyerjes së pacientëve që nuk mund të ushqehet vetë.

Marrja e ushqimit në organizëm plotëson nevojën themelore të njeriut. Ushqimi është pjesë përbërëse e trajtimit, ai i përshtatet çdo pacienti individualisht në bazë të etiologjisë së sëmundjes dhe gjendjes së pacientit.

Ushqyerja e pacienti, marrja e ushqimit të të cilit është e kufizuar ose plotësisht e pamundur, kryhet nga infermieri. Ushqyerja e pacientëve me aftësi të kufizuar ose të plotë për të marrë ushqim vetë, kryhet nga infermieri në bazë të udhëzimit me shkrim të mjekut.

Infermieri ofron ushqime të përshkruara sipas veprimit dhe kushteve të institucionit për ushqimin e pandërprerë të pacientëve në kushte spitalore.

Për të kryer këtë procedurë, infermieri përgatitë dhomën e të sëmurit, enë të përshtatshme për ushqim dhe pacientin.

Ushqyerja e pacientit bëhet nga infermieri.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e dhomës së pacientit	1. Ajrosni dhomën e pacientit; 2. Siguroni qetësinë gjatë kohës së ushqimit.
[II]	Përgatitja e enëve të ushqimit	1. Përgatitni ushqimin në tabaka; 2. Setin për ngrënien e ushqimit (lugën, pirunin, thikën); 3. Peshqir letre; 4. Setet e nevojshme për higjienën personale; 5. Një gotë me lëng dhe pipëz fleksibël / lakues (nëse është e nevojshme); 6. Vendoseni tabakanë në një pozicion të përshtatshëm për ushqim (në komodinë me dërrasë të lëvizshme, në tavolinë të vogël, ose në karrocë ushqimi).
[III]	Përgatitja e pacienti	1. Eliminimin e sekrecioneve para ushqyerjes nëse është e nevojshme; 2. Pushimi para ngrënies [menjëherë pas ndërhyrjeve të kryera]; 3. Informoni pacientin se është koha për tu ushqyer dhe prezantoni ushqimin e përgatitur; 4. Lejoni pacientin të vendos për rendin e marrjes së ushqimit dhe lëngjeve;

		5. Theksoni se ushqimi është menduar të përgatitet sipas nevojave të tij; 6. Larja e duarve dhe gojës para dhe pas ngrënies; 7. Kontrolloni protezat e dhëmbëve nëse ka.
[IV]	Procesi i ushqyerjes së pacientit	1. Vendoseni pacientin në pozitën e duhur mundësisht ulur (nëse është e mundur); 2. Para se ta ushqeni, kontrolloni gjendjen e mukozës së gojës dhe gjendjen e frymëmarrjes së pacientit (frekuencën e frymëmarrjes, ritmin, thellësinë, zhurmat, gjëhimet, gurgullimat); 3. Vendosni një peshqir letre nën mjekër të pacientit; 4. Kontrolloni nëse temperatura e ushqimit dhe e lëngut është e sigurt për përdorim; 5. Filloni të ushqeni dhe jepni pacientit kohë të mjaftueshme për të përtypur dhe gjëllitur; 6. Kontrolloni nëse pacienti ka gjëllitur ushqimin apo e mban atë në gojë; 7. Lejoni pushim midis përtypjeve; 8. Përdorni peshqir letre dhe pastroni gojën e pacientit gjatë ngrënies; 9. Në rast të kollitjes dhe ekspektorimit / nxjerrjes së këlbazës, ndihmoheni atë duke u përkulur përpara dhe duke fshirë gojën; 10. Komunikoni në mënyrë të përshtatshme me pacientin gjatë marrjes së ushqimit; 11. Pas përfundimit të ushqyerjes, hiqni tabakanë e përdorur; 12. Ktheni pacientin në pozitën e duhur, mbulojeni dhe vendoseni në mënyrë të përshtatshme.
[V]	Masat e Kujdesit	1. Nëse pacienti refuzon ushqimin ose ka vështirësi gjatë ushqyerjes (pamundësi të përtypjes, gjëllitjes, nxitje për të vjella dhe shfaqjen e të vjellave), është e detyrueshme që për këtë të raportohet mjeku përgjegjës; 2. Gjatë ushqyerjes, në dhomën e pacientit, nuk guxojnë të kryhen intervenime mjeko-teknike ndaj pacientëve të tjerë, ato duhet të planifikohen dhe kryhen më herët.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri është i detyruar të regjistrojë në dokumentacionin infermior veprimin e kryer dhe specifikat e vërejtura gjatë ushqyerjes.

21.PROCEDURA E USHQIMIT TË PACIENTIT PËRMES TUBIT NAZOGASTRIK

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë mënyrën e duhur, të sigurt dhe unike të ushqyerjes së pacientit përmes tubit (sondës) nazogastrik.

Ushqimi enteral është futja e ushqimit, solucioneve ushqimore ose preparateve nëpërmjet tubit në stomak ose në pjesën fillestare të zorrës së hollë, kur nuk është e mundur të ushqehet nga goja për shkak të sëmundjeve ose gjendjeve të ndryshme.

Për ushqyerjen e pacientit nëpërmjet tubit nazogastrik, infermieri përgatit materialin e nevojshëm dhe pacientin.

Përgatitja e përshtatshme e ushqimit (përgatitja farmaceutike e gatshme ose ushqimi i përzier/pure në formë të lëngshme ose të lëngshme) dhe të lëngshme (çaj, ujë);

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialeve	1. Përgatitni ushqim të përshtatshëm [përgatitje farmaceutike të gatshme ose ushqim të përzier në formë të lëngshme dhe lëngje (çaj, ujë)]; 2. Doreza jo-sterile; 3. Kompresa ose peshqir letre; 4. Enë veshkore; 5. Pincë ose pean; 6. Stetoskop; 7. Shiringë për ushqim 50 ml; 8. Shiringë për shpëlarje të sondës 50 ml; 9. Gotë me ujë; 10. Leukoplast; 11. Aspirator në rast të nevojës për aspirim të përmbajtjes; 12. Kutë për mbetje komunale.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Prezantoni veten dhe identifikoni pacientin; 2. Informoni pacientin për nevojën dhe rëndësinë e të ushqyerit; 3. Kontrolloni gjendjen subjektive të pacientit; 4. Vendoseni pacientin në pozicionin e Fowler-it; 5. Paralajmëroni pacientin për shqetësimet që mund të shfaqen gjatë procesit të ushqyerjes (të përzierat, të vjellat).

[III]	Procedura e ushqyerjes së pacientit përmes tubit nazogastrik	1. Lani duart dhe vendosni dorezat; 2. Kontrolloni nëse tubi është në lukth (me ndihmën e stetoskopit). 3. Vendosni kompresë mbrojtëse nën mjekër në gjoks; 4. Kontrolloni temperaturën e ushqimit (të ngrohur në 37°C); 5. Tërhiqni ushqimin e përgatitur në shiringë; 6. Hiqni kapakun ose peanin nga tubi dhe lidhni shiringën me tubë; 7. Jepni ushqimin ngadalë (200 - 350 ml për 15 - 30 minuta); 8. Pas ushqyerjes, shpërlani tubin me 20 - 30 ml ujë; 9. Ndani shiringën nga tubi dhe mbylleni me kapak ose pean; 10. Rregulloni dhe asgjësoni siç duhet materialin e përdorur; 11. Këshilloni pacientin të qëndrojë në pozicion të ngritur për të paktën 30 minuta pas të ushqyerit; 12. Hiqni dorezat dhe lani duart.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Ndaloni ushqyerjen në rast dhimbjeje, të përzierash, të vjellash, diarrije; 2. Rregulloni marrjen e ushqimit me dinamikën e gëlltitjes; 3. Mbani rregullisht higjienën orale; 4. Monitoroni peristaltikën (lëvizshmërinë) e zorrëve.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron veprimin e kryer në dokumentacionin infermieror.

22.PROCEDURA E KUJDESIT SHËNDETËSOR PËR PACIENTIN PAS RINGJALLJES KARDIOPULMONARE

Qëllimi: i procedurës është të ofrojë udhëzime për infermierët për mënyrën korrekte, të sigurt dhe unike të kryerjes së kujdesit shëndetësor pas ringjalljes kardiopulmonar.

Pas ringjalljes kardiopulmonare, infermieri kryen kujdesin specifik të pacientit. Rëndësia e kujdesit shëndetësor reflektohet në parandalimin e sëmundjeve që mund të lindin si pasojë e gjendjes së pacientit, si dhe në plotësimin e të gjitha nevojave jetike dhe higjienike të pacientit.

Mbikëqyrja e pacientit pas ringjalljes kardiopulmonare kryhet nga mjekë dhe infermierë.

Infermieri, kontrollon kalueshmërinë e kanulës intravenoze, aplikon terapinë, merr mostrën e gjaku për analiza laboratorike sipas udhëzimit të mjekut dhe monitoron parametrat e mëposhtëm:

Infermieri kontrollon kalueshmërinë e kanulës intravenoze / KVQ-së, aplikon terapi, merr mostra gjaku për analiza laboratorike sipas udhëzimit të mjekut dhe monitoron parametrat vital.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Monitorimi i parametrave	1. Pulsin; 2. Frymëmarrjen; 3. Presionin e gjakut 4. Temperaturën; 5. Dhimbjen; 6. EKG 7. SpO2 8. Diurezën; 9. Sekrecione të tjera.
[II]	Kujdesi shëndetësor për pacientin pas ringjalljes kardiopulmonare	1. Infermieri siguron kushte të përshtatshme mikroklimatike të dhomës ku qëndron pacienti (lagështinë, temperaturën); 2. Kujdesin për zgavrën e gojës; 3. Përkujdesa ndaj lëkurës; 4. Trajtimin e kateterit urinar; 5. Kujdesin ndaj stomës; 6. Pastrimin/larjen e pacientit, 7. Mirëmbajtjen e regjionit ano gjenital; 8. Parandalimin e dekubitit;

		9. Ushqyerja e pacientit; 10. Ushtrime aktive, pasive dhe masazh të trupit (me tretësirë alkooli 76% dhe ujë në raport 50:50); 11. Masat për parandalimin e tromboembolizmit venoz; 12. Parandalimi i infeksioneve intraspitalore; 13. Mirëmbajtjen e pajisjeve të ventilimit mekanik. Nëse gjatë defibrilimit ndodhin djegie sipërfaqësore të lëkurës, infermieri pastron lëkurën nga xheli, më pas vendos krem ose yndyrë kundër djegies dhe mbulon djegiet me garzë sterile.
[III]	Masat e kujdesit	1. Për pacientët me ventilim mekanik, vëmendje e veçantë i kushtohet kujdesit të syve për të parandaluar dëmtimin e kornesë për shkak të lagështirës së pamjaftueshme. Infermieri vendos garzë ose tufëra pambuku të njomur me tretësirë fiziologjike në qepallat e mbyllura.
[IV]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron veprimet e kryera në dokumentacionin infermieror.

KAPITULLI IV – PROCEDURAT DIAGNOSTIKO - TERAPEUTIKE

- 23 PROCEDURA PËR MATJEN E SHENJAVE VITALE
- 24 PROCEDURA PËR REALIZIMIN E ELEKTROKARDIOGRAMIT
- 25 PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT PLEURAL
- 26 PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT LUMBAL
- 27 PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT ABDOMINAL
- 28 PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË BRONKOSKOPISË
- 29 PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË GASTROSKOPISË
- 30 PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KOLONOSKOPISË DHE REKTOSKOPISË
- 31 PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT PËR DIAGNOSTIKIM RADIOLOGJIK
- 32 PROCEDURA E USHQIMIT PARENTERAL TË PACIENTËVE
- 33 PROCEDURA E VENDOSJES, TUALETIT DHE HEQJES SË KATETERIT URINAR
- 34 PROCEDURA E APLIKIMIT TË KLIZMËS

23.PROCEDURA PËR MATJEN E SHENJAVE VITALE

Qëllimi: i kësaj procedure është standardizimi i procedurave për matjen e shenjave vitale në shërbimet profesionale / institucionet shëndetësore të KDTSh.

Shenjat vitale (puls, frymëmarrja, temperatura, presioni i gjakut) janë tregues të funksioneve bazë të trupit tonë. Monitorimi i shenjave vitale siguron pasqyrën e gjendjes së pacientit, regjistrimin e ndryshimeve në hemostazën e organizmit dhe në përputhje me rrethanat vendosjen e indikacioneve në kohë për veprime urgjente ose të rregullta, korrigjuese, kuruese dhe diagnostikuese.

Temperatura e trupit paraqet shkallën e ngrohjes së trupit. Matja bëhet me termometër, më së shpeshti në gropën e sqetullës (aksilare) dhe rektale. Temperatura normale e trupit (aksilare) është brenda 36,1 - 37,2°C.

Pulsi është pasqyrim i punës së zemrës në arteriet periferike, matet me palpimin në arteren radialis, temporalis, carotis, femoralis, poplitei, dorsalis pedis. Pulsi normal i zemrës të një personi i shëndetshëm dhe të rritur në gjendje pushimi/qetësie është midis 60 dhe 80 rrahje në minutë.

Frymëmarrja është një proces spontan dhe ritmik në të cilin gazrat shkëmbehen ndërmjet organizmit dhe mjedisit të jashtëm. Numri normal i frymëmarrjeve tek të rriturit është 18 deri në 20 në minutë.

Presioni arterial i gjakut (tensio arterialis) është forca me të cilën gjaku qarkullon në muret e enëve të gjakut arterial dhe më së shpeshti matet në arterien brachialis.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN – HAPAT
[I]	Matja e temperaturës Përgatitja e materialit	1. Maska; 2. Doreza një përdorimesh; 3. Termometri; 4. Ora; 5. Peshqir letre; 6. Dezinfektues; 7. Vazelinë.
[II]	Matja e temperaturës - përgatitja e pacientit	1. Prezantoni veten dhe identifikoni pacientin; 2. Shpjegoni procedurën e matjes dhe vendosni pacientin në pozitë të rehatshme; 3. Kërkoni pacientit të thajë nënsqetullën, nëse është e nevojshme i ndihmoni.
[III]	Matja e temperaturës aksilare	1. Vendosni maskën dhe doreza një përdorimesh; 2. Kontrolloni nëse treguesi i temperaturës së trupit në termometër është nën 36°C;

		3. Vendosni majën e termometrit në pjesën qendrore të sqetullës së pacientit; 4. Kërkojini pacientit të vendosë dorën aty ku vendoset termometri; 5. Nëse gjendja e pacientit nuk e lejon, infermieri ia mban dorën; 6. Temperatura e matur me termometër me alkool realizohet për 3 - 5 minuta dhe lexohet vlera e matur; 7. Pasi të keni matur temperaturën e trupit, lani termometrin mekanikisht me ujë të ngrohtë, thajeni, dezinfektoni dhe ruani në vendin e caktuar.
[IV]	Matja e temperaturës rektale	1. Vendosni maskën dhe dorezat një përdorimesh; 2. Kontrolloni nëse treguesi i temperaturës së trupit në termometër është nën 36°C; 3. Hapni gluteusin me dorën jo dominuese dhe fshijeni vrimën anale me dorën dominuese, duke përdorur shtupë pambuku të njomur me sapun të lëngshëm; 4. Lyeni majën e termometrit me vazelinë ose vaj parafine dhe futeni me kujdes majën e termometrit në rektum: – deri në 1,5 cm për të porsalindurin; – deri në 2,5 cm për fëmijën e vogël dhe – prej 3 - 5 cm për të rritur. 5. Temperatura e matur me termometër me alkool realizohet për 3 - 5 minuta dhe lexohet vlera e matur; 6. Pasi të keni matur temperaturën e trupit, lani termometrin mekanikisht me ujë të ngrohtë, thajeni, dezinfektoni dhe ruani në vendin e caktuar.
[V]	Matja e pulsit - përgatitja e materialit dhe pacientit	1. Maskë; 2. Kronometër, orë me sekondar ose orë digjitale. 3. Prezantoni veten dhe identifikoni pacientin; 4. Shpjegoni procedurën; 5. Vendosni pacientin në pozitë të duhur. 6. Palponi për të gjetur pulsime në arterie; 7. Me mollëzat e gishtit të dytë, të tretë dhe të katërt, duke shtypur lehtë në arterie, matni pulsën për një (1) minutë; 8. Gjatë matjes, kushtojini vëmendje frekuencës dhe ritmit të pulsit; 9. Lani dhe thani duart pasi të keni matur pulsën.
[VI]	Matja e frekuencës së	1. Kronometër, orë me sekondar, ose orë digjitale;

	frymëmarrjes - përgatitja e materialit dhe pacientit	2. Stetoskop; 3. Maskë dhe doreza për një përdorim; 4. Prezantoni veten dhe identifikoni pacientin; 5. Shpjegoni veprimin dhe vendosni pacientin në pozitën e duhur; 6. Shpjegojini pacientit që ai të marrë frymë spontanisht; 7. Vendosni stetoskopin në gjoks; 8. Matni numrin e frymëmarrjeve në një minutë; 9. Vëzhgoni lëvizjet e gjoksit; 10. Matni sipas parimit "shiko – dëgjo - ndjej"; 11. Përqendroni vëmendjen në frekuencën, thellësinë, ritmin dhe kohëzgjatjen e fazave të frymëmarrjes.
[VII]	Matja e presionit të gjakut - përgatitja e materialit dhe pacientit	1. Aparat për matjen e presionit - sphygmomanometër; 2. Stetoskop; 3. Shtupa pambuku me dezinfektues; 4. Prezantoni veten dhe identifikoni pacientin; 5. Shpjegoni pacientit veprimin e matjes së presionit të gjakut si dhe bashkëpunimin që pritët prej tij; 6. Vendoseni pacientin në pozitë të shtrirë ose ulur me krahun e shtrirë në nivelin e zemrës dhe pëllëmbën e drejtuar lart; 7. Lironi dorën e pacientit nga rrobat; 8. Matja duhet të bëhet pas 5 minutash pushim, nëse rrethanat dhe gjendja e pacientit e lejojnë.
[VIII]	Veprimi i matjes së presionit të gjakut	1. Zbrazni ajrin nga mansheta; 2. Vendosni manshetën 2,5 cm mbi bërryl, në mënyrë që të mbulojë dy të tretat e krahut të sipërm; 3. Vendosni kufjet e stetoskopit në veshë; 4. Vendosni stetoskopin në arterien brachiale dhe mbajeni në atë vend me një dorë; 5. Mbyllni valvulën me gishtin e madh dhe tregues të dorës tjetër; 6. Fryni shpejt manshetën 20 - 40 njësi pas tingullit të fundit të dëgjueshëm; 7. Hapni valvulën dhe lironi butësisht ajrin nga mansheta; 8. Dëgjoni me kujdes dhe regjistroni rrahjen e parë (sistolike), pastaj regjistroni rrahjen e fundit (diastolike); 9. Pas leximit, zbrazni manshetën duke hapur valvulën;

[IX]	Masat e kujdesit	1. Rritja e aktivitetit fizik, gjendja emocionale, mosha mund të shkaktojnë rritje të vlerave të shenjave vitale; 2. Vlerat e temperaturës të matura rektale dhe aksilare ndryshojnë me 0,5 - 1°C; 3. Pas përdorimit, dezinfektoni dhe ruajeni termometrin ekskluzivisht në paketimin origjinal. 4. Në fund të çdo matje, dezinfektoni kufjet dhe membranën e stetoskopit dhe vendosni në vendin e caktuar. 5. Para dhe pas çdo veprimi, lani, thani dhe dezinfektoni duart.
[X]	Dokumentimi	1. Të gjitha vlerat e matura të shenjave vitale regjistrohen nga infermieri në dokumentacionin shëndetësor dhe listën e temperaturës-terapisë dhe dietave.

24.PROCEDURA PËR REALIZIMIN E ELEKTROKARDIOGRAMIT

Qëllimi: i procedurës është që të kryhet regjistrimi i elektrokardiogramit (EKG) teknikisht i saktë. Intervenimi kryhet sipas procedurës unike nga infermieri/ja, në mënyrë të pavarur ose me kërkesë nga mjeku.

Elektrokardiografia është procedurë jo-invasive për regjistrimin e potencialeve elektrike, të cilat zemra prodhon përmes punës së saj. Elektrokardiogrami standard përbëhet nga 12 derivacione, 3 derivacione standarde (I, II, III), 3 derivacione unike të ekstremiteteve (aVR, aVL, aVF) dhe 6 derivacione prekordiale (V1 deri V6).

Monitorimi i punës së zemrës me anë të një regjistrimi grafik të potencialit elektrik të zemrës ka për qëllim diagnostikimin e sëmundjes së zemrës, orientimin e shpejtë klinik të gjendjes së pacientit ose vendimin për trajtimin terapeutik.

Zbatimi i procedurës diagnostike të EKG bëhet gjatë një emergjence, kur pacienti ka dhimbje në gjoks, gulçim, aritmi ose shenja dhe simptoma të tjera që sugjerojnë mundësinë e sëmundjes akute kardiovaskulare.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Materiali dhe mjetet për kryerjen e procedurës së EKG-së	1. Aparati i EKG-së; 2. Shiriti i EKG-së; 3. Elektrodat; 4. Xhel elektropërçues; 5. Letër për fshirje.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Siguroni privatësinë (mbyllni derën, vendosni paravanin); 2. Nëse gjendja e pacientit lejon, sqaroni pacientit procedurën e EKG-së; 3. Udhëzoni pacientin të lirojë gjoksin dhe ekstremitetet nga veshjet dhe bizhuteritë (ndihmoni pacientit nëse ka nevojë për ndihmë); 4. Nëse është e nevojshme, rruani gjoksin e pacientit; 5. Vendosni pacientin në një pozitë të rehatshme të shtrirë ose ulur (pozicioni i lartë i Fowler); 6. Vendosni elektrodat me aplikimin paraprak të xhelit në lëkurë, apo përdorni ujë në mungesë të xhelit.
[III]	Eliminoni çdo faktor që mund të pengojë në regjistrimin e saktë të EKG-së	1. Kontakti i pacientit me pjesët metalike; 2. Kontakti i dobët i elektrodave me lëkurën; 3. Prekjen e pacientit gjatë regjistrimit; 4. Kabllot e ngatërruara; 5. Këshilloni pacientin të pushojë.

[IV]	Vendosja e elektrodave	- Vendosja e elektrodave në ekstremitete: Elektroda e KUQE - ana e brendshme e nyjës së dorës së djathtë, Elektroda e VERDHË - ana e brendshme e nyjës së dorës së majtë, Elektroda e GJELBËRT - ana e brendshme e kyçit të këmbës së majtë, Elektroda e ZEZË - ana e brendshme e kyçit të këmbës së djathtë - - Në rastin e një gjymtyrë të amputuar, përdorni trungun e mbetur, - Vendosja e elektrodave në gjoks: V1 - hapësira e 4-të ndër brinjore parasternale, e djathtë; V2 - hapësira e 4-të ndër brinjore parasternale, e majtë; V4 - ictus - një gisht medialisht nga vija medioklavikulare, hapësira e 5-të ndër brinjore; V3 - midis V2 dhe V4; V5 - hapësira e 5-të ndër brinjore në vijën e përparme aksillare; V6 - hapësira e 5-të ndër brinjore në vijën e mesme aksillare; - Kur startoni aparatin EKG duhet të respektohen udhëzimet e prodhuesit për përdorim; - Kur aparati ka mbaruar regjistrimin, hiqni elektrodën, fshini me letër çdo mbetje të xhelit apo ujin nga lëkura e pacientit dhe elektrodën dhe i paloni në mënyrë të rregullt (ndani kabllot); - Shkruani në të dhënat e EKG-së: emrin e pacientit, moshën, datën dhe kohën e regjistrimit.
[V]	Mirëmbajtja e aparatit	- Hiqni aparatin nga furnizimi me energji elektrike; - Pastroni sipërfaqen e aparatit me një solucion të detergjentit të butë dhe thajeni me letër; - Pastroni sipërfaqen e kabllit/ove me një solucion të detergjentit të butë dhe thajeni me letër; - Dezinfektoni elektrodën me dezinfektues alkooli.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri/ja regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues mjekësor të institucionit: - Të dhënat e përgjithshme të pacientit; - Datën dhe orën kur është bërë EKG; - Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

ALGORITMI PËR KRYERJEN E PROCEDURËS SË EKG-SË

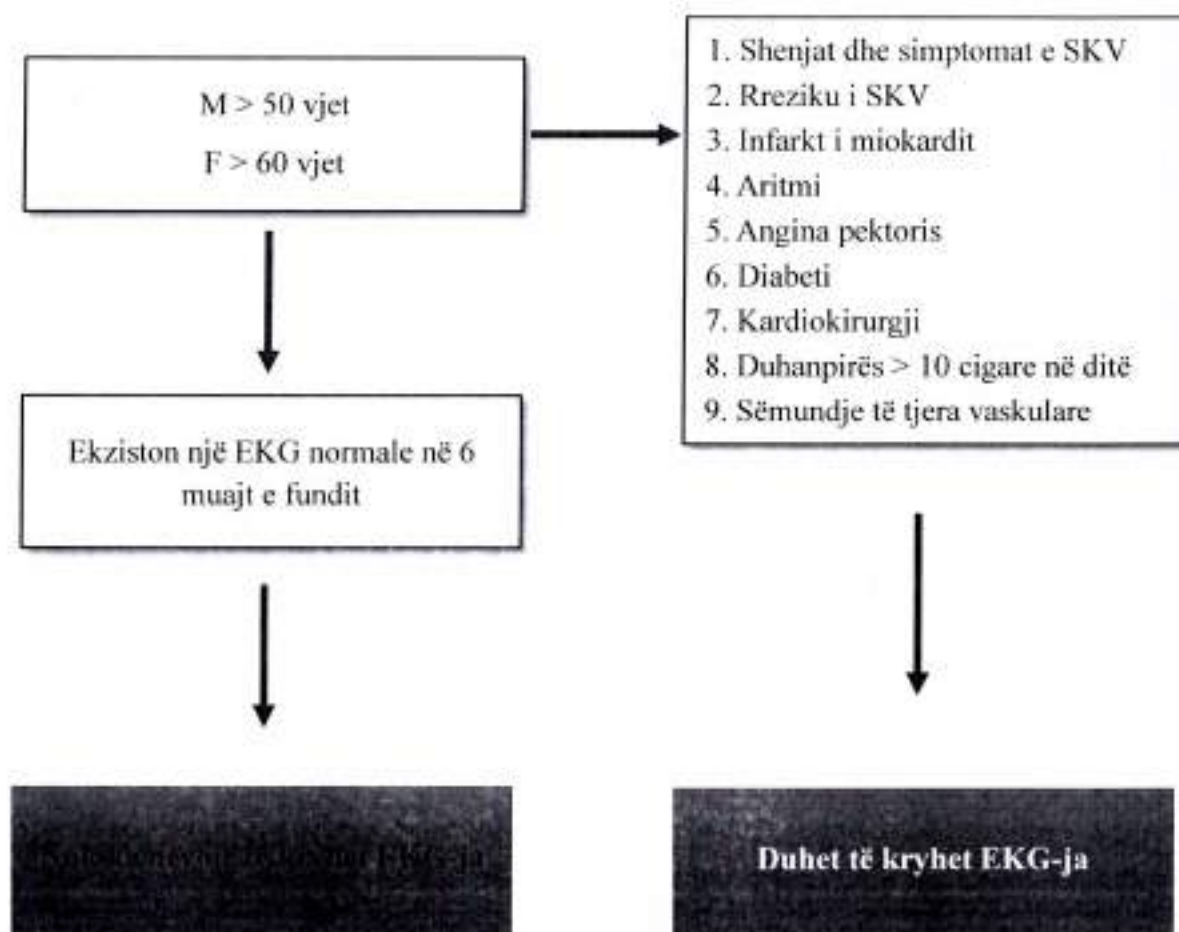
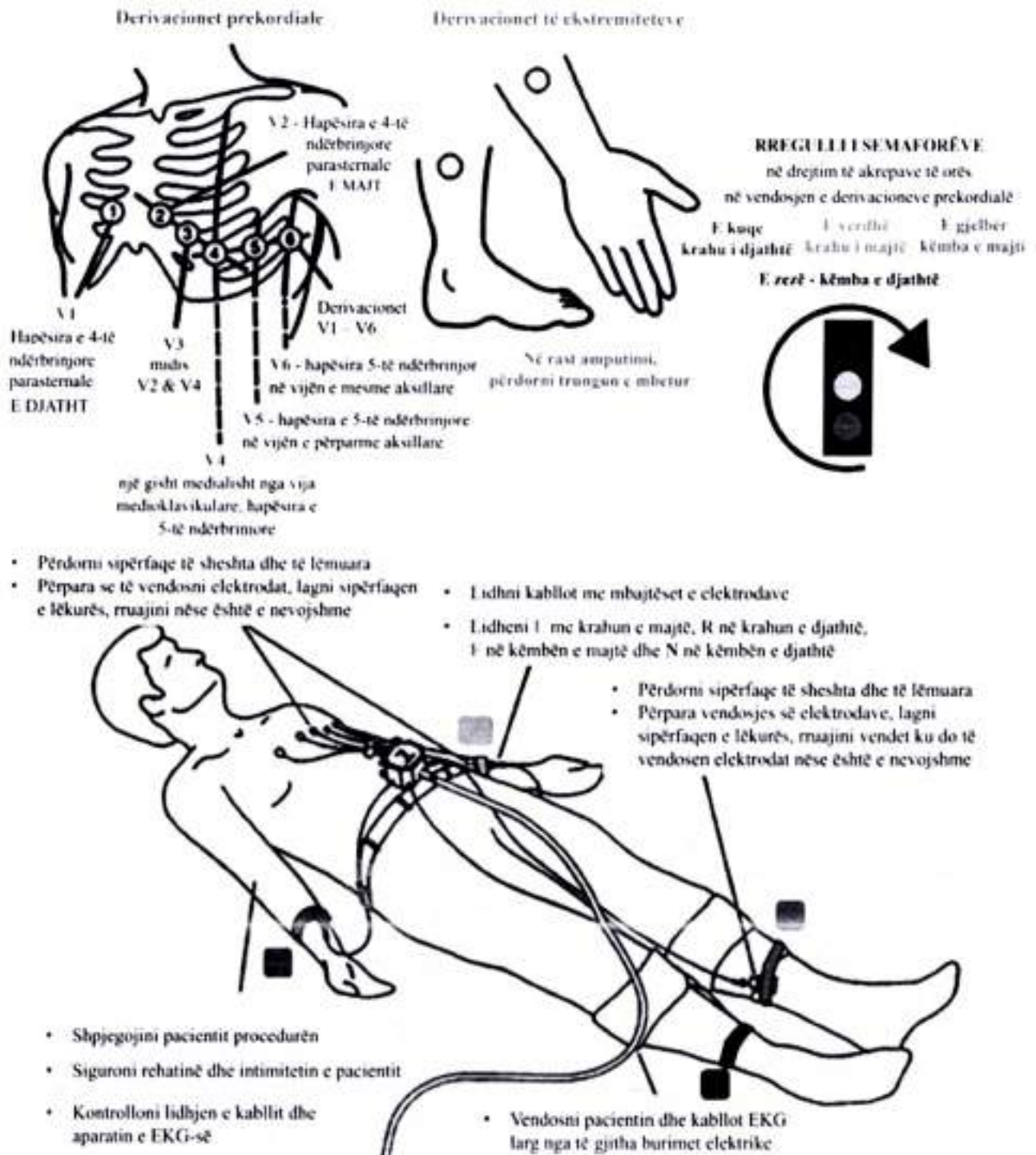


Figura 9. Udhëzime për EKG



25. PROCEDURA PËR PËRGATITJEN E PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT PLEURAL

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për mënyrën korrekte, të sigurt dhe unike të përgatitjes së materialeve, pacientëve dhe asistencës gjatë punkSIONIT pleural.

Punksioni pleural është procedurë invazive diagnostike dhe terapeutike, e cila përfshin futjen e gjilpërës përmes murit të krahërorit në zgavrën pleurale, me qëllim mbledhjen e përmbajtjes pleurale për qëllime të testeve diagnostike dhe trajtimit.

Punksioni pleural indikohet dhe kryhet nga mjeku me pëlqimin me shkrim të pacientit, ndërsa infermieri përgatit materialin, pacientin dhe asiston.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Doreza (sterile dhe jo sterile); 2. Dezinfektues për duar; 3. Maska mbrojtëse; 4. Kompresa sterile; 5. Mantel ose përparëse një përdorimesh; 6. Mjete për pastrimin dhe dezinfektimin e lëkurës; 7. Tupfera steril; 8. Pean dhe piskatore sterile; 9. Enë veshkore; 10. Flaster; 11. Shiringa sterile prej 2 ml dhe 20 - 50 ml; 12. Gjilpëra sterile të madhësive të ndryshme (për tërheqje dhe aplikim të anestetikëve); 13. Anestetik lokal; 14. Komplet steril për punkSION pleural (një rubinet me tre krahë në pjesën e përparme të së cilës vendoset një gjilpërë me volum më të madh për shpim, në anën e kundërt një shiringë 20-50 ml dhe zgjatimi i tretë lidhet me enën i cili mblidhet lëngu pleural); 15. Epruveta sterile me kapak dhe mbajtës (nëse është planifikuar të dërgohet mostra për analizë); 16. Enë e shkallëzuar për pranimin e pikësimit; 17. Kutë për mbetjet e mprehta dhe qese për mbetjet infektive.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin;

		2. Prezantohuni dhe informoni pacientin me veprimin, qëllimin e punkcionit pleural dhe kërkonti bashkëpunimin e tij; 3. Gjysmë ore para veprimit, jepni pacientit barin sipas udhëzimeve të mjekut; 4. Siguroni privatësinë e pacientit; 5. Matni shenjat vitale [presioni i gjakut, pulsi, frymëmarrja, (ngopja), temperatura e trupit]; 6. Vendosni pacientin në pozitën e duhur (pozicioni përcaktohet nga mjeku).
[III]	Veprimet e infermierit gjatë kryerjes së punkcionit pleural	1. Për të kryer procedurën e punkcionit pleural nevojiten dy infermierë. Një infermier "jo steril" monitoron shenjat vitale të pacientit, para dhe gjatë veprimit dhe i ofron mbështetje pacientit, dhe infermieri tjetër "steril" ndihmon mjekun. 2. Siguroni privatësinë e pacientit, si dhe ndriçimin/dritën në dhomë; 3. Vendosni materialet dhe aksesoret e nevojshëm në tavolinën e ndërhyrjes, lehtësisht të arritshme; 4. Vendosni maskën; 5. Vishni mantelin ose përparëse njëpërdorimshme; 6. Matni shenjat vitale dhe regjistroni në dokumentacionin shëndetësor; 7. Lani, thani, dezinfektoni duart dhe vendosni doreza sterile. <i>Infermieri "jo steril"</i> 1. Zhvisheni pacientin në pjesën e sipërme të trupit; 2. Vendosni pacientin në një nga pozicionet sipas gjendjes së tij shëndetësore; 3. Vendosni pacientin e lëvizshëm në pozicion ulur në karrige, me krahët në mbështetëse të përkulur në bërryla, me një jastëk të vogël poshtë krahëve, ose poziciononi krahun e pacientit anash mbi kokë ose në shpatullën e kundërt; 4. Sipas udhëzimeve të mjekut, pacienti që nuk mund të marrë pozicionin ulur vendoset në pozicion adekuat të shtrirë; 5. Mbështeteni pacientin gjatë gjithë veprimit. <i>Infermieri "sterile"</i> 1. Vendosni dorezat sterile;

		2. Me pen ose piskatore, ofron tupferat për të dezinfektuar lëkurën; 3. Ofron anestetik lokal te mjeku; 4. I jep mjekut një gjilpërë për punkcionin pleural (duke përdorur teknikën pa prekje); 5. Pas injektimit vendosni një mbajtës të shkallëzuar për pranimin e epruvetave; 6. Gjatë marrjes së mostrave për analizë, i ofroni mjekut epruveta, mbyll epruvetën, shënoni emrin dhe mbiemrin e pacientit; 7. Pasi nxjerr gjilpërën, i ofroni mjekut garza/kompresa sterile, i cili i vendos në vendin e shpimit dhe infermieri i rregullon me flaster; 8. Përpunimi i materialit të përdorur; 9. Dorëzoni epruvetat (kampioni) në laborator brenda një ore, me dokumentacion të plotësuar adekuat; 10. Vendosni pacientin në shtrat, monitoroni atë 24 orë në ditë dhe matni shenjat vitale; 11. Informoni mjekun për çdo ndryshim të mundshëm në pamjen klinike të pacientit.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Pacienti duhet të jetë me lukth të zbrazur, përveç rasteve urgjente; 2. Lëvizjet dhe kolla gjatë procedurës mund të dëmtojnë mushkëritë ose pleurën; 3. Kufizoni aktivitetin fizik të pacientit për 24 orë pas veprimit.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron në dokumentacionin e disponueshëm infermior ecurinë e procedurës së kryer, shenjave vitale, kollën, ekspektorimin dhe vendin e injektimit, sasinë totale të lëngut të nxjerrë, ngjyrën dhe viskozitetin e lëngut.

26.PROCEDURA PËR PËRGATITJEN E PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT LUMBAL

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për mënyrën korrekte, të sigurt, unike të përgatitjes së pacientit, materialeve dhe asistencës gjatë punkSIONIT lumbal.

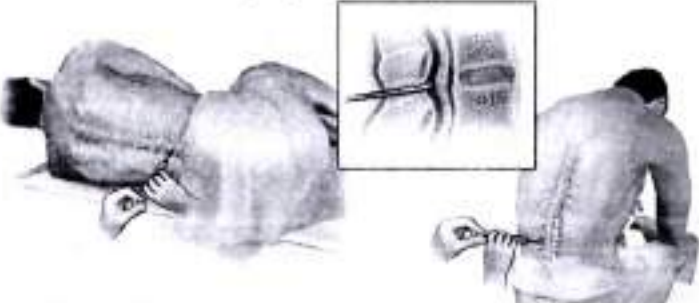
Punksioni lumbal është procedurë me të cilën lëngu cerebrospinal merret nga pjesa lumbale e shtyllës kurrizore për qëllime diagnostikuese ose terapeutike.

Punksioni lumbal indikohet dhe kryhet nga mjeku, ndërsa infermierët përgatisin materialin, pacientin dhe asistojnë.

Për të kryer procedurën e punkSIONIT lumbal nevojiten 2 - 3 infermierë (në varësi të moshës dhe gjendjes së pacientit). Pas përgatitjes së pacientit dhe materialeve, infermieri siguron privatësinë e pacientit, ajrosjen dhe ndriçimin në dhomë.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Veprimet e infermierit dhe përgatitja e pacientit	1. Lani, dezinfektoni duart dhe vendosni dorezat; 2. Vendosni maskën; 3. Vishni përparësen ose përparëse një përdorimesh; 4. Identifikoni pacientin; 5. Informoni pacientin me veprimin dhe qëllimin e punkSIONIT lumbal; 6. Jepni deklaratën e pëlqimit pacientit/kujdestarit për të nënshkruar, ndërsa në emër të të miturve apo pacientëve pa kontakt, deklarata e pëlqimit nënshkruhet nga prindi/kujdestari/i afërmi; 7. Inkurajoni pacientin për të bashkëpunuar; 8. Siguroni privatësinë e pacientit; 9. Jepni udhëzime pacientit për kryerjes e nevojave fiziologjike përpara kryerjes së procedurës; 10. Matni shenjat vitale [presioni i gjakut, puls, frymëmarrja (ngopja), temperatura e trupit]; 11. Vendosni pacientin në pozitën e duhur (pozicioni përcaktohet nga mjeku).
[II]	Përgatitja e materialit	1. Doreza (jo sterile dhe sterile); 2. Dezinfektues për duar; 3. Maskë; 4. Mantel ose përparëse një përdorimesh; 5. Mjete për pastrimin dhe dezinfektimin e lëkurës; 6. Tupferë steril; 7. Pinca/piskatore;

		8. Enë veshkore; 9. Kompresë; 10. Fllaster; 11. Anestezion lokal; 12. Shiringë 2 - 5 ml; 13. Gjilpëra të madhësive të ndryshme; 14. Gjilpëra spinale të madhësive të ndryshme (22 - 27G); 15. Epruveta sterile me kapak (në epruvetë shënoni emrin dhe mbiemrin e pacientit, shërbimin profesional / institucionin shëndetësor të KDTSh dhe datën e marrjes së mostrës); 16. Mbajtës për epruveta; 17. Kuti për mbetjet e mprehta dhe qese për mbetjet infektive; 18. Çanta (kantonier) për transport të mostrës.
[III]	Përgatitja e pacientit dhe materiali për	1. Veprimi kryhet në kushte aseptike; 2. Lani, dezinfektoni duart dhe vendosni dorezat (njëri prej infermierëve duhet të përmbushë të gjitha masat aseptike "steril"); 3. Vendosni maskën; 4. Vishni mantelin ose përparësen një përdorimshe;  Figura 10: Pozicioni i pacientit gjatë punkcionit lumbal 5. Vendosni materialin dhe aksesoret e nevojshëm në tavolinën e ndërhyrjes; 6. Matni shenjat vitale; Infermieri "jo steril" 7. Zhvesh pacientin nga veshjet e sipërme; 8. Vendos pacientin në pozitën e duhur: a) Në pozicion anësor (fetal) - pacienti është në anën e shtratit me një jastëk të vogël poshtë kokës, me qafën dhe gjunjët të tërhequr drejt gjoksit; b) Pacienti ulet në skajin anësor të shtratit me qafën të përkulur drejt gjoksit, ndërsa infermieri qëndron përballë pacientit. Me njërën dorë, infermieri merr duart e pacientit pas qafës dhe i fikson ato në gjoks, në mënyrë

		që pjesa e pasme e qafës së pacientit të vijë në drejtim të sqetullës të tij; c) Pacienti ulet në karrigë me duart në pjesën e pasme të karriges, me kokën e mbështetur në duart e tij, ku ka një jastëk të vogël. 9. Mbështetni pacientin dhe inkurajoni atë; Infermieri "steril" 10. Vendosni dorezat sterile, 11. Asistoni mjekun përmes pincës me tufera për dezinfektimin e lëkurës; 12. Vendosni kompresë sterile me hapje; 13. Ofroni mjekut anestetikun; 14. Ofroni mjekut gjilpërën e duhur spinale; 15. Pas injektimit hap epruvetat për marrjen e mostrës së lëngut cerebrospinal; 16. Pas nxjerrjes së gjilpërës, i jepni mjekut tupferin e palosur dhe rregulloni vendin e injektimit me flaster; 17. Me udhëzues të plotësuar në mënyrë të lexueshme dhe kampionin e lëngut cerebrospinal, organizoni transportin e sigurt në laboratorin kompetent.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Pacienti duhet të ketë lukthin e zbrazët, përveç rasteve urgjente; 2. Monitoroni pacientin për 24 orë dhe kontrolloni për komplikime të mundshme (dhimbje koke, rrjedhje e lëngut cerebrospinal, reagim ndaj anestezisë, edemë dhe hematoma e rajonit të mesit, dhimbjeve lokale, të vjella, temperaturë e ngritur); 3. Pacienti shtrihet në shpinë për dy orë me një jastëk të hollë poshtë kokës; 4. Kufizoni aktivitetin fizik të pacientit për 24 orë pas procedurës; 5. Lejoni një vakt pas dy orësh; 6. Kujdes me pacientët me trombocitopeni ose terapi antikoagulante; 7. Transporti në laborator duhet të jetë urgjent për ekzaminim citologjik (qelizat në lëngun cerebrospinal prishen shumë shpejt); 8. Nëse mostra e lëngut cerebrospinal nuk dorëzohet menjëherë në laborator, ruajeni në temperaturën 37°C.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron procedurën e kryer në dokumentacionin shëndetësor.

27.PROCEDURA PËR PËRGATITJEN E PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË PUNKSIONIT ABDOMINAL

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për mënyrën e duhur, të sigurt, unike të përgatitjes së pacientit, materialeve dhe asistencës gjatë punkSIONIT abdominal.

Punksioni abdominal është metodë me të cilën përmbajtja/lëngu (asciti) tërhiqet nga zgavra e barkut përmes një gjilpërë ose kanule të futur në murin e barkut me qëllim terapeutike, të drenazimit (tërheqjes së sasisë së ascitit) ose për qëllime diagnostikuese (biokimike dhe citologjike).

Punksioni abdominal indikohet dhe kryhet nga mjeku, ndërsa infermieri përgatit pacientin, materialet dhe asistojnë gjatë punkSIONIT abdominal.

Infermieri "jo steril" monitoron shenjat vitale të pacientit para dhe gjatë veprimit dhe i regjistron ato, i ofron mbështetje pacientit dhe infermierit tjetër "steril".

Procedura kryhet në kushte aseptike.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e pacientit	1. Të identifikohet pacienti; 2. Të sigurohet privatësia e pacientit; 3. Të informohet pacienti me procedurën dhe qëllimin e punkSIONIT abdominal; 4. Jepni pacientit deklaratën e pëlqimit për të nënshkruar (Shtojca 1); 5. Informoni pacientin për nevojën e zbrazjes së fshikëzës; 6. Kërkoni bashkëpunimin e pacientit; 7. Matja e shenjave vitale (presioni i gjakut, pulsi, frymëmarrja, temperatura e trupit); 8. Peshoni pacientin (nëse është e mundur); 9. Matja e perimetrit të barkut (niveli i kërthizës); 10. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur për punkSIONIN abdominal.
[II]	Përgatitja e materialit	1. Doreza sterile të madhësive të ndryshme; 2. Dezinfektues për duar; 3. Maska; 4. Kompresë sterile me hapje; 5. Mjete për pastrimin dhe dezinfektimin e lëkurës; 6. Mantel ose përparëse një përdorimesh; 7. kompresa për mbrojtjen e shtratit;

		8. Jastëk; 9. Fashë; 10. Tupfera sterile (të rrumbullakët, komplekse); 11. Pincat sterile; 12. Enë veshkore; 13. Flaster; 14. Shiringa sterile prej 2 ml, 5 ml, 10ml, 20 ml; 15. Gjilpëra sterile të madhësive të ndryshme; 11. Anestetik lokal; 12. Gjilpëra sterile për punksion abdominal; 13. Vazhduesi për largimin e lëngut (ascitit); 14. Epruveta sterile me kapak dhe mbajtës (nëse është planifikuar të dërgohet mostra për analizë); 15. Enë e shkallëzuar për lëng (ascit); 16. Qese për mbetjet infektive.
[III]	Veprimet për kryerjen e punksionit abdominal nga infermieri jo steril	1. Lani dhe dezinfektoni duart dhe vendosni doreza jo sterile; 2. Vendosni maskën; 3. Vishni mantelin; 4. Vendosni materialin dhe pajisjet e nevojshëm në tavolinën e ndërhyrjes, lehtësisht të arritshme; 5. Zhvishe pacientin nga pjesa e sipërme e veshjes; 6. Vendosni kompresë poshtë pacientit për të mbrojtur shtratin; 7. Vendosni pacientin në pozicion horizontal në mënyrë që ana e majtë të jetë në skajin e krevatit (shpimi kryhet në anën e majtë) me kokën e ngritur 40-50° dhe nën anën e djathtë vendoset jastëk më i fortë.
[IV]	Infermieri steril	1. Infermieri steril i ofron mjekut pincën ose peanin steril me garzë sterile të lagur me dezinfektues; 2. Vendosni kompresë sterile me hapje mbi barkun e pacientit; 3. Ofroni mjekut anestetikun lokal; 4. Ofroni mjekut gjilpërën për punksion abdominal me zgjatim; 5. Vendosni enën e shkallëzuar për lëngun (ascitin); 6. Ofroni mjekut garzën sterile katrore të prerë dhe fikson garzën rreth gjilpërës me flaster; 7. Gjatë marrjes së mostrës për analizë, ofroni epruvetën, mbylle mostrën, shënoni emrin dhe mbiemrin e pacientit;

		8. Pasi nxjerr gjilpërën, i ofroni mjekut garzën sterile dhe fiksoni me flaster; 9. Matni perimetrin e barkut, peshën trupore (nëse është e mundur) sasinë e lëngut (ascitit) dhe dokumentoni atë; 10. Fashoni barkun; 11. Vendosni pacientin në pozicionin e kundërt me atë në të cilin është kryer punkcioni (për të parandaluar rrjedhjen e lëngut); 12. Risistemo materialin e përdorur; 13. Organizo transport të sigurt të mostrës së lëngut (ascitit) në laboratorin kompetent me udhëzim të plotësuar qartë.
[V]	Masat e kujdesit	1. Pacienti duhet të jetë me lukth të zbrazët, përveç rasteve urgjente; 2. Ofroni vakt të pasur me proteina dhe minerale pas një ore; 3. Monitoroni pacientin për 24 orë dhe kontrolloni tupferin në vendin e injektimit (mundësia e rrjedhës spontane të lëngut/ascitit); 4. Dhimbja e barkut mund të tregojë për abdomen akut; 5. Kufizoni aktivitetin fizik të pacientit për 24 orë pas ndërhyrjes; 6. Kujdes për pacientët me trombocitozë dhe koagulopati.
[VI]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor ecurinë e procedurës, shenjat vitale, kohëzgjatjen e ndërhyrjes, sasinë totale të lëngut (ascitit) të larguar, lëngun e ekskretuar, peshën trupore para dhe pas procedurës dhe komplikimet e mundshme.



Figura 11: Pozita e pacientit gjatë punkcionit abdominal

28.PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË BRONKOSKOPISË

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për mënyrën korrekte, të sigurt dhe unike të përgatitjes së materialeve, pacientëve dhe asistencës gjatë bronkoskopisë.

Bronkoskopia është ekzaminim endoskopik që vizualizon rrugët e frymëmarrjes. Bronkoskopia mund të jetë diagnostike (marrja e mostrave dhe vendosja e një diagnoze) dhe terapeutike (eliminimi i simptomave/problemeve aktuale, si bronk aspirimi i sekrecioneve ose heqja e një trupi të huaj nga rrugët e frymëmarrjes ose trajtimi i gjakderdhjes akute).

Bronkoskopia indikohet dhe kryhet nga mjeku me pëlqimin me shkrim të pacientit, ndërsa infermierët përgatisin materialet, pacientin dhe asistojnë.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[1]	Përgatitja e materialit	1. Bronkoskop (fleksibël / fiberbronkoskop); 2. Pipëz (grykës); 3. Instrumente (forceps për biopsi, kateter, furça, gjilpëra transbronkiale, kapëse); 4. Burim drite/video shtyllë; 5. Aspirator dhe sondë aspirimi (të madhësive të ndryshme); 6. Pulsoksimetër, sphygmomanometër, termometër; 7. Set reanimimi, defibrilator dhe oksigjen (maska, kateter nazal); 8. Aplikimi i barnave sipas udhëzimit të mjekut (anestetik në sprej, xhel dhe ampula, tretësirë fiziologjike); 9. Kanula intravenoze, shiringa dhe gjilpëra sterile (të madhësive të ndryshme), këmbalec, lidhëse Esmarchu, flaster; 10. Dezinfektues për pajisje; 11. Tuba me formalinë dhe mbajtës (nëse është planifikuar një biopsi); 12. Enë e papërshkueshme nga uji; 13. Peshqir letre; 14. Doreza (sterile dhe jo sterile), 15. Dezinfektues; 16. Maska mbrojtëse; 17. Kompresa sterile; 18. Mantel ose përparëse një përdorimesh;

		19. Tupferë; 20. Ena veshkore; 21. Kuti për mbetjet e mprehta dhe qese për mbetje infektive; 22. Çantë (kontejnerë) për transportin e mostrës.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Veprimi nëse nuk është urgjent fillon 5-6 ditë para ekzaminimit kur mjeku vendos për mënyrën e marrjes ose heqjes së terapisë kronike dhe e informon pacientin për procedurën dhe qëllimin e analizës. Pacienti duhet të jetë me lukth të zbrazët 6-8 orë para bronkoskopisë. 2. Identifiko pacientin; 3. Prezantohuni dhe kërkonin nga pacienti bashkëpunim; 4. 30 minuta para procedurës, jepni pacientit premedikacion sipas udhëzimeve të mjekut; 5. Nëse ekzaminimi kryhet me anestezi të përgjithshme, duhet që para ekzaminimit të ketë raportin e anesteziologut; 6. Sigurimi i rrugës venoze; 7. Matja e shenjave vitale (presioni i gjakut, puls, frymëmarrja, temperatura e trupit); 8. Siguroni privatësinë e pacientit, ajrosjen dhe ndriçimin e dhomës; 9. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur.
[III]	Veprimet gjatë kryerjes së një bronkoskopie	Për kryerjen e bronkoskopisë nevojiten dy infermierë. Infermieri "jo steril" monitoron shenjat vitale të pacientit, para dhe gjatë procedurës dhe ofron mbështetje për pacientin, ndërsa infermieri "steril" asiston mjekun. 1. Lani, thani dhe dezinfektoni duart; 2. Vendosni doreza; 3. Vendosni maskën; 4. Vishni mantelin ose përparësen njëpërdorimshme; 5. Vendosni materialet dhe aksesoret e nevojshëm në tavolinën e ndërhyrjes, brenda mundësive; 6. Matni shenjat vitale dhe dokumentoni Infermieri "jo steril" 7. Zhvishni pacientin nga pjesa e sipërme e trupit; 8. Vendosni pacientin në pozicionin sipas udhëzimit të mjekut (ulur ose shtrirë me kokën prapa); 9. Mbështetni pacientin gjatë gjithë veprimit;

		Infermieri "steril" - Vendosni dorezat sterile dhe asiston mjekun; - Mbuloni pacientin me kompresë; - Ofroni anestetik lokal te mjeku; - Aplikoni xhel anestetik lokal në bronkioskop, e lidh atë me burimin e dritës dhe ia ofron mjekut; - Nëse bronkoscopia kryhet përmes gojës, pacientit i vendoset një grykë, të cilën ai duhet ta mbajë butësisht me dhëmbë (nëse pacienti ka protezë, hiqeni atë dhe grykën e mban me buzë); - Ndjek udhëzimet e mjekut dhe ndihmon sipas tyre; - Gjatë marrjes së mostrave ofroni mjekut epruvetën e mbyll atë, shënon emrin dhe mbiemrin e pacientit dhe vendin ku është marrë mostra; - Zbërtheni materialin e përdorur, pastron, dezinfekton bronkoskopin dhe aksesorët (forceps, kateter, furça, gjilpëra trans bronkiale, kapëse); - Mostra dorëzohet në laborator brenda një ore, me dokumentacion të plotësuar në mënyrë adekuate. - Sipas udhëzimit të mjekut, pacienti i nënshtrohet radiografisë për kontroll të mushkërive. Vendoseni pacientin në shtrat, monitoroni atë 24 orë në ditë dhe matni shenjat vitalë. Infermieri informon mjekun për çdo ndryshim të mundshëm në pamjen klinike të pacientit.
[IV]	Masat e kujdesit	- Pacienti duhet të jetë me lukth të zbrazur, përveç rasteve urgjente; - Kufizoni aktivitetin fizik të pacientit për 24 orë pas ekzaminimit; - Pacienti nuk duhet të marrë asgjë nga ushqimi dhe pijet për 2 orë pas analizës; - Mund të ndodhë një rritje e temperaturës së trupit brenda 24 orëve dhe mpiksje gjaku në sputum që kalojnë spontanisht; - Pacienti nuk duhet të drejtojë makinën për disa orë pas ekzaminimit; - Prioritet kanë pacientët e varur nga insulina dhe pacientët me hemoptizë dhe në fund, pacientët me sëmundje infektive.
[V]	Dokumentimi	Infermieri regjistron ecurinë e veprimit në dokumentacionin shëndetësor.

29.PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KRYERJES SË GASTROSKOPISË

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për mënyrën korrekte, të sigurt dhe unike të përgatitjes së pacientit dhe asistencës gjatë gastroskopisë.

Gastroskopia është një ekzaminim diagnostik endoskopik që mundëson ekzaminimin e mukozës të brendshme të faringut, ezofagut, stomakut dhe pjesës së zorrës së hollë me ndihmën e një instrumenti optik fleksibël, të ashtuquajtur endoskop (gastroskop).

Gastroskopia indikohet dhe kryhet nga mjeku me asistencën e infermierëve. Kryerja e gastroskopisë paraprihet me pëlqimin me shkrim të pacientit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Doreza (jo sterile); 2. Endoskopi me pajisje përkatëse; 3. Pipëza (grykëza); 4. Dezinfektues për duart; 5. Maska mbrojtëse; 6. Anestezion inhalues lokal; 7. Epruveta me formalinë dhe mbajtës (nëse është planifikuar një biopsi); 8. Letër absorbuese (celstof watten); 9. Mantel ose përparëse njëpërdorimshme.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Përgatitja e pacientit nëse nuk është rast urgjent fillon një ditë para kryerjes së analizës. 2. Mjeku vendos për mënyrën e marrjes dhe/ose heqjes së terapisë kronike. 3. Pacienti duhet të jetë me lukth të zbrazur 6 - 8 orë para gastroskopisë. 4. Prezantohuni dhe identifikoni pacientin; 5. Siguroni privatësinë e pacientit; 6. Shpjegoni pacientit veprimin dhe bashkëpunimin që pritët gjatë ekzaminimit; 7. Paralajmëroni pacientin për shqetësimin gjatë ekzaminimit; 8. Shpjegoni pacientit se si të marrë frymë dhe të relaksohet; 9. Vendoseni pacientin në pozicion të shtrirë (në anën e majtë) me krahun e majtë të vendosur nën kokë.

[III]	Veprimet gjatë kryerjes së gastroskopisë	1. Për kryerjen e procedurës nevojiten dy infermierë. Infermierët mbështesin pacientin gjatë veprimit, njëri mbështet pacientin dhe tjetri asiston mjekun. 2. Vendosni materialet dhe aksesoret e nevojshëm në tavolinën e ndërhyrjes, lehtësisht të arritshme; 3. Vendosni maskën; 4. Vishni mantelin ose përparësen njëpërdorimshme; 5. Lani, thani, dezinfektoni duart dhe vendosni doreza; 6. Vendosni garzë nën fytyrë/faqe të pacientit; 7. Ofroni mjekut anestetikun lokal inhalator (nëse aplikohet); 8. Vendosni pipëzën (grykëzën) dhe këshilloni pacientin që ta mbajë butësisht me dhëmbë (nëse pacienti ka protezë të lëvizshme dentare, hiqni ato përpara ekzaminimit); 9. Qëndroni pas pacientit gjatë ekzaminimit, duke mbajtur kokën dhe gojën e tij, ndërsa infermieri tjetër asiston mjekun; 10. Gjatë marrjes së biopsisë, i ofroni mjekut epruveta me formalinë, mbyll epruvetën me mostrën dhe në etiketën e epruvetës shënoni emrin dhe mbiemrin e pacientit, datën e marrjes së mostrës dhe vendin nga i cili është bërë biopsia e mostrës; 11. Pas nxjerrjes së gastroskopit, heq grykën, zbërtheni materialin e përdorur, pastroni dhe dezinfektoni mekanikisht të gjitha pjesët e endoskopit; 12. Jepni pacientit një leckë për të fshirë zonën rreth zgavrës së gojës. Nëse pacienti është i pa orientuar/i palëvizshëm, këtë veprim e kryeni ju; 13. Mostra e biopsisë dorëzohet në laborator, së bashku me dokumentacionin e plotësuar në mënyrë adekuate; 14. Vendoseni pacientin në shtrat, monitoroni atë 24 orë.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Transporti i mostrave kryhet ekskluzivisht nga infermieri; 2. Informoni mjekun nëse ndodhin: – jashtëqitje e zezë; – të vjella me gjak; – dhimbje të forta në stomak dhe fyt; – vështirësi në gëlltitje; – çdo ndryshim i mundshëm në pamjen klinike të pacientit.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron veprimet e kryera në dokumentacionin shëndetësor dhe vendos formularin e nënshkruar të pëlqimit në historinë e pacientit.

30.PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT DHE ASISTIMI GJATË KOLONOSKOPISË DHE REKTOSKOPISË

Qëllimi: i procedurës është udhëzimi i infermierëve për mënyrën korrekte, të sigurt dhe unike të përgatitjes së materialeve, pacientëve dhe asistencës gjatë kolonoskopisë dhe rektoskopisë.

Kolonoskopia është një ekzaminim diagnostik invaziv i zorrës së trashë dhe pjesës fundore të zorrës së hollë, me ndihmën e një instrumenti kolonoskop optik, fleksibël.

Rektoskopia është ekzaminimi i zgavrës anale, rektumit ose zorrës së trashë sigmoid (thellësia 20-25 cm), i cili kryhet me ndihmën e rektoskopit.

Kolonoskopia dhe rektoskopia indikohen dhe kryhen nga mjeku me pëlqimin me shkrim të pacientit, ndërsa infermierët përgatisin materialet, pacientin dhe asistojnë.

Përgatitja e pacientit për kolonoskopi fillon dy ditë para ekzaminimit (Shtojca 27 dhe 28), dhe për rektoskopinë një ditë para ekzaminimit (Shtojca 29), përveç nëse mjeku vendos ndryshe. Mjeku vendos për mënyrën e marrjes dhe/ose heqjes së terapisë kronike (insulinë, antikoagulantë, acid acetilsalicilik, profilaksë antimikrobike, etj.).

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Kolonoskop ose rektoskop; 2. Instrumente (pincë bioptike, lidhëse); 3. Doreza; 4. Maskë; 5. Mantel dhe përparëse një përdorimesh; 6. Epruveta sterile me formalinë, kapak dhe mbajtës (nëse është planifikuar marrja e mostrave); 7. Pëlhurë e papërshkueshme; 8. Peshqir letre; 9. Enë veshkore; 10. Vazelinë për ekzaminimin digjitorektal; 11. Glicerinë për endoskopin; 12. Premedikim dhe anestezion lokal; 13. Kanula intravenoze (të madhësive të ndryshme); 14. Dezinfektues; 15. Tupfera; 16. Shiringa dhe gjilpëra sterile (të madhësive të ndryshme); 17. Fllaster; 18. Kutë për mbetje të mprehta dhe qese për mbetjet infektive;

		19. Lidhëse e Esmarchit.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Prezantoni veten dhe identifikoni pacientin; 2. Informoni pacientin për qëllimin e veprimit dhe dinamikën e përgatitjes; 3. Kërkoni nga pacienti bashkëpunim; 4. 30 minuta para veprimit, vendosni kanulën intravenoze dhe jepni pacientit premedikacion mjekësor sipas udhëzimeve të mjekut; 5. Matni shenjat vitalë [presioni i gjakut, pulsi, frymëmarrja, temperatura e trupit].
[III]	Veprimet gjatë kryerjes së kolonoskopisë ose rektoskopisë	1. Nevojiten dy infermierë për të kryer veprimin për realizimin e kolonoskopisë ose rektoskopisë. 2. Përgatitni materialet dhe pacientin, siguroni privatësinë e pacientit, dhe ndriçimin/dritën në dhomë; 3. Vendosni materialin dhe aksesoret e nevojshëm në tavolinën e ndërhyrjes, brenda mundësive; 4. Vendosni maskën; 5. Visheni mantelin dhe përparësen njëpërdorimshe; 6. Lani, thani, dezinfektoni duart dhe vendosni dorezat; 7. Zhvisheni pacientin nga pjesa e poshtme e trupit dhe vendosni në pozicionin e duhur (kolonoskopi: ana e majtë; rektoskopia: ana e majtë ose gjunjë-bërreyla); 8. Vendosni pëlhurë të papërshkueshme nën pacientin; 9. Ofroni vazelinë mjekut për ekzaminimin digjital-rektal; 10. Ofroni anestetik lokale mjekut (nëse aplikohet); 11. Ofroni glicerinë për pajisjen e endoskopisë mjekut; 12. Gjatë ekzaminimit, qëndroni përballë pacientit, monitoroni shenjat vitalë, mbani dhe inkurajoni pacientin, ndërsa infermieri tjetër asiston mjekun; 13. Gjatë marrjes së biopsisë, i ofroni mjekut tuba me formalinë, mbyllni mostrën, shkruani në tub emrin dhe mbiemrin e pacientit; 14. Pas nxjerrjes së kolonoskopit ose rektoskopit, një infermier kujdeset për pacientin, dhe tjetri përgatit materialin e përdorur; 15. Nëse pacienti është i pa orientuar/i palëvizshëm, pastroni rajonin anal dhe e vishni pacientin; 16. Nëse është marrë biopsia, dorëzoni mostrën në laborator, së bashku me udhëzimin e plotësuar në mënyrë adekuate;

		17. Vendosni pacientin në shtrat, monitoroni atë 24 orë në ditë dhe matni shenjat vitale.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Kujdes te pacientët me trombocitopeni; 2. Njoftoni mjekun nëse pas ndërhyrjes shfaqet gjak në jashtëqitje, dhimbje të forta barku ose ankesa të tjera; 3. Të mos konsumohen lëngje me ngjyrë, lëngje frutash apo të gazuara; 4. Nëse ekzaminimi kryhet nën anestezi, pacienti nuk duhet të marrë asgjë nga goja 6 orë para ekzaminimit; 5. Pas ekzaminimit, pacienti transferohet me barelë ose shtrat pacienti; 6. Mostrat transportohen ekskluzivisht nga infermieri; 7. Informohet mjeku për çdo ndryshim në pamjen klinike të pacientit.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron ecurinë e veprimeve në dokumentacionin shëndetësor.

Shtojca 27. Përgatitja e pacientit për ekzaminimin kolonoskopik në mëngjes

Koha e përgatitjes		Mënyra e përgatitjes së pacientit
Dy ditë para ekzaminimit		Hani ushqim lehtësisht të tretshëm, mundësisht të butë; largoni mishin nga dieta, hani ushqime që nuk ju fryjnë
Një ditë para ekzaminimit	08:00	Hani një mëngjes të lehtë
	13:00	Pini dozën e parë të laksativit me 1 litër ujë brenda 30 deri në 45 minuta
	14:00	Pini 2 litra ujë
	18:00	Pini dozën e dytë të laksativit me 1 litër ujë brenda 30 deri në 45 minuta
	18:45	Pini 1.5 litër ujë
Në ditën e ekzaminimit		Nëse është e nevojshme, mund të merret një sasi e vogël biskote ose pastë e thatë dy orë para testit.

Shtojca 28. Përgatitja e pacientit për ekzaminimin e kolonoskopisë pasdite

Koha e përgatitjes		Mënyra e përgatitjes së pacientit
Dy ditë para ekzaminimit		Hani ushqim lehtësisht të tretshëm, mundësisht të butë; largoni mishin nga dieta, hani ushqime që nuk ju fryjnë
Një ditë para ekzaminimit	08:00	Hani një mëngjes të lehtë
	12:00	Drekë e lehtë, pini të paktën 2 litra ujë.
	16:00	Pini dozën e parë të laksativit dhe 1 litër ujë brenda 30 deri në 45 minuta
	17:00	Vazhdoni me dietën e lëngshme, pini 1.5 litër ujë
Në ditën e ekzaminimit	Ndërmjet	Pini dozën e dytë të laksativit me 1 litër ujë brenda 30 deri në 45 minuta
	07:00 - 08:00	
	Ndërmjet	Pini 1.5 litër ujë
	08:00 - 09:00	
		Nëse është e nevojshme, mund të merret një sasi e vogël biskote ose pastë e thatë dy orë para testit

Shtojca 29. Përgatitja e pacientit për ekzaminim rektoskopik

Koha e përgatitjes		Mënyra e përgatitjes së pacientit
2 - 3 ditë para ekzaminimit		Mos merrni bukë me fara.
Një ditë para ekzaminimit	08:00	Mëngjesi i lehtë (p.sh. çaj, bukë, bukë e thekur)
	12:00	Për drekë, pini 1 deri në 2 gota supë pa makarona
	Gjatë pasdites	Pini shumë lëngje, rreth 2-3 litra çajra të pastër të ëmbëlsuar, ujë mineral ose ujë të thjeshtë
	Rreth orës 18:00	Vendosni një supozitor laksativ, supozitor në zorrën e trashë sipas rekomandimit të mjekut
Në ditën e ekzaminimit	Rreth orës 08:00	Vendosni një supozitor laksativ, supozitor në zorrën e trashë sipas rekomandimit të mjekut

31.PROCEDURA E PËRGATITJES SË PACIENTIT PËR DIAGNOSTIKIM RADIOLOGJIK

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët, për mënyrën e përgatitjes së pacientit për diagnostikim radiologjik.

Për ekzaminimin radiologjik, pacienti duhet të përgatitet dhe t'i sigurohet mbështetje sa më e mirë, fizike, psikologjike dhe sociale.

Infermieri pas udhëzimit me shkrim nga mjeku përgjegjës për kryerjen e procedurës diagnostike radiologjike, së pari planifikon, cakton dhe konfirmon terminin për imazheri, pastaj fillon me përgatitjen e pacientit.

PROCEDURA

Nr.		NËN - HAPAT
[I]	Veprimet e infermierit	1. Kontrolloni nëse pacienti ka nënshkruar formularin e pëlqimit për procedurën e planifikuar diagnostikuese; 2. Largoni të gjitha sendet metalike në përputhje me rregulloren e shkruar; 3. Kontrolloni nëse pacienti është klaustrofobik; 4. Kontrolloni kalueshmërinë e rrugës venoze dhe alergjitë e mundshme ndaj përbërësve të kontrastit; 5. Kontrolloni nëse pacienti ka të implantuar stimulues kardiak, implante metalike, pompë insulinike, pajisje kontraceptive intrauterine, etj.; 6. Informoni pacientin se në Rezonancë Magnetike (MRI), nuk guxon të bartë syze, aparate dëgjimi, kapëse flokësh, orë, karta magnetike dhe të ngjashme; 7. Planifikoni dhe organizoni transportin e sigurt të pacientit në njësinë radiologjike. Mënyra e transportit varet nga gjendja e pacientit dhe ndryshimet e mundshme që mund të ketë pas imazherisë. Si rregull përdorni karrocën për transportin e pacientit; 8. Nëse procedura e planifikuar radiologjike kërkon aplikimin e kontrastit, infermieri vendos kanulën intravenoze; 9. Referimi konfirmohet dhe nënshkruhet nga mjeku përgjegjës.
[II]	Përgatitja personale, e pacientit dhe materialit	1. Lani duart, vendosni maskën dhe dorezat; 2. Identifikoni pacientin dhe vërtetoni se cila ndërhyrje diagnostike kërkohet; 3. Matni dhe regjistroni shenjat vitale nëse ka nevojë;

		4. Informoni pacientin për rëndësinë e bashkëpunimit gjatë kryerjes së ndërhyrjeve; 5. Nëse ndërhyrja kërkon aplikimin e kontrastit, infermieri kontrollon nëse janë siguruar rezultatet e parametrave renal (kreatinina dhe ure); 6. Kontrolloni nëse pacienti ka nënshkruar formularin e pëlqimit për procedurën diagnostikuese; 7. Pas përfundimit të ndërhyrjes, infermieri e transporton pacientin në dhomë dhe e mbikëqyrë.
[III]	Masat e kujdesit	1. Gratë shtatzëna dhe gratë që dyshojnë në shtatzëni nuk u bëhet radiografi dhe CT; 2. Organet ndryshojnë morfologjinë e tyre nën ndikimet hormonale (gjinjtë, mitra) andaj preferohet që ekzaminimet radiologjike të bëhen në fazën e fillimit të ciklit menstrual, (ku ndikim hormonal është më i vogël) për të zvogëluar mundësinë e rezultatit false-pozitiv; 3. Gjatë ekzaminimeve radiografike konvencionale (rrezet rëntgen, zemrës, mushkërive, abdomenit ose urotraktit dhe sistemit kockor-nyjor) si rregull, nuk kërkohet përgatitje e veçantë e pacientit; 4. Për irigografinë e zorrës së trashë, pacienti duhet të marrë kryesisht ushqim të lëngshëm dy ditë para ekzaminimit dhe preparatet për pastrim sipas rekomandimit të mjekut përgjegjës; 5. Ditën e ekzaminimit, me udhëzim të mjekut, bëhet klizma. 6. Gjatë ekografisë së traktit urinar, fshikëza duhet me qenë e mbushur dhe informohet pacienti se duhet të përmbahet nga urinimi disa orë para ekzaminimit.
[IV]	Dokumentimi	1. Të gjitha ndërhyrjet e kryera regjistrohen në dokumentacionin shëndetësor.

32.PROCEDURA E USHQIMIT PARENTERAL TE PACIENTËT

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj dhe sigurojë, mënyrën standarde të ushqyerjes parenterale, kur sistemi i tretjes së pacientit nuk funksionon në mënyrë adekuate.

Ushqyerja parenterale mund të jetë e pjesërisht ose e plotë, varësisht nga spektri dhe sasia e lëndëve ushqyese të nevojshme. Ushqyerja parenterale është mënyrë e furnizimit të trupit me ujë, substanca (glukozë dhe lipide), aminoacide dhe lëndë tjera ushqyese, nëpërmjet enëve të gjakut, duke parandaluar ose korrigjuar deficitet ushqyese dhe keq ushqyerjen.

Ushqyerja parenterale e pacientëve, të cilët në pa aftësi (të plotë ose të kufizuar) në marrjen e ushqimit përmes sistemit të digjestiv, kryhet nga infermieri pas udhëzimit me shkrim nga mjeku.

Infermieri për ushqyerjen parenterale përgatit pacientin, përbërjen e ushqimit, mjetet dhe aplikon përbërjen e ushqimit.

PROCEDURA

Nr.		NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Përgatitni psikikisht pacientin dhe ofroni sqarimet e nevojshme, duke e bindur dhe mësuar për procedurat e ushqyerjes; 3. Përgatitni pacientin fizikisht duke e vendosur në pozicionin e duhur për ushqyerje parenterale; 4. Siguroni kushte të favorshme në dhomë (dhoma të pastër dhe të ajrosur).
[II]	Përgatitja e materialit	1. Karrocë ose tabaka për terapi; 2. Tretësirë/solucion të përshkruar për ushqyerje parenterale; 3. Sistemi steril për infuzion me setin e bashkangjitur; 4. Maskë dhe doreza për një përdorim; 5. Tupfera pambuku ose garzë; 6. Kompresë ose garzë mbrojtëse; 7. Dezinfektues; 8. Enë veshkore; 9. Mbajtëse për infuzion.
[III]	Aplikimi i tretësirës / solucionit	1. Lani dhe thani duart; 2. Vendosni maskën dhe dorezat; 3. Kontrolloni shishen me tretësirë (emri i tretësirës, data e skadencës, kapaku i padëmtuar, ngjyra dhe kthjelltësinë e tretësirës); 4. Kontrolloni sistemin e infuzionit (data e skadencës, paketimi i saktë);

		5. Largoni kapakun dhe dezinfektoni gomën e shishes; 6. Sistemin e infuzionit vendosni në shishe përmes gomës; 7. Varni shishen në mbajtëse; 8. Hapni rregullatorin në sistem, lëshoni ajrin dhe mbushni tubin e sistemit me tretësirë; 9. Mbyllni rregullatorin për daljen e lëngjeve nga sistemi; 10. Vendoseni krahun e pacientit në pozitë të rehatshme; 11. Dezinfektoni kanulën rreth kapakut; 12. Largoni kapakun e kanulës dhe lidhni sistemin e infuzionit; 13. Hapni rregullatorin për daljen e tretësirës dhe rregulloni shkallën e rrjedhjes; 14. Monitoroni në vazhdimësi gjendjen e pacientit gjatë ushqyerjes parenterale, në rast të ndonjë komplikimi të mundshëm; 15. Në qoftë se ushqyerja parenterale aplikohet përmes kanulës venoze qendrore, përpara lidhjes së sistemit është e detyrueshme të mbyllet kanula qendrore venoze; 16. Risistemoni materialin e përdorur; 17. Pasi tretësira/solucioni të jetë përfunduar, mbylleni rregullatorin, ndani sistemin e infuzionit nga kanula dhe mbylleni kanulën me kapakë.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Mos aplikoni barna të tjera në rrugën intravenoze gjatë ushqyerjes parenterale; 2. Për ushqyerjen të pjesshme parenterale, për 3-5 ditë përdoren venat periferike, nëpërmjet kanulës; 3. Për ushqyerje të plotë parenterale, është e nevojshme të sigurohet një kateter qendror venoz; 4. Largoni tretësirën për ushqyerje parenterale nga frigoriferi të paktën 1 orë para aplikimit; 5. Gjatë ushqyerjes parenterale, pastrimi dhe përgatitja nuk duhet të kryhen në dhomë të pacientit.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor veprimet e kryera dhe specifikat e vërejtura gjatë ushqyerjes parenterale të pacientit.

33.PROCEDURA E VENDOSJES, TUALETIT DHE HEQJES SË KATETERIT URINAR

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë në mënyrë të duhur dhe të sigurt vendosjen, tualetin dhe heqjen e kateterit urinar tek pacienti.

Vendosja e kateterit urinar përmes uretrës në fshikëz është metodë invazive që përdoret për qëllime diagnostikuese dhe terapeutike. Kateterizimi mund të jetë: i përkohshëm (kur kateteri hiqet pas zbrazjes së fshikëzës) dhe i përhershëm (kur kateteri qëndron në fshikëz për disa orë ose ditë).

Në varësi të qëllimit të kateterizimit, i cili përcaktohet nga mjeku, është e rëndësishme të zgjidhni llojin dhe madhësinë e kateterit. Kateterat urinar ndryshojnë për nga gjatësia, diametri, lloji i materialit nga i cili janë bërë, numri i kanaleve dhe forma e majës.

Në varësi të kohëzgjatjes së kateterizimit, kateterat mund të jenë të disponueshëm ose të përhershëm. Kateterat e përhershëm kanë një mekanizëm mbajtjeje (balon) në mënyrë që të mos bien nga fshikëza (kateteri Foley).

Procedura e vendosjes së kateterit te pacienti kryhet nga mjeku ose infermieri i kualifikuar. Procedura kryhet me praninë e dy personave, në kushte aseptike me ndriçim të mirë të dhomës, ndërsa procedura e shpëlarjes dhe heqjes së kateterit kryhet nga një person.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Kateteri steril (latex ose silikon) – madhësia mesatare për fëmijët 6 - 10 Fr, për të rriturit 16 - 20 Fr; 2. Shiringë me 5 - 8 ml ujë të ri distiluar, në mungesë të ujit të distiluar të merrni tretje fiziologjike; 3. Paean; 4. Dezinfektues; 5. Enë veshkore; 6. Celstof - (letër/jastëk thithës/peshqir letre); 7. Doreza sterile dhe jo sterile; 8. Enë për urinë ose qese urine; 9. Lubrifikant steril i tretshëm në ujë (glicerinë ose lidokainë 2%, që ka rolin e anestetikut dhe lubrifikantit); 10. Tupfer – garzë sterile; 11. Fllaster; 12. Paravan.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin dhe prezantohuni; 2. Informoni për procedurën dhe komplikimet e mundshme; 3. Siguroni privatesinë e pacientit;

		4. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat jo-sterile për një përdorim; 5. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur: për pacientin femër: në pozicion në shpinë me këmbë të hapura (60cm), gjunjë të përkulur; për pacientin mashkull: në pozicion në shpinë me këmbë të shtrira; 6. Të bëhet pastrimi i organit gjenital; 7. Te pacienti femër me dorën jo mbizotëruese, me gishtin e madh dhe gishtin tregues zhvendosni buzët e vogla (labia minor) duke zbuluar kanalin urinar, pastrimin e kryejmë me pean kapës dhe tupfer-garzë të lagur me dezinfektues, duke praktikuar një tupfer me një lëvizje vertikale, nga klitorisi deri në perineum; 8. Te pacienti mashkull kapni penisin me dorë jo mbizotëruese, tërhiqni lafshën mbrapa dhe poshtë, pastaj ngrini pak penisin në një kënd prej 60 - 90 gradë. Me dorën mbizotëruese dezinfektoni organin gjenital duke përdorur peanin dhe tupfer/garzë të lagur me dezinfektues, duke e pastruar kokën e organit gjenital në një lëvizje rrethore, filluar nga hapja e uretrës dhe duke dalë jashtë; 9. Tupferët/garzat e përdorura i hidhni në qese për mbeturina infektive.
[III]	Procedura e vendosjes së kateterit	1. Profesionisti shëndetësor që aplikon kateterin vendos doreza sterile, ndërsa infermieri që asiston vendos doreza jo-sterile për një përdorim; 2. Infermieri hap paketimin me kateter dhe e vendos atë në dorën mbizotëruese të personit që do të vendosë kateterin; 3. Profesionisti shëndetësor që e aplikon kateterin, me dorën mbizotëruese e merr kateterin prej 5 - 7 cm nga maja e kateterit dhe fundin e kateterit e mban midis gishtërinjve të katërt dhe të pestë dhe pastaj personi ndihmës aplikon një lubrifikant në majë të kateterit; 4. Në mënyrë që kateteri të futet më lehtë, është e nevojshme që pacienti të e lirojë sfinketrin, kështu që nga ai/ajo duhet të kërkohet të kollitet deri sa vendoset kateteri dhe pastaj të marrë frymë thellë dhe më pas ngadalë të relaksoj sfinkterin dhe liroj spazmën. 5. Mos aplikoni forcë gjatë vendosjes së kateterit dhe nëse ka rezistencë ndërpritni ndërhyrjen dhe informoni mjekun nëse procedura kryhet nga infermieri/ja. Rezistenca më e zakonshme është për shkak të spazmës së sfinkterit, traumës, zmadhimit të prostatës tek mashkulli, tumorit ose anomalive të tjera anatomike; 6. Tek femrat aplikoni kateterin për 3 - 5 cm derisa urina të fillojë të rrjedhë;

		- Te meshkujt, aplikoni kateterin dhe kontrolloni a po rrjedh urina; pas vendosjes kurrë mos e tërhiqni atë prapa; - Nëse lafsha është tërhequr, kthejeni atë për të mos kompromentuar qarkullimin dhe rrjedhje e dhimbshme; - Ngjitni shiringën me ujë të ri distiluar në valvul, shtypni pistonin dhe fryni balonën për të mbajtur kateterin në uretër; - Qesja e urinës duhet të vendoset në nivelin e fshikëzës së urinës për të parandaluar kthimin e urinës prapa; - Nëse pacienti është i lëvizshëm, fiksoni kateterin në kofshë me flaster.
[IV]	Materiali dhe procedura e shpëlarjes së kateterit	- Shpëlarja kryhet vetëm nëse kateteri është i bllokuar; - Materiali i domosdoshëm: tretja fiziologjike, shiringë 20-50 ml, doreza; - Vendosni dorezat dhe informoni pacientin për procedurën; - Vendosni mushama për të mbrojtur mbulesat e shtratit; - Shiringën e mbushni me tretje fiziologjike 20-50 ml; - Me shiringë injektoni tretjen fiziologjike; - Ndani kateterin dhe tubin për drenim; - Largoni shiringën dhe shtypjen kthyesë e drejtoni nga kateteri tek ena e dedikuar (enë, legen); - Ktheni tubin sërish për drenim në kateter; - Respektoni parimet e aseptisë; - Nëse hasni në rezistencë gjatë injektimit të tretësirës për shpëlarje, mos veproni me forcë; - Nëse kateteri është plotësisht i pakalueshëm, e largoni dhe e ndërroni me një të ri.
[V]	Mirëmbajtja dhe heqja e kateterit	- Mirëmbajtja rutinë e kateterit është e nevojshme për të parandaluar infeksionin dhe komplikimet e tjera; - Kateteri i përhershëm (përcaktohet nga mjeku) hiqet në rastet: kur nuk është e nevojshme për të liruar fshikëzën e urinës, kur pacienti mund të urinojë në mënyrë të natyrshme, kur kateteri është i mbushur plot, ose kur zëvendësohet; - Para se të hiqni kateterin, lani ose dezinfektoni duart, vendosni doreza, pacientit i shpjegoni procedurën, theksoni që ata do të ndiejnë pak shqetësim; - Përforconi shiringën në mekanizmin e valvuleve të kateterit, tërhiqni pistonin e shiringës për të aspiruar lëngun nga balloni i kateterit; - Kapni kateterin me letër thithëse dhe lehtësisht tërhiqeni atë nga uretra;

		6. Nëse maja e kateterit dërgohet për analizë mikrobiologjike, përdorni garzë sterile, duke u kujdesur që maja e kateterit të mos jetë e kontaminuar; 7. Pastroni organet gjenitale; 8. Risistemoni materialin e përdorur.
[VI]	Masat e kujdesit	1. Përdorni vetëm ujë të ri destiluar dhe mos përdorni tretësirë fiziologjike për shkak të mundësisë së kristalizimit dhe bllokimit të kanaleve të ballonit. Sasia e ujit të nevojshëm për të mbushur një ballon është e përshkruar në fletë udhëzimin e prodhuesit. 2. Qesja e urinës duhet të vendoset nën nivelin e fshikëzës së urinës për të parandaluar kthimin e urinës prapa. 3. Nëse pacienti është i lëvizshëm, fiksoni kateterin në kofshë me flaster. 4. Sasia e ujit që nevojitet për mbushjen e balonit përcaktohet nga udhëzimet e prodhuesit, të treguara në kapakun e kateterit; 5. Është e detyrueshme të respektohen parimet e asepsis; 6. Nëse ka rezistencë gjatë injektimit të solucionit shpëlarës, mos u përpiqni të injektoni me forcë; 7. Nëse kateteri është plotësisht i pakalueshëm, hiqeni atë dhe zëvendësojeni me një të ri me urdhrin e mjekut; 8. Këshilloni pacientët, marrja e lëngjeve të të cilëve nuk është e kufizuar, të rrisin marrjen e lëngjeve deri në 3000 ml në ditë për të ruajtur aciditetin e urinës; 9. Këshilloni pacientin të hajë ushqime të pasura me vitaminë C, duke përfshirë çajin ose lëngun e boronicës; 10. Regjistroni dhe raportoni tek mjeku çdo ndryshim në hapjen e uretrës, regjionin perianal dhe shfaqjen e urinës.
[VII]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës, infermieri dokumenton të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Data dhe koha (vendosja, shpëlarja, zëvendësimi ose heqja e kateterit ose marrja e mostrave të urinës për analiza); 3. Madhësinë dhe llojin e kateterit të përdorur; 4. Nëse është zbrazur më shumë urinë; 5. Ngjyrën e urinës; 6. Nëse është marrë mostra e urinës për analiza; 7. Çdo ndryshim që është vërejtur; 8. Datën dhe kohën e ndërrimit apo heqjes së kateterit; 9. Çdo ndryshim në hapjen e uretrës, rajonin perianal dhe pamjen e urinës.

34.PROCEDURA E APLIKIMIT TË KLIZMËS

Qëllimi: është standardizimi i procedurës së aplikimit të klizmës në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh.

Aplikimi i klizmës është procedura e administrimit të solucionit të përshkruar në zorrën e trashë (rektum) duke përdorur një sondë fleksibël rektal ose kateter me qëllim të futjes ose zbrazjes së përmbajtjes të caktuar. Në varësi të indikacionit, ekzistojnë: klizma pastruese, klizma diagnostike dhe klizma terapeutike.

Pas indikacionit për aplikimin e klizmës nga mjeku, infermieri përgatit materialin e nevojshëm dhe pacientin.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Irrigator (enë, tub gome dhe ngjitës rektal); 2. Përmbajtja e klizmës (ujë i ngrohtë me sapun, 0,5 – 1 litër, kontrast ose bari); 3. Vazelinë; 4. Mushama; 5. Maskë; 6. Doreza për një përdorim; 7. Enë veshkore; 8. Paravan; 9. Këmbalec (mbajtës); 10. Karrocë tualeti ose enë tualeti.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin dhe prezantoni veten; 2. Informoni pacientin me procedurën; 3. Siguroni privatësinë e pacientit; 4. Vendosni mushama në shtrat nën gluteuse; 5. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur (pacienti shtrihet anash me këmbët e përkulura në gjunjë, përgjatë skajit të shtratit).
[III]	Procedura e klizmës	1. Lani duart dhe vendosni doreza për një përdorim; 2. Derdhni përmbajtjen e klizmës në irigator; 3. Vendosni irigatorin në mbajtës; 4. Lyejeni fundin rektal me vazelinë dhe/ose anestetikë lokal; 5. Zbrazni ajrin nga tubi i gomës dhe nga bashkëngjitja rektale;

		6. Hapni gluteuset me dorën jo dominante, dhe me dorën dominuese, butësisht, pa përdorur forcë, futni tubin rektal 4 - 15 cm (ndryshon në varësi të madhësisë dhe moshës) në rektum përmes hapjes anale; 7. Lëreni që përmbajtja nga irigatori të rrjedhë ngadalë në rektum; 8. Pasi të zbrazet përmbajtja, mbyllni rubinetin e irigatorit dhe tërhiqeni tubin rektal; 9. Nëse pacienti është i palëvizshëm vendosni një enë tualeti, nëse është më i lëvizshëm vendosni në një karrocë tualeti; 10. Pas defekimit, pastroni pacientin dhe vendosni në një pozicion të rehatshëm; 11. Lani, dezinfektoni dhe ruani irigatorin në vend të caktuar; 12. Tubi rektal që nuk sterilizohet, hidhet në qeset për mbetjet infektive.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Nëse pacienti ndjen dhimbje ose nëse tubi rektal has në rezistencë, ndërpriteni procedurën dhe njoftoni mjekun; 2. Klizma kryhet në dhomë të veçantë, me përjashtim kur pacienti është i pavetëdijë; 3. Gjatë aplikimit të lëngjeve mund të shfaqen marramendje dhe molisje.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron procedurën e kryer në dokumentacionin shëndetësor.

KAPITULLI V – MARRJA E KAMPIONEVE DHE DËRGIMI I MATERIALIT PËR ANALIZA LABORATORIKE

35

PROCEDURA PËR MARRJEN E MOSTRAVE TË GJAKUT DHE TRANSPORTIN NË LABORATOR

36

PROCEDURA PËR MARRJEN E MOSTRAVE TË GJAKUT PËR HEMOKULTURË DHE TRANSPORTIN NË LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK

37

PROCEDURA PËR MARRJEN E MOSTRËS SË PËSHTYMËS DHE TRANSPORTIN PËR ANALIZË

38

PROCEDURA PËR MARRJEN E MOSTRAVE TË URINËS DHE TRANSPORTIN PËR ANALIZË

39

PROCEDURA PËR MARRJEN E MOSTRËS SË JASHTËQITJES DHE TRANSPORTIN PËR ANALIZË

40

PROCEDURA PËR MARRJEN E STRISHOVE TË HUNDËS DHE NAZOFARINGUT PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK DHE TRANSPORTIN E SIGURT NË LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK

41

PROCEDURA PËR MARRJEN E STRISHOS NË FARING DHE BAJAME PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK DHE TRANSPORTIN E SIGURT NË LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK

42

PROCEDURA PËR MARRJEN E STRISHOS NË PLAGË DHE TRANSPORTIN PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK

43

PROCEDURA PËR PËRGATITJEN DHE TRANSPORTIN E MOSTRËS PATOHISTOLOGJIKE

35.PROCEDURAT E MARRJES SË MOSTRAVE TË GJAKUT DHE TRANSPORTI NË LABORATOR

Qëllimi: i kësaj procedure është të udhëzoj infermierët për veprimet, në marrjen e mostrave të gjakut dhe transportin e sigurt në laborator.

Infermieri merr mostrat e gjakut në bazë të udhëzimit me shkrim të mjekut (lista e temperaturës-terapisë-dietave) ku evidentohet se cilat mostra duhet të merren.

Për të dorëzuar mostrat e duhura në laborator, infermieri së pari identifikon dhe e përgatitë pacientin. Pacienti duhet të jetë esëll, përjashtim bëjnë rastet emergjente.

PROCEDURA

Nr.		NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Materiali përgatitet dhe vendoset në tabaka ose karrocë; 2. Epruveta (tuba) vakumi të standardizuara të përshtatshme për marrjen e mostrave të gjakut venoz; 3. Mbajtëse për epruveta; 4. Gjilpëra të përshtatshme dhe sterile; 5. Lidhësen e Esmarch; 6. Dezinfektues; 7. Enën veshkoren; 8. Tupfera pambuku. 9. Fllaster; 10. Doreza për një përdorim; 11. Kuti për mbetje të mprehta; 12. Kompresa jo sterile.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Kontrolloni nëse pacienti iu është përmbajtur udhëzimeve. Nëse pacienti nuk ka ndjekur udhëzimet, informoni mjekun dhe ndiqni udhëzimet e tij. 3. Informoni pacientin për veprimet, lejoni pyetjet duke respektuar personalitetin dhe privatësinë e tij; 4. Vendosni pacientin në pozitë të përshtatshme në mënyrë që qasja për marrjen e mostrës së gjakut të jetë më e lehtë; 5. Nga vendi ku merret mostrat e gjakut duhet të largoni rrobat e pacientit.
[III]	Kryerja e veprimit	1. Shkruani emrin dhe mbiemrin e pacientit dhe kohën e marrjes së mostrave të gjakut, në epruvetë ose ngjitni bar kodin;

		- Kontrolloni nëse të dhënat në formular përputhen me të dhënat në epruvetë; - Vendosni dorezat; - Vendosni lidhësen (mundësisht jo direkt në lëkurë); - Kërkoni pacientit të bëjë dorën grusht, me anë të palpimit (gishti tregues ose të mesëm) përcaktoni vendin e injektimit. - Dezinfektoni vendin e injektimit (prit 15-30 sekonda që lëkura të thahet); - Shpimi i venës kryhet në këndin prej 30-45°; - Epruvetën lidheni me gjilpërë; - Kur gjaku fillon të rrjedhë në epruvetë, lëshoni lidhësen dhe kërkoni që pacienti të liroj dorën; - Merrni sasinë e nevojshme të gjakut (gjaku ndalon të rrjedhë vetvetiu kur merret sasia e kërkuar); - Ndërroni epruvetën pa e hequr gjilpërën (nëse përdoren disa epruveta për analizat e gjakut); - Kur përfundon procesi i nxjerrjes së gjakut, vendosni një tupfer pambuku në vendin e shpimit, nxirreni gjilpërën nga vena me një lëvizje të shpejtë dhe me dorën tjetër shtypni vendin e shpimit me pambuk dhe vendoseni një flaster; - Kërkoni pacientit të shtypë tupferin e pambukut pa e përkulur krahun për disa minuta; - Vendosni gjilpërën në kuti për mbetje të mprehta; - Rrotulloni epruvetat që përmbajnë antikoagulant butësisht 4 - 10 herë përpara se t'i vendosni në mbajtëse; - Vendosni mostrat e gjakut në një enë për transport dhe dërgojini në laborator jo më vonë se 2 orë pas marrjes së mostrës.
[IV]	Masat e kujdesit	- Mos e mbani lidhësen në dorën e pacientit për më shumë se 1 minutë; - Gjatë marrjes së mostrave të gjakut për lipide, tupferin mbajeni për më pak se 1 minutë, për përcaktimin e kalciumit, magnezit dhe hekurit, nëse është e mundur, mos përdorni lidhëse; - Formularët nuk duhet të transportohen së bashku me mostrat e mara të gjakut; - Mos merrni mostra gjaku në vendet ku ka plagë, hematoma, dhe ndryshime të ngjashme; - Mos i merrni mostrat e gjakut në krahun në të cilin është lidhur infuzioni;

		6. Nëse marrja e mostrave të gjakut dështon, përsëritni procedurën e marrjes së mostrës në ana tjetër; 7. Largoni gjithmonë epruvetën e fundit përpara se të hiqni gjilpërën nga vena; 8. Mos i rrotulloni ose tundni epruvetat pa antikoagulantë, pas marrjes së mostrës por vendosni ato drejt në mbajtëse; 9. Mostrat e gjakut transportohen në pozicion vertikal; 10. Transportimi i mostrave kryhet ekskluzivisht nga infermieri; 11. Shmangni ndikimet mekanike gjatë transportit; 12. Shpimi në një venë provoni maksimum në dy veprime dhe në rast pamundësie telefononi një infermier tjetër.
[V]	Dokumentimi	1. Të gjitha veprimet e kryera regjistrohen në dokumentacionin shëndetësor.

36.PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRAVE TË GJAKUT PËR HEMOKULTURË DHE TRANSPORTI NË LABORATORIN MIKROBIOLOGJIK

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për veprimet, në marrjen e mostrave të gjakut për hemokulturë dhe transport të sigurt në laboratorin mikrobiologjik.

Hemokultura është marja dhe kultivimi i mostrës së gjakut venoz, me qëllim të identifikimit të baktereve të mundshme dhe ndjeshmërinë e tyre ndaj barnave antimikrobale (antibiogram). Për rezultate të besueshme rëndësi të madhe ka marrja e saktë, transporti, ruajtja dhe siguria (bujon ose ushqimore) e mostrave të gjakut.

Marrja e gjakut për hemokultur bëhet në dy mënyra varësisht nga lloji i bujonit ose ushqimoreve. Mostrat e gjakut mund të merren me gjilpërë dhe shiringë, ose me sistem vakumi. Të dyja procedurat kryhen duke respektuar kushtet aseptike.

Infermieri me udhëzimin me shkrim nga mjeku, merrë mostrën e gjakut dhe përgatit pacientin dhe materialin e nevojshëm përpara marrjes së mostrave.

PROCEDURA

Nr.		NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Tabaka ose karrocë për përgatitje të materialit; 2. Doreza sterile dhe jo sterile; 3. Maskë mbrojtëse; 4. Tupfera sterile; 5. Antiseptik për lëkurë ("standard i artë" është alkooli 70%) 6. Lidhëse esmarhu; 7. Gjilpëra (20–22 g); 8. Shiringa (20 ml); 9. Epruveta vakum për bujon; 10. Gjilpërë për epruveta vakum; 11. Termometër 12. Celstof (letër/jastëk thithës/peshqir letre) 13. Kutë për mjete të mprehta; 14. Fllaster; 15. Bujon (anaerobe dhe aerobe);

			
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin dhe prezantoni veten; 2. Informoni pacientin për procedurën; 3. Mateni temperatura e trupit; 4. Vendosni pacientin në pozitë të duhur; 5. Largoni rrobat nga vendi ku merret mostra e gjakut.	
[III]	Marrja e mostrës së gjakut për hemokulturë	1. Shkruani emrin dhe mbiemrin e pacientit, vitin e lindjes, temperaturën e trupit, shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh nga e cila dërgohen mostrat, datën dhe orën e marrjes së mostrës, ose në epruvetë ngjitni bar kodin; 2. Kontrolloni nëse informatat në formular përputhen me informatat në epruvetë; 3. Lani, thani dhe dezinfektoni duart; 4. Vendosni maskën dhe dorezat; 5. Largoje kapakun mbrojtës nga epruveta me bujon, pastroni me tupfer steril tapën/gomë me antiseptik duke u kujdesur që pastrimi të fillojë nga vendi i shpimit dhe të shkojë në mënyrë rrethore, dhe lëreni të thahet; 6. Lidhni gjilpërën me shiringë, ose gjilpërën me epruvetën me vakum; 7. Vendos lidhësen e Esmarch në dorë; 8. Kërkoni nga pacienti të bëjë dorën grusht; 9. Me anë të palpimit (gishtin tregues dhe mesëm) përcaktoni vendin e shpimit; 10. Dezinfektoni vendin e shpimit të paktën 3 herë (një tupfer, një strisho) dhe pas dezinfektimit mos e palponi vendin (prit 15-30 sekonda që lëkura të thahet); 11. Largoni kapakun e gjilpërës dhe futeni në venë në kënd prej 30-45°; 12. Lironi lidhësen dhe kërkoni që pacienti të lëshoj grushtin;	

		13. Aspironi sasinë e nevojshme të gjakut në shiringë sipas rekomandimeve të prodhuesit të bujonit (5-10 ml për të rriturit); 14. Nëse procedura kryhet me sistemin vakum pas futjes së gjilpërës në epruvetën me vakum, futeni bujonin në të dhe mbusheni deri në fund; 15. Nëse procedura kryhet me ndihmën e sistemit vakum dhe më shumë se një mostër bujon, ndërroni epruvetën pa e hequr gjilpërën nga vena; 16. Vendosni një tupfer në vendin e shpimit dhe hiqeni gjilpërën duke bërë kompresion në vendin e shpimit dhe vendosni flaster; 17. Nëse procedura kryhet me shiringë dhe gjilpërë, ndërroni gjilpërën përpara se të inokuloni gjakun në bujon; 18. Nëse mostra e gjakut merret me gjilpërë dhe shiringë, fillimisht inokulohet në bujon anaerob, pastaj në aerob, ndërsa me sistemin vakutaner fillimisht inokulohet në bujon aerob më pas në bujon anaerob; 19. Rrotulloni butësisht epruvetat në pëllëmbë të duarve disa herë, që gjaku të përzihet; 20. Mostrat vendosen në mbajtës transporti, me formular adekuat dhe dërgohen në laboratorin mikrobiologjik, jo më vonë se 2 orë pas marrjes së mostrave (të shmangen ndikimet nga jashtë: mekanike, termike, kontaminuese etj); 21. Nëse transporti nuk është i mundur brenda 2 orëve pas marrjes së mostrave, atëherë mostrat duhet ruajtur në termostet në 37°C.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Mos merrni sasi më të mëdha të gjakut se sa rekomandohet, sepse rezultati mund të jetë falsë pozitiv; 2. Mos e mbani lidhësen më shumë se 2 minuta; 3. Mos e merrni mostrën nga dora, në anën e cilës ka plagë, hematoma, është i lidhur infuzioni dhe nëse është kryer mastektomia; 4. Mostrat transportohen në pozitë vertikale; 5. Transporti i mostrave kryhet nga infermieri.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron procedurën e kryer në dokumentacionin shëndetësor.

37.PROCEDURA E MARRJËS SË MOSTRËS SË PËSHTYMËS DHE TRANSPORTI PËR ANALIZË

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i veprimit për marrjen e mostrave të pështymës dhe sigurimi i transportit korrekt dhe të sigurt në laborator.

Pështyma është një sekrecion i rrugëve të poshtme të frymëmarrjes që nxirret nga kollitja. Analiza e pështymës ofron një pasqyrë të kushteve patologjike të organeve të frymëmarrjes. Marrja e mostrave të pështymës tek pacientët është një procedurë që kryhet nga një infermier.

Marrja e mostrës së pështymës bëhet në bazë të udhëzimit me shkrim të mjekut përgjegjës dhe rekomandimit të plotësuar që tregon se për cilin test diagnostik është marrë sputumi (mikrobiologjik, citologjik).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Karrocë ose tabaka; 2. Enë për mostrën e pështymës (sterile për analiza mikrobiologjike, e pastër kimikisht për analiza citologjike); 3. Doreza jo sterile; 4. Maskë; 5. Gotë me ujë të vakët; 6. Pelerinë ose përparëse një përdorimesh; 7. Dezinfektues; 8. Peshqirë letre - celstof; 9. Paravan; 10. Enë veshkore; 11. Çantë transporti e papërshkueshme nga uji.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin dhe prezantohuni; 2. Informoni pacientin për procedurën dhe se kolla duhet të vijë nga trakti respirator dhe jo sekrecionet nga goja; 3. Siguroni privatësinë.
[III]	Marrja e mostrës së pështymës	1. Para kollitjes, pacienti shpërlan gojën me ujë të vakët dhe pështyn në enën veshkore; 2. Vendosni në duart e pacientit një peshqir letre; 3. Informoni pacientin se ai duhet të marrë frymë thellë, të mbajë frymën për 10 sekonda dhe pastaj të fillojë të kollitet lehtë;

		- infirmieri ndihmon pacientin duke e shtypur gjoksin, duke mbajtur njërën dorë nën pjesën e shpatullës dhe dorën tjetër nën pjesën e poshtme të gjoksit; - Gjatë nxjerrjes së frymës, rritni presionin në gjoks; - Gjatë kollitjes, pacienti mban një peshqir letre - letër pecetë përpara gojës; - Kur pacienti ndjen se përmbajtja është lëshuar, infirmieri hap shishen e pështymës dhe i jep pacientit shishen që të pështyjë përmbajtjen, duke u kujdesur që të mos kontaminojë pjesën e brendshme të shishes; - Mbyllni menjëherë shishen e shënuar më parë me emrin dhe mbiemrin e pacientit, datën dhe orën e marrjes së mostrës ose bar kodin; - Vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm; - Risistemoni materialin e përdorur në mënyrë adekuate; - Nëse nuk merret përmbajtja, pacienti pushon për disa minuta dhe procedura përsëritet; - Vendos shishen e etiketuar me sputum në enë për transport dhe e dërgoni në laborator sa më shpejt të jetë e mundur me udhëzim të plotësuar siç duhet; - Hiqni dorezat, lani dhe dezinfektoni duart.
[IV]	Masat e kujdesit	- Mostra merret në mëngjes, para kryerjes së higjienës orale; - I kushtoni vëmendje të veçantë marrjes së mostrave të pështymës, jo sputumit ose sekretimit retronazal; - Për analizë mikrobiologjike, kampioni merret në një shishe sterile, ndërsa për analizën citologjike në një shishe të pastër kimikisht; - Goja e pacientit nuk duhet të shpërlahet me antiseptik; - Përpara se të merrni mostrën e pështymës, kontrolloni nëse ka ndonjë kundër indikacion që nuk lejon shtyrjen e kollës (hemoptoea, pneumotoraks, etj.).
[V]	Dokumentimi	Infirmieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor kohën e marrjes së mostrës dhe transportit në laborator.

38.PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRAVE TË URINËS DHE TRANSPORTI PËR ANALIZË

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i veprimit për marrjen e mostrave të urinës dhe sigurimi i transportit korrekt dhe të sigurt në laborator.

Urina është një lëng me ngjyrë të verdhë të lehtë përmes të cilit shumica e substancave të dëmshme ekskretohen nga trupi duke eliminuar gjithashtu lëngun e tepërt. Analiza e urinës është e rëndësishme për monitorimin e funksionit të veshkave dhe traktit urinar, si dhe për zbulimin e sëmundjeve metabolike dhe sistematike.

Marrja e mostrave të urinës tek pacientët është një procedurë që kryhet nga një infermier.

Marrja e mostrave të urinës bëhet në bazë të udhëzimit me shkrim nga mjeku përgjegjës dhe udhëzimit laboratorik të plotësuar që tregon testin diagnostik për të cilin merret urina.

Sipas procedurës së rregullt merret urina e parë e mëngjesit. Mostra e urinës mund të merret në kohë të ndryshme (sipas udhëzimit të mjekut).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Karrocë ose tabaka; 2. Çantë transporti rezistente nga uji; 3. Doreza sterile dhe jo sterile; 4. Tupfer dhe garzë sterile; 5. Maskë; 6. Kompresë ose peshqir letre; 7. Kuti për mbetje mjekësore; 8. Enë veshkore; 9. Shiringa të madhësive të ndryshme (2ml, 5ml, 10ml); 10. Gjilpëra sterile; 11. Dezinfektues; 12. Enë sterile për urinë; 13. Epruveta sterile për urinë; 14. Kateter steril i madhësive të ndryshme; 15. Qese urinare/qese pediatrike; 16. Legen; 17. Enë me ujë; 18. Paravan; 19. Enë nate (lopatë); 20. Enë për urinim me mbulesë-kapak; 21. Etiketë ngjitëse.

[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Informo pacientin për procedurën; 3. Siguroi privatësinë.
[III]	Marrja e mostrës së urinës për ekzaminim të përgjithshëm të pacienti i lëvizshëm	1. Infermieri para marrjes së mostrës bënë larjen e duarve, vendos maskën dhe dorezat; 2. Jepni pacientit shishen e etiketuar me emrin dhe mbiemrin, datën dhe orën e marrjes së mostrës; 3. Kur merrni një mostër, informoni pacientin se si të marr urinën: rrjedhën e parë të urinës e hidhni në tualet dhe rrjedhën pasuese të urinës e zbrazni në shishen e urinës; 4. Kujdes pjesën anësore të kapakut dhe shishes nga ndotja; 5. Merrni shishen e urinës nga pacienti dhe vendoseni në çantën rezistente nga uji për transport; 6. Dorëzoni mostrën e urinës në laborator jo më vonë se 2 orë pas marrjes së saj.
[IV]	Marrja e mostrës së urinës nga pacienti, gjendja shëndetësore e të cilit nuk lejon mbledhjen e pavarur të urinës	1. Siguroi privatësinë e pacientit; 2. Pastroni organet gjenitale me ujë të pastër dhe sapun; 3. Vendosni një lopatë të pastër ose urinar dhe i thoni pacientit se mund të filloj të urinoj; 4. Pasi janë zbrazë disa mililitra urinë pa e ndërprerë urinimin, infermieri sjell shishen e urinës dhe merr 10-20 ml urinë; 5. Pacienti vazhdon të urinojë derisa të zbrazet fshikëza; 6. Mbylleni shishen e urinës, duke u kujdesur që të mos kontaminoni pjesën e brendshme të shishes dhe kapakun; 7. Thani pjesët gjenitale të pacientit, largoni lopatën ose urinarin dhe vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm; 8. Shishen me mostrën e urinës e transportoni në laborator jo më vonë se 2 orë pas marrjes.
[V]	Procedura e marrjes së urinës nga kateteri urinar	1. Shënoni shishen ose epruvetën me emrin, mbiemrin, datën e lindjes dhe datën e marrjes së mostrës, ose me një bar kod dhe tregoni se urina është marrë nga kateteri; 2. Me pean mbylleni kateterin urinar për maksimum 10-15 minuta; 3. Dezinfektoni vendin e punktionit të planifikuar në kateter; 4. Me një shiringë dhe gjilpërë sterile aspironi 10 ml urinë në një kënd 45°; 5. Hapni shishen e urinës dhe ktheni kapakun kah pjesa e brendshme lartë, pa prekur pjesën e brendshme me gishta; 6. Injektoni/zbrazeni urinën në shishe ose epruvetë;

		7. Hidhni shiringën në qese për mbetjet infektive, ndërsa gjilpërën në kutinë e mbeturinave të mprehta; 8. Mbyllni shishen ose epruvetën; 9. Largoni peanin nga kateteri; 10. Vendosni shishen ose epruvetën në pozicion të vertikal - në çantë transporti rezistente nga uji; 11. Vendoseni shishen me mostrën e urinës në çantë transporti rezistente nga uji dhe transportoni në laborator jo më vonë se 2 orë pas marrjes së saj.
[VI]	Marrja e mostrës së urinës nga foshnjat	1. Pastroni zonën urogjenitale lehtë me ujë të dhe sapun neutral pa aplikuar krem; 2. Zonën urogjenitale thajeni me peshqir letre; 3. Urina merret në një qese të posaçme sterile që vendoset sipas udhëzimeve të prodhuesit; 4. Është e nevojshme të kontrollohet shpesh nëse pacienti ka urinuar në mënyrë që mostra të mbahet sa më e shkurtër në qese që të mos ngrohet nga trupi (maksimumi 20 minuta); 5. Nëse pacienti nuk ka urinuar brenda 20 minutave nga vendosja e qeses, duhet vendosur një qese urinare të re; 6. Pas urinimit e largoni qesen, e pastroni dhe thani pacientin; 7. Shishen me mostrën e urinës e vendosni në një çantë transporti rezistente nga uji dhe transportoni në laborator jo më vonë se 2 orë pas marrjes.
[VII]	Mbledhja e urinës njëzet e katër orëshe – Diureza	1. Diureza tregon sasinë e urinës së ekskretuar në 24 orë. Vlera normale e diurezës është 1500-2000 ml; 2. Mund të monitorohet sasia e urinës së ekskretuar gjatë një orë ose sasia e urinës së ekskretuar gjatë 24 orëve; 3. Në rast të grumbullimit të diurezës për orë, urina fillimisht vendoset në "rezervuar" dhe pas evidentimit transferohet në në enën e shkallëzuar; 4. Pacienti fillimisht informohet për mënyrën e grumbullimit të urinës (i referohet pacientëve që nuk kanë kateter të qëndrueshëm); 5. Mbledhja e urinës brenda 24 orëve fillon në orët e mëngjesit, pasi pacienti të ketë hedhur urinën e parë; 6. Pacienti më pas urinon në një enë (me kapak) gjatë ditës dhe natës, duke përfunduar me urinën e parë të mëngjesit të ditës pasardhëse; 7. Ena e dedikuar për grumbullimin e urinës duhet të shënohet me emrin dhe mbiemrin e pacientit, datën e lindjes, datën dhe kohën e grumbullimit të urinës;

		8. Urina ruhet në një vend të caktuar; 9. Pas marrjes së sasisë totale të urinës së mbledhur, një kampion ndahet nga ajo sasi për analizë në një shishe (urina duhet të tundet fillimisht); 10. Për analizat specifike të urinës, regjistroni sasinë e urinës së ekskretuar në fletën laboratorike dhe shishen e mostrës; 11. Shishen me mostrën e urinës e vendoseni në çantë transporti rezistente nga uji dhe transportoni në laborator jo më vonë se 2 orë pas marrjes.
[VIII]	Masat e kujdesit	1. Vërtetoni nëse e keni larguar peanin nga kateteri urinar dhe është krijuar mundësia e rrjedhjes spontane e urinës në qese urinare; 2. Mos merrni kurrë urinë nga qesja urinare; 3. Nuk rekomandohet marrja e mostrave të urinës tek gratë gjatë dhe menjëherë pas ciklit menstrual; 4. Përpara marrjes së mostrave të urinës për analiza specifike, kontrolloni nëse pacienti po merr barna që ndikojnë në rezultatet e analizave laboratorike; 5. Në rastin e një pacienti të lëvizshëm, kontrolloni nëse është në gjendje për të kryer tualet në zonën gjenital përpara se të marrë mostrën e urinës, nëse jo, i ndihmoni në proces; 6. Diureza mbledhet në shishe të errëta dhe duhet ruajtur në vend të errët; 7. Të kryejë procedurën e marrjes së urinës sipas parimit të aseptisë dhe antisepsës; 8. Fletë udhëzimet për laborator dhe mostrat e urinës nuk duhet të transportohen në të njëjtin çantë; 9. Gjatë marrjes së mostrave të urinës, merrni rrjedhën e dytë të urinës; 10. Nëse është kryer një urino kulturë, shënoni gjithë terapinë me antibiotikë në udhëzim; 11. Për disa analiza specifike laboratorike, infermieri siguron paketim të dedikuar nga laborator përgjegjës.
[IX]	Dokumentimi	1. Infermieri në dokumentacionin shëndetësor regjistron kohën e marrjes së mostrës dhe transportit në laborator; 2. Nëse bëhet fjalë për diurezë, regjistroni sasinë e diurezës.

39.PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRËS SË JASHTQITJES DHE TRANSPORTI PËR ANALIZË

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i procesit të marrjes së mostrës së fecesit dhe sigurimi i transportit korrekt dhe të sigurt në laborator.

Jashtëqitja ose fecesi është procesi përfundimtar i tretjes së ushqimit në traktin gastrointestinal që nxirret përmes anusit. Fecesi është tregues i gjendjes së sistemit të tretjes. Marrja e mostrës së fecesit është një procedurë e nevojshme për kryerjen e testeve diagnostike: bakteriologjike, parazitologjike, mikrobiologjike, virologjike dhe teste për të vërtetuar praninë e gjakut në jashtëqitje.

Procedura zbatohet në përputhje me udhëzimin me shkrim të mjekut në të cilin tregohet se për cilin test diagnostik duhet të merret mostra. Fecesi merren në një epruvetë me kapak mbi të cilin është ngjitur një lugë. Merret nga disa vende (mukus, gjak, qelb, inde).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialeve	1. Tabaka; 2. Epruvetë (e shënuar për marrjen e mostrës); 3. Doreza jo sterile; 4. Mantel një përdorimesh; 5. Enë për marrjen e materialit gjatë natës (për ekzaminim bakteriologjik - enë sterile); 6. Sapun i lëngshëm; 7. Letër higjienike; 8. Enë me ujë; 9. Paravan; 10. Pelena për pacient me inkontinencë; 11. Qese për mbetjet infektive. Figura 14. Epruveta për marrjen dhe transportimin e mostrave të fecesit 
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Prezantoni veten, identifikoni pacientin dhe kontrolloni kohën e dakorduar për marrjen e mostrës; 2. Informoni pacientin për veprimin dhe lejoni pyetje.
[III]	Veprimi për marrjen e	1. Kërkoni pacientit të urinoj përpara se të defekojë;

	mostrave të jashtëqitjes	2. Sigurohni privatësinë për pacientin e palëvizshëm, vendosni një enë për marrjen e materialit gjatë natës ose një pelenë të pastër; 3. Shoqëroni pacientin e lëvizshëm në tualet dhe vendoseni në karrocën e tualetit; 4. Informoni pacientin që të thërrasë infermierin pas defekimit; 5. Vishni mantelin një përdorimesh, vendosni maskën dhe dorezat; 6. Hapni epruvetën e shënuar, merrni jashtëqitje në sasinë 1-2 g dhe nëse jashtëqitja është e lëngshme, 2-3 ml, duke shmangur prekjen e pjesëve të jashtme të epruvetës ose sipërfaqeve të tjera; 7. Mbyllni epruvetën; 8. Bëni pastrimin dhe larjen mekanike të zonës perianal të pacientit të palëvizshëm; 9. Zbrazni enën për marrjen e materialit gjatë natës, risistemoni materialin e përdorur, hiqni dorezat dhe mantelin njëpërdorimshëm dhe vendoseni në qesen për mbetjet infektive; 10. Lani, thani dhe dezinfektoni duart dhe vendosni doreza të pastra; 11. Vendosni epruvetat në një enë për transport dhe të dërgoni menjëherë në laborator me udhëzim nga mjeku dhe të tregohet koha e marrjes së mostrës; 12. Në rast të pamundësisë së transportit të shpejtë në laborator, mostra duhet të dërgohet brenda një periudhe maksimale prej 2 orësh pas marrjes së mostrave të fecesit, dhe nëse transportohet në një distancë më të gjatë, epruveta duhet të ruhet në frigorifer në temperaturë +4°C dhe transportohet brenda 24 orëve.
[IV]	Masat e kujdesit	Te diagnostikimi parazitologjik: 1. Marrja e mostrave të jashtëqitjes për diagnostikim laboratorik nuk rekomandohet brenda 7 ditëve të pacientët që është realizuar ekzaminimi radiologjik me kontrast oral (ul besueshmërinë e gjetjeve); 2. Për evidentimin e dizenterisë amebike, mostra e fecesit duhet të ekzaminohet jo më vonë se 30 minuta pas marrjes së mostrës. Te testimi mikrobiologjik: 1. Mërmirë një mostër të fecesit 7 – 10 ditë pas përfundimit të terapisë me antibiotikë; 2. Njoftoni mjekun përgjegjës nëse mostra e jashtëqitjes duket e pazakontë;

		3. Mostra nuk duhet të jetë e kontaminuar me urinë ose të përmbajë ujë, si dhe pjesë të letrës higjienike dhe detergjentit; 4. Epruveta nuk duhet të mbushet tej mase - maksimumi 2/3 e enës në mënyrë që të mos derdhet materiali; 5. Mostra duhet të dërgohet veçmas nga udhëzimi për të shmangur kontaminimin; 6. Me përfundimin e transportit, infermieri organizon larjen mekanike dhe dezinfektimin e çantës së transportit.
[V]	Dokumentimi	Infermieri regjistron procedurën e kryer në dokumentacionin shëndetësor: 1. Kohën e marrjes së mostrave dhe transportit në laborator; 2. Ngjyra, aroma dhe konsistenca e jashtëqitjes; 3. Vështirësi të mundshme të vërejtura gjatë defekimit.

40.PROCEDURA E MARRJES SË MOSTRAVE ME STRISHO TË HUNDËS DHE NAZOFARINGUT DHE TRANSPORTI PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i veprimit të marrjes së strishos nazale dhe nazofaringeale dhe transporti i sigurt i mostrave nga infermieri në laboratorin e mikrobiologjisë.

Strisho e hundës dhe nazofaringut është metodë mikrobiologjike e besueshme për të vërtetuar agjentin shkaktar të sëmundjes ose bartësin e tij. Për rezultate të besueshme, mbledhja e saktë, transporti dhe/ose ruajtja e përkohshme e mostrave është e një rëndësie të madhe.

Mostrat e hundës dhe nazofaringut merren me udhëzim të mjekut. Infermieri përgatit materialin e nevojshëm dhe pacientin menjëherë përpara marrjes së mostrës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Tabaka ose karrocë; 2. Doreza për një përdorim; 3. Maskë; 4. Shpatull; 5. Enë veshkore; 6. Shtupë sterile elastike për strisho nazofaringeal; 7. Tretje fiziologjike; 8. Mjet për ruajtjen gjatë transportit.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Informoni pacientin për qëllimin e veprimit dhe bashkëpunimin që pritët gjatë marrjes së strishos të hundës ose nazofaringut; 3. Informoni pacientin për shqetësimin gjatë marrjes së strishos së hundës ose nazofaringut (irritim deri te kollitja dhe teshtitja); 4. Vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm, mundësisht ulur, me kokën drejt dhe të drejtuar drejt burimit të dritës.
[III]	Veprimi për marrjen e strishos së hundës	1. Shënoni emrin dhe mbiemrin e pacientit, shërbimin profesional / institucionin shëndetësor të KDTSh, llojin e strishos, datën dhe orën kur është marrë strisho ose ngjisni barkodin në vendin e dhënë në epruvetë; 2. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën; 3. Hapni epruvetën, nxirreni shtupën sterile;

		- Vendosni kokën në pozicionin e drejtë për marrjen e strishos së hundës; - Ngrini butësisht majën e hundës me gishtin e madh të dorës jo dominuese, kontrolloni kalueshmërinë e vrimave të hundës; - Përdorni shtupën për të hyrë në vrimë të hundës (pa prekur lëkurën) në thellësi prej rreth 1-2 cm fillimisht në njërin anë, pastaj në tjetrën dhe rrotullojeni butësisht për 10-15 sekonda në mënyrë që të thithni sekrecionin nga hunda e përparme; - Futni me kujdes shtupën në epruvetë dhe mbylleni duke u kujdesur që të mos ndotet mostra; - Kontrolloni nëse të dhënat në etiketë përputhen me të dhënat në epruvetë; - Vendosni epruvetën në mbajtësin e transportit dhe dorëzoni mostrën me udhëzimin në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 orësh.
[IV]	Veprimi për marrjen e strishos së nazofaringut	- Shënoni emrin dhe mbiemrin e pacientit, shërbimin profesional / institucionin shëndetësor të KDTSh, llojin e strishos, datën dhe orën kur është marrë strisho ose ngjisni barkodin në vendin e dhënë në epruvetë; - Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën; - Hapni epruvetën, nxirreni shtupën sterile; - Vendosni kokën në pozicionin e drejtë për marrjen e strishos së nazofaringut; - Ngrini butësisht majën e hundës me gishtin e madh të dorës jo dominuese, kontrolloni kalueshmërinë e vrimave të hundës; - Përdorni shtupën për të hyrë në njërin vrimë të hundës dhe më pas në tjetrën (pa prekur lëkurën), shtyjeni butësisht deri në fund të kalueshmërisë të mesit të hundës, duke ndjekur një vijë imagjinare drejt majës së veshit dhe rrotullojeni për të thithur sekrecionin; - Futni me kujdes shtupën në epruvetë dhe mbylleni duke u kujdesur që të mos ndotet mostra; - Kontrolloni nëse të dhënat në etiketë përputhen me të dhënat në epruvetë; - Vendosni epruvetën në mbajtësin e transportit dhe dorëzoni mostrën me udhëzimin në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 orësh.

		  Figura 15. Procedura e marrjes së strishos Figura 16. Futni shtupën në epruvetë dhe mbylleni
[V]	Masat e kujdesit	1. Organizimi i transportit të mostrës kryhet nga infermieri; 2. Nëse transporti nuk është i mundur brenda 2 orëve pas marrjes, materiali duhet të ruhet në mediumin transportues 'Stuart' në temperaturën e dhomës 20-25°C brenda 24 orëve; 3. Gjatë transportit, shmangni ndikimet e jashtme (mekanike, termike, ndotje, etj.); 4. Gjatë marrjes së mostrave nga pacientë me sëmundje ngjitëse, përdorni mjetet e përshkruara për mbrojtje personale.
[VI]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron procedurën e kryer në dokumentacionin shëndetësor.

41. PROCEDURA E MARRJES SË STRISHOS NË FARING DHE BAJAME DHE TRANSPORTI PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i veprimeve për marrjen e strishos të faringut dhe bajameve, si dhe transportimi i mostrave nga infermieri në laboratorin e mikrobiologjisë.

Strisho e faringut dhe e bajameve është test mikrobiologjike i zakonshme për të vërtetuar shkaktarin e sëmundjeve të sistemit të frymëmarrjes. Kryhet nga infermieri me udhëzim të mjekut. Marrja e duhur, transporti dhe/ose ruajtja e përkohshme e mostrave është me rëndësi të madhe për rezultate të besueshme.

Mostra merret në mëngjes para ngrënies, pijeve dhe higjienës orale. Nëse pacienti ka ngrënë ose pirë një pije, duhet të kalojnë të paktën 30 minuta (në mënyrë optimale 2 orë) përpara marrjes së mostrës.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. Tabaka ose karrocë; 2. Doreza për një përdorim; 3. Maskë; 4. Shpatull; 5. Enë veshkore; 6. Shtupa 7. Mjeti transportues 'Stuart'.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin dhe prezantohuni; 2. Informoni pacientit qëllimin, veprimin dhe bashkëpunimin që pritët; 3. Informoni pacientin për shqetësimin gjatë marrjes së mostrës (stimulimi i të vjellave); 4. Vendoseni pacientin në pozicion të rehatshëm, mundësisht ulur, me kokën pak të përkulur mbrapa dhe të drejtuar drejt burimit të dritës si dhe siguroni privatësinë.
[III]	Veprimi i marrjes së strishos të fytit dhe bajameve	1. Shënoni emrin dhe mbiemrin e pacientit, shërbimin profesional / institucionin shëndetësor të KDTSh, llojin e mostrës, datën dhe orën kur është marrë mostra ose ngjitni barkodin në vendin e dhënë në epruvetë; 2. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën; 3. Ofroni pacientit enën veshkore ose peshqir letre nëse ai/ajo ka tendencë për të vjella gjatë marrjes së mostrës; 4. Këshilloni pacientin të gëlltisë pështymën dhe të hapë gojën;

		- Hapni epruvetën dhe nxirreni me kujdes shtupën sterile; - Shtypni bazën e gjuhës me një shpatull, ndërsa pacienti thotë: "aaaaa"; duke rrotulluar butësisht shtupën, fshini bajamet, lobet e bajameve dhe faringun me presion, duke u kujdesur që të mos prekni gjuhën ose mukozën e zgavrës së gojës, dhëmbët dhe uvulën (merrni një shtupë nga vatrat purulente nëse janë të pranishëm); - Vendosni me kujdes shtupën në epruvetë dhe mbylleni duke u kujdesur që të mos kontaminoni mostrën; - Kontrolloni nëse të dhënat në etiketë përputhen me të dhënat në epruvetën; - Vendosni epruvetën në mbajtësen e transportit dhe dorëzoni mostrën me udhëzim në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 orësh.
[IV]	Masat e kujdesit	- Organizimi i transportit të mostrës kryhet nga infermieri; - Nëse transporti nuk është i mundur brenda 2 orëve pas marrjes, materiali duhet të ruhet në mjetin transportues 'Stuart' në temperaturën e dhomës 20-25°C brenda 24 orëve; - Gjatë transportit, shmangni ndikimet e jashtme (mekanike, termike, ndotje, etj.); - Gjatë marrjes së mostrave nga pacientë me sëmundje ngjitëse, infermieri përdor mjetet e përshkruara për mbrojtje personale.
[V]	Dokumentimi	Infermieri regjistron veprimet e kryera në dokumentacionin shëndetësor.

42.PROCEDURA E MARRJES SË STRISHOS NË PLAGË DHE TRANSPORTI PËR EKZAMINIM MIKROBIOLOGJIK

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj profesionistin e kujdesit shëndetësor për mënyrën e duhur, të sigurt dhe unike në marrjen e strishos në plagë dhe transportin e sigurt të mostrës.

Strisho e plagës është një metodë mikrobiologjike e besueshme me ndihmën e së cilës vërtetojmë shkakun e mundshëm të infeksionit.

Strisho e plagës merret në bazë të udhëzimit me shkrim nga mjeku. Infermieri përgatit materialin e nevojshëm dhe pacientin menjëherë përpara marrjes së strishos. Për rezultate të besueshme mikrobiologjike, është shumë e rëndësishme të merret saktë një strisho plaje (në kohën e duhur, nga vendi i duhur) dhe të transportohet ose ruhet në mënyrë të sigurt materiali.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit për marrjen e strishos nga plaga	1. Tabaka ose karrocë; 2. Doreza sterile dhe jo sterile; 3. Gjilpëra sterile; 4. Shiringë 20 - 50 ml; 5. Leukoplast 6. Pajisjet për përpunim aseptik të plagës (gazë, fashë steril, instrumente); 7. Tretje fiziologjike; 8. Kompresë sterile; 9. Ena veshkore; 10. Qese për mbetjet infektive dhe kuti për mbetje të mprehta; 11. Shtupa (shkopi steril me pambuk në njërin skaj – paketim origjinal); 12. Mjet (mbajtës) transporti.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Informoni pacientin për veprimin dhe bashkëpunimin që pritet gjatë marrjes së strishos në plagë; 3. Paralajmëroni pacientin që të mos prekë asgjë me duar, si dhe të mos flasë gjatë marrjes së strishos; 4. Lironi zonën e plagës, duke respektuar e privatësinë e tij; 5. Vendosni pacientin në pozicion të rehatshëm me kokën të kthyer në anën përballë plagës.

[III]	Inspektimi vizual i plagës	1. Lokalizimi; 2. Madhësia; 3. Gjerësia; 4. Dukja e plagës (thellësia); 5. Forma; 6. Skajet; 7. Shenjat e infeksionit (sekretim, qelb).
[IV]	Veprimi për marrjen e strishos nga plaga	1. Në epruvetë shkruani: emrin dhe mbiemrin e pacientit, shërbimin profesional / institucionin shëndetësor të KDTSh, llojin e strishos, lokalizimin e plagës, datën dhe orën kur është marrë strisho ose ngjitni bar kodin; 2. Lani dhe thani duart, vendosni dorezat dhe maskën; 3. Largoni materialin nga plaga e mbuluar (nëse plaga tashmë është trajtuar) dhe vendoseni në qese për mbetjet infektive; 4. Vendosni një kompresë dhe enën veshkore në vendin ku gjendet plaga; 5. Për të dekontaminuar plagën, aplikoni tretësirë fiziologjike (NaCl 0,9%) me shiringë sterile dhe pastroni plagën në thellësi 2 - 5 cm (sigurohu që rrjedha e tretjes fiziologjike të mos jetë shumë e fortë, në mënyrë që të mos dëmtojë indin në plagë); 6. Me instrument steril merrni një tupfer gaze, lageni me tretësirë fiziologjike (gjithmonë duke pasur kujdes që tupferi të mos jetë në kontakt me pjesën e sipërme të shishes) dhe pastroni plagën me lëvizje rrethore nga qendra kah skajet e plagës; 7. Lëkurën përreth plagës pastroni me tretësirë fiziologjike, më pas thajeni me gazë të thatë sterile; 8. Me kujdes hapni epruvetën dhe nxirreni shtupën sterile; 9. Për të marrë strisho nga plaga e thatë, është e nevojshme të spërkatet shtupa me tretësirë fiziologjike, ndërsa kur merret strisho nga plaga e lagur duhet që shtupa sterile të jetë e thatë; 10. Shtupën sterile lëvizeni mbi të gjithë sipërfaqen e plagës me lëvizje "zig-zag" ose në mënyrë rrethore, në të njëjtën kohë rrotullojeni midis gishtërinjve në një drejtim, me presion të lehtë mbi ind; 11. Mbani shtupën për rreth 30 sekonda për të thithur përmbajtjen e plagës; 12. Në zonën e plagës nëse ka "xhep", merrni një shtupë tjetër për të marrë strisho nga ai vend; 13. Me kujdes vendosni shtupën në epruvetën e hapur;

		14. Kontrolloni nëse të dhënat në flet udhëzim përputhen me të dhënat në epruvetë; 15. Vendosni epruvetën në mjetin (mbajtësin) transportues dhe dorëzoni strishon në laboratorin mikrobiologjik brenda 1-2 orë; 16. Strisho e plagës nuk duhet të merret gjatë gjakderdhjes ose brenda 12 orëve pas aplikimit të agjentit antiseptik.
[V]	Masat e kujdesit	1. Organizimi i transportit të mostrës bëhet nga infermieri; 2. Nëse transporti nuk është i mundur të realizohet brenda 2 orëve pas marrjes, materiali duhet të ruhet në mjetin transportues 'Stuart' në temperaturën e dhomës (20-25°C) brenda 24 orëve; 3. Gjatë transportit, shmangni ndikimet e jashtme (mekanike, termike, ndotje, etj.).
[VI]	Dokumentimi	1. Infermieri evidenton veprimet e kryera në dokumentacionin shëndetësor.

43.PROCEDURA E PËRGATITJES DHE TRANSPORTI I MOSTRËS PATOHISTOLOGJIKE

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj profesionistin shëndetësor në mënyrë unike dhe të sigurt për përgatitjen dhe transportin e mostrës në laboratorin kompetent.

Mostra e biopsisë merret gjatë ndërhyrjeve operative, endoskopike dhe të tjera invazive. Marrja e mostrës së biopsisë për përpunim patohistologjik, kryhet nga mjeku specialist në përputhje me rregullat e profesionit mjekësor.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN – HAPAT
[1]	Mbledhja dhe përgatitja e mostrës së biopsisë për analizë patohistologjike gjatë orarit të rregullt të punës	1. Materiali për përpunim patohistologjik dorëzohet nga mjeku specialist te infermieri, i cili përgatit mostrën, ngjit etiketën dhe regjistron mostrën e marrë; 2. Shënoni mostrën me shenjësues rezistent ndaj ujit në enë, duke shkruar informacionin e mëposhtëm: - emrin dhe mbiemrin e pacientit; - numri i protokollit; - shërbimin profesional / institucionin shëndetësor; 3. Në shërbimin profesional / institucionin shëndetësor ku është marrë mostra, plotësohet formulari i referimit në dy kopje elektronike/manuale të cilat dërgohen me mostrën, veçmas nga mjeti (mbajtësi) i transportit; 4. Regjistro në mënyrë elektronike/manuale informacionin e mëposhtëm për pacientin: - emrin e shërbimit profesional / institucionit shëndetësor nga i cili është dërguar mostra; - emri (emri babës ose nënës) dhe mbiemri i pacientit; - numri i protokollit; - viti i lindjes, vendlindja dhe vendbanimi; - numri identifikues (karta identifikuese) ose certifikata e lindjes; - profesioni; - emri i bartësit të sigurimit; 5. Pasi infermieri të ketë regjistruar të dhënat e mësipërme, sigurohet që mjeku përgjegjës të plotësojë të dhënat në lidhje me: - diagnozën primare; - llojin e mostrës;

		- informacionin për arsyet e operacionit dhe diagnozën e mëparshme patohistologjike; - laboratorët relevante dhe raportet radiologjike (p.sh. biopsia e kockave dhe e gjirit, veçanërisht në rastin e gjendjeve malinje të paqarta, pa imazhe radiologjike nuk interpretohen); - të dhëna të shkurta/kyçe nga anamneza e historisë mjekësore; - lokalizimi i vendit; - data e marrjes së materialit; - kodi i shërbimit. 6. Vendosni mostrat e indeve dhe organeve pa fiksues në një enë transporti dhe dërgoni ato në laborator (shmangni ndikimet e jashtme: mekanike, termike, kontaminime etj.).
[II]	Mbledhja dhe përgatitja e mostrës së biopsisë për analizë patohistologjike jashtë orarit të punës	1. Në të gjitha rastet kur ekipi operativ nuk është në gjendje ta përcjellë mostrën menjëherë në laborator, ajo duhet të fiksohet në mënyrë adekuate sipas udhëzimeve me shkrim të përgatitura nga laborator; 2. Mostra e biopsisë për patohistologji, e cila dorëzohet jashtë orarit të rregullt të punës, vendoset në enë me formalinë 10% (në të cilën formalina ka një vëllim 5-20 herë më të madh se vëllimi i mostrës së biopsisë); 3. Nëse një ind që ka nevojë për analiza të mëtejshme molekulare, kontaktoni patologun në laboratorin e patohistologjisë.
[III]	Përgatitja dhe transportimi i ekzemplarëve të biopsisë të marrë përmes gjilpërës	1. Mostra e biopsisë e marrë me gjilpërë ose në mënyrë endoskopike, dorëzohet në laboratorin e patohistologjisë menjëherë pas marrjes së saj; 2. Mostrën e transportoni në enë plastike ose qelqi, me fiksues përkatës (formalinë 10%); Përfundimisht bëjnë mostrat e biopsisë së nyjeve limfatike me dyshim për neoplazi limfoproliferative, biopsi të palcës kockore, biopsi të veshkave dhe biopsi testikulare.
[IV]	Transporti i mostrës	1. Kryeinfermieri i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor, cakton një infermier për transportin e mostrave në laborator, si dhe marrjen e rezultateve patohistologjike; 2. Mostra dorëzohet në enë të dedikuar për transportin e mostrave patohistologjike dhe i dorëzohet profesionistit shëndetësor përgjegjës në laborator; 3. Mostra e marrë dhe rezultati regjistrohen në librin e protokollit;

		4. Në rastet kur mostra dorëzohet jashtë orarit të rregullt të punës, infermieri e ngjit etiketën dhe e ruan mostrën në vendin e duhur deri në transportin përfundimtar në laboratorin e patohistologjisë.
[V]	Masat e kujdesit	1. Kryeinfermieri i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor, koordinon rezultatin me shkrim mbi ekzaminimin patohistologjik të kryer; 2. Me rastin e marrjes së rezultatit patohistologjik, infermieri nënshkruhet në protokollin e laboratorit patohistologjik (datën, ora e marrjes, emri, mbiemri dhe nënshkrimi); 3. Infermieri përgjegjës i dorëzon rezultatin kryeinfermierit të shërbimit profesional / institucionit shëndetësor, i cili njofton mjekun përgjegjës për rezultatin.
[VI]	Dokumentimi	1. Të gjitha veprimet e marrjes së mostrës, përgatitjes, transportit, plotësimit të fletë udhëzimit, pranimi i rezultatit, regjistrohen në dokumentacionin shëndetësor.

KAPITULLI VI – MENAXHIMI DHE ADMINISTRIMI I BARNAVE

- 44** PROCEDURA PËR MENAXHIMIN E PRODUKTEVE DHE PAJSJEVE MEDICINALE
- 45** PROCEDURA PËR ZBATIMIN E PESË RREGULLAVE PARA ADMINISTRIMIT TË BARIT
- 46** PROCEDURA E NXJERRJES SË BARIN NGA FLAKONI DHE AMPULA
- 47** PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË RRUGË INTRAMUSKULARE
- 48** PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NËN LËKURË
- 49** PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË RRUGË INTRAVENOZE
- 50** PROCEDURA E APLIKIMIT TË BARIT PËRMES KANULËS INTRAVENOZE PERIFERIKE
- 51** PROCEDURA E APLIKIMIT NË TRETËSIRËN SË INFUZIONIT
- 52** PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E POMPAVE TE INFUZIONIT DHE PERFUZORËVE
- 53** PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË RRUGË ENTERALE
- 54** PROCEDURA E APLIKIMIT LOKAL TË BARIT
- 55** PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT PËRMES INHALIMIT
- 56** PROCEDURA PËR APLIKIMIN E OKSIGJENIT
- 57** PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E TERAPISË ME INSULINË ME SHIRINGË PORTATIVE
- 58** PROCEDURA E DHËNIES SË GJAKUT DHE TRANSPORTIT TË GJAKUT DHE PRODUKTEVE TË GJAKUT
- 59** PROCEDURA PËR PËRDORIMIN DHE APLIKIMIN GJAKUT DHE PRODUKTEVE TË GJAKUT
- 60** PROCEDURA E APLIKIMIT TË BARIT PA UDHËZIM TË SHIKRUAR

44.PROCEDURA E MENAXHIMIT TË PRODUKTEVE DHE PAJISJEVE MEDICINALE

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë furnizim dhe menaxhim të sigurt, të vazhdueshëm, racional dhe në kohë të produkteve dhe pajisjeve medicinale.

Produkt medicinal - çdo substancë apo kombinim i substancave që kanë përbërës për trajtimin apo parandalimin e sëmundjeve të qeniet njerëzore, të cilat mund të përdoren në qeniet njerëzore ose t'u administrohen atyre qoftë me synim të rivendosjes, korrigjimit apo modifikimit të funksioneve fiziologjike duke ushtruar një veprim farmakologjik, imunologjik apo metabolik, apo për të bërë një diagnozë mjekësore;

Menaxhimi i produkteve dhe pajisjeve medicinale është një procedurë që përcakton furnizimin e sigurt dhe menaxhimin e stoqeve.

Në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh produktet dhe pajisjet medicinale janë të destinuara për pacientët spitalorë ose ata që marrin shërbimet e tyre nëpërmjet trajtimit ambulator.

Bar narkotik nënkupton çdo substancë, natyrore ose sintetike, të paraqitur në Konventën e Vetme për Barnat Narkotike të vitit 1961, të përmirësuar me protokollin e vitit 1972. Substancë psikotrope nënkupton çdo substancë, natyrore ose sintetike, të paraqitur në Konventën mbi Substancat Psikotrope të vitit 1971.

Në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh, përgjegjësia e kryeinfermierit është furnizimi dhe mbikëqyrja e barnatoreve dhe infermieret janë përgjegjës për menaxhimin e produkteve dhe pajisjeve medicinale në përputhje me rregulloret ligjore.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Furnizimi me produkte dhe pajisje medicinale	1. Farmacitë e reparteve furnizohen sipas protokolleve të institucionit (ditore, javore, disa herë në javë); 2. Infermieri përgjegjës i njësisë organizative përgatitë kërkesën me shkrim (elektronike ose me shkrim).
[II]	Transporti i produkteve dhe pajisjeve medicinale	Produktet dhe pajisjet medicinale transportohen në mënyrë të sigurt për të shmangur kontaminimin: 1. Gjatë transportit respektohen kushtet e temperaturës të përshkruara nga prodhuesi; 2. Barnat transportohen veçmas nga mjetet mjekësore dhe dezinfektuesit; 3. Transporti i produkteve dhe pajisjeve medicinale nga barnatorja qendrore në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore të KDTSh kryhet në kuti të përshtatshme (kontejnerë që duhet të jenë të etiketuar me emrin e shërbimit profesional);

		4. Në barnatoren qendrore, gjatë grumbullimit të barnave, një profesionist i kujdesit shëndetësor kontrollon korrektësinë e kërkesës menjëherë para marrjes (përmbajtja, sasia, pamja).
[III]	Pranimi i produkteve dhe pajisjeve medicinale	Infermieri përgjegjës: 1. Kontrollon nëse përmbajtja i përgjigjet porosisë me shkrim (përmbajtja, sasia, pamja dhe data e skadencës); 2. Rendit produktet dhe pajisjet medicinale sipas grupeve në vendin e caktuar (rafte, dollap, frigorifer, kasafortë); 3. Vendos produktet dhe pajisjet medicinale që duhet ruajtur në frigorifer (2-8°C); 4. Mban evidencë për stoqet. Nëse infermieri përgjegjës identifikon një problem të mundshëm, ndërhyr menjëherë dhe e zgjidh atë.
[IV]	Ruajtja e produkteve dhe pajisjeve medicinale	1. Ruani produktet dhe pajisjet medicinale sipas udhëzimeve të prodhuesit; 2. Ruani në frigorifer barnat termolabile; 3. Kontrolloni temperaturën e dhomës dhe frigoriferit një herë në ditë dhe regjistrojeni atë (Shtojca 30); 4. mbrojnë barnat nga pluhuri, lagështia dhe rrezet e diellit direkte; 5. sigurojeni farmacinë e repartit me çelës; 6. shënoni paketimin e hapur me një "X" në pjesën e përparme dhe datën e hapjes. 7. Infermieri përgjegjës i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh është kompetent dhe përgjegjës për ruajtjen adekuate dhe kontrollin periodik të menaxhimit të barnave.
[V]	Furnizimi, marrja dhe ruajtja e barnave narkotike dhe psikotrope	1. Nevoja për substanca psikotrope për nevojat e njësive organizative të spitalit bëhet me kërkesë, të nënshkruar nga personi i autorizuar; 2. Të regjistrohen çdo ditë substancat psikotrope në "Librin e narkotikëve të pranuar dhe të lëshuar", 3. Mbajini ato në kasafortë me çelës, 4. Qasje në substanca narkotike dhe psikotrope u jepet infermierëve që punojnë në shpërndarjen e terapisë. Gjendja e substancave narkotike dhe psikotrope si dhe çelësat e dollapit bëhet me shkrim përmes pranim – dorëzimit.
[VI]	Ruajtja produkteve dhe pajisjeve	1. Mbani produktet dhe pajisjet medicinale veçmas për situatat emergjente (shoku anafilaktik dhe ringjallja kardiopulmonare),

	medicinale në rastet emergjente	2. Përmbajtja e kabinetit/karroces është e standardizuar (adrenalinë, klorpiraminë, suksinat Na-metilprednisolone, aminofilinë, ranitidinë, metoklopramid, dopaminë, dobutaminë, glukagon dhe sulfat atropine); 3. Kabineti/karroca përmban gjithashtu solucione infuzioni dhe aksesore të përshtatshëm (sisteme infuzioni, gjilpëra, shiringa, kanula IV, flaster, tufëra).
[VII]	Procedura e përdorimit të barnave personale të pacientit	1. Çdo bari që pacienti sjell me vete në institucionin shëndetësor, konsiderohet terapi personale e pacientit (terapi kronike); 2. Për çdo pacient individualisht, mjeku vendos nëse barnat e tij personale janë të nevojshme për t'u përdorur gjatë qëndrimit në institucion; 3. Terapija personale të regjistrohet dhe të ruhen në një vend të sigurt me emrin dhe mbiemrin e pacientit; 4. Infermieri kontrollon barin (data e skadencës, pamja e barit); 5. Mjeku që përshkruan terapinë në listë të pacientit i regjistron terapinë personale të pacientit për përdorim të mëtejshëm terapeutik; 6. Kur pacienti del nga spitali, barnat e mbetura kthehen dhe nëse ai i refuzon, barnat duhet të regjistrohen me nënshkrimin e pacientit.
[VIII]	Procedura e tërheqjes së produkteve dhe pajisjeve medicinale në barnatoren qendrore	Nëse nga barnatorja qendrore merret një njoftim për tërheqjen e një apo më shumë produkte ose pajisje medicinale, për këtë njoftohet përgjegjësi dhe veprohet si më poshtë: 1. Tërhiqet dhe ndalohet administrimi i produktit apo pajisjes medicinale; 2. Evidentohen produktet dhe pajisjet medicinale të tërhequra dhe ruhen në një vend të veçantë; 3. Regjistrohen emri, sasia dhe numri serik i produktit apo pajisjes medicinale dhe kthehet në barnatoren qendrore. Produkti apo pajisja medicinale mund të tërhiqet edhe në rastet kur: 4. Paketimi i jashtëm ose i brendshëm i produktit apo pajisjes medicinale është i dëmtuar; 5. Të dhënat mungojnë ose janë të paqarta (emri, afati, numri serik); 6. Bari ndryshon vetitë e tij organoleptike (ngjyrën, erën, shijen, pamjen).
[IX]	Asgjësimi i produktit apo pajisjes	1. Barnat që kanë skaduar ose kanë ndryshuar karakteristika për shkak të dëmtimit hiqen nga barnatorja e repartit,

	medicinale të skaduara	regjistrohen, paketojnë dhe shënohen si mbetje farmaceutike dhe në këtë mënyrë kthehen në barnatoren qendrore.
[X]	Masat e kujdesit	1. Hapësira ku ruhen produktet dhe pajisjet medicinale duhet të jetë e ajrosur, e pastër dhe e thatë; 2. Kontroll dhe regjistrim i rregullt; 3. Barnat personale të pacientit nuk duhet t'u jepen pacientëve të tjerë pa pëlqimin e tij; 4. Citostatikët dhe substancat psikotrope transportohen në kutia të veçanta, veçmas nga barnat e tjera; 5. Kur ka barna me data të ndryshme skadence, së pari lëshohen ato me afat më të shkurtër skadence; 6. Ruani barnat e qëndrueshme ndaj nxehtësisë në raftin e frigoriferit, jo në derën e frigoriferit.
[XI]	Dokumentimi	1. Të gjitha proceset e menaxhimit të barnave regjistrohen nga infermieri në dokumentacionin e shërbimit profesional / institucionit shëndetësor të KDTSh.

45.PROCEDURA PËR APLIKIMIN E PESË RREGULLAVE PARA ADMINISTRIMIT TË BARIT

Qëllimi: i procedurës është që të udhëzoj infermierët që të administrojnë në mënyrë të sigurt, të duhur dhe unike barnat e përshkruara nga mjeku.

Për të siguruar administrimin e duhur të barit, është e nevojshme që infermieri të aplikoj Pesë Rregullat (5Rr) dhe tre kontrolle.

Para administrimit të barit, lexoni udhëzimet e prodhuesit, kontrolloni emrin gjenerik, dozën, mënyrën e aplikimit dhe afatin e skadencës së barit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Rr 1 - Pacienti i duhur	1. Identifikoni pacientin - me pyetje të drejtpërdrejtë: Si quheni? (Në rast pamundësie komunikimi me pacientin, kryeni një kontroll përmes byzylykut identifikues dhe kontrolloni dokumentacionin).
[II]	Rr 2 - Bari i duhur	1. Krahasoni emrin e barit të përshkruar me emrin e barit në paketimin origjinal. 2. Kontrolloni datën e skadimit; 3. Kontrolloni ngjyrën, pamjen dhe vetitë e barit.
[III]	Rr 3 - Doza e duhur	1. Përgatitni dozën dhe sasinë e përshkruar
[IV]	Rr 4 - Koha e duhur	1. Administroni barin e përshkruar në kohën e përcaktuar.
[V]	Rr 5 - Mënyra e duhur	1. Kontrolloni mënyrën e administrimit të barit të përshkruar nga mjeku dhe udhëzimet që gjenden në paketimin origjinal. (Shtojca 31)
[VI]	3 kontrollet	1. Kur bari merret nga barnatorja e institucionit shëndetësor; 2. Menjëherë pas marrjes së barit nga paketi ose shishja origjinale; 3. Përpara se të ktheni pjesën tjetër të barit në dollapin e barnave.
[VII]	Masat e kujdesit	1. Duhet kujdes i veçantë nëse bari ka njësi matëse të treguar në mbështjellësin/etiketën e barit dhe njësinë matëse të përshkruar, p.sh. mg/ml, njësia matëse 'UI'; 2. Sqaroni të gjitha paqartësitë përpara administrimit të barit (shkrimi i pallexueshëm, doza e pazakontë e barit, mënyra e aplikimit të barit, etj.);

		3. Mos jepni barna të përgatitura nga dikush tjetër (përjashtim bën përgatitja qendrore e citostatikëve); 4. Një bari që ka ndryshuar vetitë organoleptike nuk duhet të administrohet.
[VIII]	Dokumentimi	1. Në rast se infermieri vëren parregullsi gjatë kontrollimit të barit, duhet të regjistroj parregullsitë dhe të njoftoj përgjegjësin e barnatores së institucionit shëndetësor.

Shtojca 31. Mënyrat e administrimit të barnave

Barnat janë çdo substancë apo kombinim i substancave që kanë përbërës për trajtimin apo parandalimin e sëmundjeve të qeniet njerëzore, të cilat mund të përdoren në qeniet njerëzore ose t'u administrohen atyre qoftë me synim të rivendosjes, korrigjimit apo modifikimit të funksioneve fiziologjike duke ushtruar një veprim farmakologjik, imunologjik apo metabolik, apo për të bërë një diagnozë mjekësore.

Mënyrat e administrimit të barit në trup janë:

- 1) Administrimi enteral i barit
 - orale - përmes gojës (tableta, kapsula, solucione),
 - sublinguale - nën gjuhë (lingualetat),
 - rektale - përmes zorrës së trashë (supozitorë, klizma medicinale).
- 2) Administrimi parenteral i barit
 - intrakutane - në lëkurë (injeksione),
 - subkutane - nën lëkurë (injeksione),
 - intramuskulare - në muskul (injeksione),
 - intravenoz - në venë (injeksione, solucione),
 - intra-artikular - në nyje (injeksione).
- 3) Administrimi lokal i barit
 - perkutane - përmes lëkurës (pomada, pasta, kremra, solucione),
 - rektale - përmes rektumit (supozitor, pomadë),
 - vaginale - përmes vaginës (vaginaletë),
 - sublinguale - nën gjuhë (lingualette),
 - orale - përmes gojës (drazhe, tretësirë),
 - përmes mukozës së veshit, hundës dhe syrit (pika, pomadë).

46. PROCEDURA E NXJERRJES SË BARIT NGA FLAKONI DHE AMPULA

Qëllimi: i procedurës përcakton mënyrën e nxjerrjes së duhur dhe të sigurt të barit nga flakoni ose ampula me gjilpërë dhe shiringë për aplikimin parenteral.

Nxjerrja e barit nga ampula ose flakoni bëhet nga infermieri, i cili e aplikon barin. Nxjerrja e barit ose tretësirës së përgatitur të përshkruar, kryhet në kushte aseptike. Bari mund të jetë në ampulë ose flakon, si një formulë e përgatitur, ose në formë pluhuri, i cili tretet përpara se të futet në shiringë. Bari duhet të aplikohet menjëherë pas tërheqjes.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Masat e sigurisë që duhet të merren gjatë përgatitjes së barit	1. Kontrolloni rregullsinë e paketimit të barit; 2. Kontrolloni emrin dhe dozën (krahasoni me udhëzimin); 3. Mënyrën e aplikimit dhe koncentrimin e tretësirës siç udhëzohet në flet udhëzim të krahasohet me udhëzimin e mjekut; 4. Shikoni pamjen e tretësirës - vetitë organoleptike (vetitë fizike, kimike dhe farmakologjike të barit); 5. Kontrolloni datën e skadimit të barit.
[II]	Përgatitja e mjeteve dhe materialeve	1. Hapësira e punës dhe sipërfaqet për zbatimin e procedurës duhet të jenë të pastra dhe të rregullta; 2. Tabakë ose karrocë; 3. Barnat e duhura; 4. Dezinfektues; 5. Shiringa dhe gjilpëra me lumenin dhe madhësinë e kërkuar; 6. Tupfer nga pambuku; 7. Enë (veshkore) për gjëra të papastërta; 8. Kutia për hedhjen e mjeteve të mprehta; 9. Doreza.
[III]	Kryerja e procedurës së tërheqjes së barit nga ampula	1. Lani ose dezinfektoni, thani duart dhe vendosni dorezat; 2. Me një lëvizje gjysmë rrethore, uleni barin nga maja e ampulës në fund të ampulës; 3. Në shenjën e përcaktuar thyeni qafën e ampulës; 4. Bashkëngjitni gjilpërën në shiringë, futni gjilpërën në fund të ampulës dhe tërhiqni barin;

		5. Pa hequr gjilpërën nga ampula, e ktheni shiringën tatëpjetë dhe lironi fluskat e ajrit në ampulë, duke u siguruar që bari të mos lirohet; 6. Hidhni gjilpërën e përdorur në kuti për hedhjen e mjeteve të mprehta; 7. Vendosni një gjilpërë të re sterile të lumenit të duhur me mburojën në shiringë; 8. Me rastin e administrimit të barit, largoni ajrin nga shiringa; 9. Ruani ampulën derisa të përfundojë aplikimi i barit dhe më pas hidhni në kutinë e mjeteve të mprehta.
[IV]	Kryerja e procedurës së tërheqjes së barit nga flakoni	1. Lani ose dezinfektoni, thani duart dhe vendosni dorezat; 2. Hiqeni kapakun e aluminit ose plastikës nga flakoni; 3. Dezinfektoni gomën e flakonit me tupfer pambuku ose garzë të njomur në dezinfektues; 4. Tërhiqeni sasinë e kërkuar të tretësit në shiringë dhe futeni gjilpërën në flakon përmes gomës dhe injektoni tretësin; 5. Lëreni gjilpërën dhe shiringën në flakon (një sasi e vogël ajri do të hyjë në shiringë për shkak të presionit të shtuar në flakon, mos e ndani gjilpërën nga shiringa dhe flakoni); 6. Rrotulloni lehtësisht flakonin dhe prisni që bari të tretet; 7. Mbajeni flakonin nga pistoni i shiringës vertikalisht me pjesën e poshtme, lironi ajrin nga shiringa në flakon dhe tërhiqeni me kujdes gjilpërën deri në nivelin e tapës; 8. Ngadalë tërhiqeni barin në shiringë; 9. Ndani shiringën dhe gjilpërën nga flakoni dhe vendoseni gjilpërën në kuti për mjete të mprehta; 10. Vendosni një gjilpërë të re sterile të lumenit përkatës me mbulesë në shiringë; 11. Me rastin e administrimit të barit, largoni ajrin nga shiringa; 12. Ruajeni flakonin deri në fund të aplikimit të barit dhe më pas vendoseni në kuti për mjete të mprehta; 13. Hiqni dorezat, lani dhe thani duart.

47.PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN TË BARIT NË RRUGË INTRAMUSKULARE

Qëllimi: i kësaj procedure është administrimi i barit në rrugë intramuskulare, në mënyrë të sigurt, të duhur dhe unike.

Administrimi i barit në rrugë intramuskulare (IM) kërkon përgatitjen e duhur të barit, teknikën e duhur të administrimit dhe respektimin e kohës së përcaktuar për aplikimin e terapisë. Përmbushja e këtyre kushteve zvogëlon komplikimet tek administrimi intramuskular i barit dhe rrit efektin e barit. Aplikimi i terapisë intramuskulare kryhet nga ana e infermierit në bazë të fletë udhëzimit të përshkruar nga mjeku.

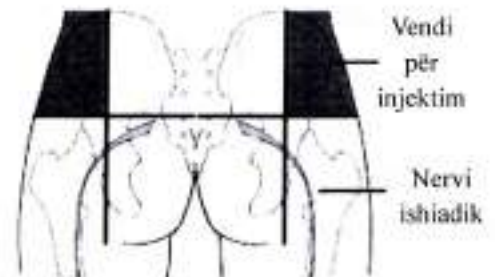
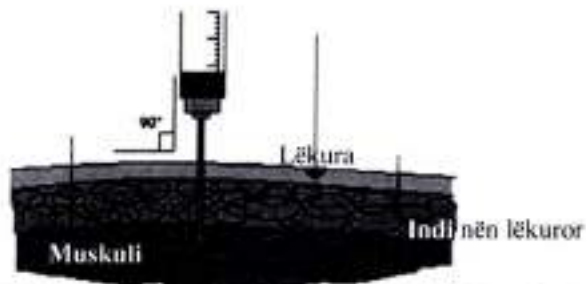
PROCEDURA		
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Të sigurohen kushtet e favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ndriçuar dhe e ajrosur); 2. Të sigurohet privatësia e pacientit; 3. Bari i përshkruar (zbatoni rregullin 5Rr); 4. Tretësira për tretjen e barit; 5. Shiringa sterile të vëllimit të duhur; 6. Gjilpëra të përshtatshme sterile; 7. Sharra për hapje të ampulës; 8. Dezinfektues për lëkurë dhe pajisje; 9. Tupfer pambuku apo garza; 10. Doreza; 11. Kutia për mbetje të mprehta; 12. Ena veshkore.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Siguroheni për alergji të mundshme të pacientit ndaj barnave (me anë të pyetjes dhe shikimit në kartelën shëndetësore); 3. Informoni pacientin mbi rëndësinë dhe qëllimin e intervenimit e cila duhet të konfirmohet me nënshkrimin e tij/saj, të kërkohe bashkëpunimi dhe i tregojini atij/asaj se në rast të ndonjë ndryshimi të gjendjes gjatë dhe pas administrimit të injeksionit, menjëherë të informoni infermierin; 4. Pacienti të shtrihet në pozitën e duhur.
[III]	Veprimi	1. Lani duart dhe vendosni dorezat; 2. Hapeni mbështjellësin e shiringës dhe mbajeni për pistonin, hiqeni shiringën nga mbështjellësi dhe në të vendosni gjilpërën për të tërhequr përmbajtjen e ampulës;

		- Dezinfektoni qafën e ampulës dhe sharrën me një tupfer pambuku të lagur me dezinfektues; - Pas hapjes së ampulës, përmbajtjen e saj e tërhiqni në shiringë; - Administroni barin sipas procedurës “Tërheqja e barit nga shishja dhe ampula”; - Largoni gjilpërën me të cilin e keni nxjerr barin, hidhjeni atë në kutinë për mbetjet e mprehta dhe nxirreni ajrin nga shiringa; - Vendosni gjilpërën tjetër të duhur sterile me mbrojtëse; - Përcaktoni vendin e shpimit (një e katërta e sipërme e jashtme e gluteusit), duke marrë parasysh ndryshimet e mundshme në lëkurë dhe muskul; - Dezinfektoni vendin e shpimit me një tupfer dhe pritni derisa ajo pjesë të thahet; - Largoni mbrojtësen nga gjilpëra dhe hidhjeni në enën veshkore; - Shponi me gjilpërë në një kënd prej 90°; - Aspironi butësisht duke tërhequr pistonin e shiringës, duke monitoruar nëse gjaku do të shfaqet në shiringë. Nëse shfaqet gjaku, ndërpritni procedurën, hiqni gjilpërën, përgatitni një injeksion të dytë dhe injektoni barin në një vend tjetër. Mos e injektoni tretësirën me gjak; - Kur bari administrohet, prisni 10 sekonda dhe e nxirrni gjilpërën shpejt në një kënd prej 90°; - Në vendin e shpimit, vendosni një tupfer/garzë të lagur me dezinfektues; - Hidhni gjilpërën në kutinë për mbetjet e mprehta; - Pas administrimit të barit, monitoroni pacientin për disa minuta në mënyrë që të mund të reagoni në kohën e duhur në rast të një reaksioni alergjik ndaj barit; - Risistemoni pajisjet; - Hiqni dorezat, lani dhe thani duart.
[IV]	Masat e kujdesit	- Kontrolloni ambalazhin, pamjen dhe datën e skadimit të barit; - Kontrolloni datën e skadimit të shiringës dhe gjilpërës për administrimin e barnave, si dhe gjendjen e paketimit të shiringës dhe gjilpërave; - Informoni për specifikat e barnave të veçanta dhe efektet anësore që mund të shkaktojnë ato (lexoni fletë udhëzuesin nga paketimi origjinal); - Nëse sasia e barit është më e madhe se 5 ml, bari duhet të merret në dy shiringa dhe të administrohet në dy vende të ndryshme;

		5. Tek tretësisht vajore të barnave dhe preparateve me hekur aplikohet teknika "Z", thellësisht muskulore, për të shmangur irritimin e indit nën-lëkuror dhe ndryshimin e ngjyrës (me pëllëmbën e dorës tërhiqni lëkurën mbi vendin e shpimit të planifikuar lart ose anash dhe mbajeni fort gjatë aplikimit të barit. Pasi të keni injektuar barin, prisni 10 sekonda dhe në të njëjtën kohë nxirrni gjilpërën dhe lëshoni pjesën e shtrënguar të lëkurës dhe e shtypni me tampon: teknika "Z" mund të përdoret te pacientët e moshuar që e kanë të zvogëluar masën muskulore; është e rëndësishme që pas aplikimit të preparatit me hekur, vendi i injektimit të mos masazhet dhe njoftoni pacientin se duhet të pushojë për 30 minuta).
[V]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin e institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Data dhe koha e administrimit të barit; 3. Llojin dhe dozën e aplikimit të barit; 4. Nënshkrimi i infermierit që e ka kryer procedurën.

Figura nr. 17 – Aplikimi i injeksionit i.m.

APLIKIMI I INJEKSIONIT I.M.



Dezinfektoni ampulën dhe sharrën



Nxirni/Tërhuqni barin



Ndërroni gjilpërën



Nxirni ajrin nga shiringa



Dezinfektoni vendin e shpimit



Futni gjilpërën në muskul dhe aspironi



Aplikoni barin dhe prisni 10 sek.



Hiqni gjilpërën dhe shtypni shpimit me tupfer



Hidheni gjilpërën në kutinë për vendin e mbetje të mprehtë

48.PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN TË BARIT NËN LËKURË

Qëllimi: i kësaj procedure siguron një metodë unike dhe të sigurt të administrimit nënlëkurë të barit.

Injekzioni nënlëkurë (SC – subkutan) është një mënyrë për të administruar barin duke përdorur gjilpërën dhe shiringën në indin nën lëkuror. Injekzioni subkutan përdoret për të administruar një sasi më të vogël të barit (deri në 2 ml) duke rezultuar në resorbim më të ngadalshëm dhe më të barabartë. Aplikimi i barit SC bëhet nga infermieri sipas përshkrimit të mjekut në fletë udhëzimit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Siguroni privatësinë e pacientit; 2. Siguroni kushte të favorshme në hapësirë (dhoma duhet të ajroset dhe ndriçohet); 3. Barnat e përshkruara (zbatoni rregullin 5Rr); 4. Tretësirë për tretjen e barit; 5. Shiringa sterile me vëllim të përshtatshëm; 6. Gjilpërat të përshtatshme sterile; 7. Sharra për prerjen e ampulave; 8. Dezinfektues i lëkurës dhe mjeteve; 9. Tupfer pambuku ose garzë; 10. Doreza; 11. Kutia për hedhjen e mjeteve të mprehta; 12. Ena veshkore; 13. Nëse aplikojmë vaksinën e përgatitur në një shiringë me një gjilpërë fikse dhe tretësirë të mbushur në shiringë (e fabrikuar), hapeni paketimin e shiringës, verifikoni origjinalitetin dhe datën e skadimit.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Kontrolloni alergjitë e mundshme të pacientit ndaj barnave (duke pyetur dhe duke shikuar kartelën shëndetësore); 3. Informoni pacientin për rëndësinë dhe qëllimin e ndërhyrjes, të cilën pacienti konfirmon me nënshkrimin e tij; 4. Kërkoni nga pacienti bashkëpunim dhe tregoni atij se në rast të ndonjë ndryshimi të gjendjes (të përgjithshme dhe lokale) gjatë dhe pas kohës së marrjes së injeksionit SC, menjëherë të informohet infermieri; 5. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur.

[III]	Veprimi	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat; 2. Hapeni mbështjellësin në anën e shiringës, mbani për pistonin dhe hiqeni shiringën nga mbështjellësi dhe vendosni gjilpërën për tërheqjen e përmbajtjes së ampulës/shishes; 3. Dezinfektoni qafën e ampulës dhe sharrën për prerjen e ampulave me tupfer të lagur me një dezinfektues; 4. Pas hapjes së ampulës, tërhiqeni përmbajtjen me shiringë; 5. Përmbajtja tërhiqet sipas "Procedurës për tërheqjen e barit nga shishja dhe ampula"; 6. Hiqeni gjilpërën me të cilën është tërhequr bari, hidhni gjilpërën në kutin për hedhjen e mjeteve të mprehta dhe nxirrni ajrin nga shiringa; 7. Vendoseni gjilpërën e re të duhur sterile me mburojë; 8. Përcaktoni vendin e injektimit. Vendet më të zakonshme për injektimin nënllëkurë janë pjesa e jashtme e krahut të sipërm, pjesa e përparme e kofshës, indi nënllëkurë i abdomenit të poshtëm, kofsha e sipërme, pjesa gluteale dhe pjesa e sipërme e shpinës; 9. Injekcioni i barit nënllëkurë është i ndaluar të administrohet në lëkurën e dëmtuar, në lytha, plagë, etj.; 10. Dezinfektoni vendin e shpimit me tupfer të lagur me dezinfektues dhe prisni që vendi të thahet; 11. Hiqeni mburojën e gjilpërës dhe vendoseni në enë veshkore; 12. Bëni një palosje të lëkurës me gishtin e madh dhe gishtin tregues me dorën tuaj jo dominuese; 13. Injektoni gjilpërën në një kënd prej 45 - 90° në varësi të trashësisë së indit dhjamor nënllëkurë dhe llojit të barit; 14. Aspironi butësisht duke tërhequr pistonin e shiringës, duke monitoruar nëse gjaku do të shfaqet në shiringë. Nëse shfaqet gjaku, ndërpriteni procedurën, hiqni gjilpërën, përgatitni një injeksion të dytë dhe injektoni barin në vendin tjetër; 15. Kur injektohet bari, hiqeni gjilpërën dhe hidhni atë në kuti për mjetet e mprehta; 16. Në vendin e injektuar vendosni tupfer pambuku ose garzë me dezinfektues; 17. Risistemoni mjetet/pajisjet; 18. Largoni dorezat, lani dhe thani duart.
[IV]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni afatin e shiringës dhe gjilpërës për aplikimin e barnave, verifikoni a është paketimi i shiringës dhe gjilpërës i padëmtuar;

		2. Merrni informata për specifikat e barnave të veçanta dhe efektet anësore që mund të shkaktojnë barnat (lexoni fletë udhëzimin nga kutia origjinale); 3. Nëse sasia e përshkruar e barit është më e madhe se 2 ml për aplikimin nënlëkurë, rekomandohet të aplikohet bari në dy vende, nënlëkurë, me një shiringë dhe gjilpërë të re; 4. Vendi më i mirë për të injektuar heparinën është indi nënlëkurë i abdomenit të poshtëm, 5 cm nën kërthizë në mes të eshtrave iliak të majtë dhe të djathtë; 5. Nuk është e nevojshme të aspironi, fërkoni apo masazhoni vendin e injektimit me heparinë dhe insulinë.
[V]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme për pacientin; 2. Datën dhe orën e aplikimit të terapisë; 3. Llojin dhe dozën e terapisë së administruar; 4. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer procedurën.

Figura nr. 18 – Aplikimi i injeksionit s.c.

APLIKIMI I INJEKSIONIT S.C.



Dezinfektoni ampulën dhe sharrën



Nxirni/tërhiqni barin



Ndërroni gjilpërën



Nxirni ajrin nga shiringa



Dezinfektoni vendin e shpimit



Ngrini lëkurën dhe futeni gjilpërën



Aspiro



Injektoni barin



Shtypni vendin e shpimit

49. PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË RRUGË INTRAVENOZE

Qëllimi: i kësaj procedure siguron një administrim unik dhe të sigurt të barit të përshkruar për administrim intravenoz.

Administrimi intravenoz i barit është një metodë e administrimit të barit me anë të gjilpërës apo bebi sistemit dhe shiringës direkt në venë. Procedura kryhet nga infermieri me udhëzim/reacetë me shkrim të mjekut në kushte strikte aseptike.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës	1. Siguroni privatësinë e pacientit; 2. Siguroni kushte të favorshme në dhomë (dhoma duhet të jetë e ajrosur dhe e ndriçuar).
[II]	Përgatitja e materialit	1. Barnat e përshkruara (zbatoni rregullin 5Rr); 2. Shiringa sterile me vëllim të përshtatshëm; 3. Gjilpëra të përshtatshme sterile; 4. Lidhësja e Esmarch-ut; 5. Dezinfektues për lëkurën dhe pajisjet/mjetet; 6. Tupfer pambuku ose garzë; 7. Dorezat për një përdorim; 8. Flaster; 9. Kutia për asgjësimin e mjeteve të mprehta; 10. Enë veshkore; 11. Mbulesë mbrojtëse.
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Shpjegoni pacientit procedurën, shqetësimet e mundshme dhe reaksionet e barit; 3. Kontrolloni për alergji ndaj barit; 4. Vendoseni pacientin në pozitën e duhur ulur ose shtrirë; 5. Vendosni dorën e pacientit në një sipërfaqe të fortë dhe vendosni një mbajtës mbrojtës.
[IV]	Procedura e vendosjes së kanulës dhe aplikimit të barit	1. Lani dhe thani duart dhe vendosni dorezat; 2. Me anë të ekzaminimit dhe palpimit, zgjidhni venën më të përshtatshme, mundësisht venën e dorës jo dominuese;

		3. Vendoseni lidhësen rreth 10 cm mbi vendin e planifikuar të injektimit, palponi venën; 4. Kur të gjendet vena e duhur, dezinfektojeni lëkurën me lëvizje rrethore nga qendra drejt periferisë të paktën 3 herë, prisni 15 - 30 sekonda që lëkura të thahet; 5. Nëse për ndonjë arsye vena nuk palpohet, lironi lidhësen dhe palponi më tej; 6. Duke përdorur dorën dominuese, merrni shiringën me gjilpërë dhe barin e përgatitur, hiqni kapakun mbrojtës; 7. Duke përdorur dorën jo dominuese, mbajeni krahun e pacientit dhe shtrëngoni lëkurën; 8. Shponi lëkurën në një kënd prej 30 - 45°, 1 cm poshtë pikës hyrëse në venë, uleni gjilpërën me 10° dhe futeni në lumenin e venës me 0.5 - 1 cm; 9. Aspironi, nëse shfaqet gjak, lironi lidhësen; 10. Injektoni barin ngadalë, 1 ml/1 min, përveç nëse përshkruhet ndryshe; 11. Herë pas here aspironi për t'u siguruar që jeni në venë; 12. Në rast të perforimit (pëlcitjes) të murit të enëve të gjakut ose shfaqjes së dhimbjes, ndjesisë së djegies ose çdo lloj shqetësimi sipas deklaratimit të pacientit, aplikimi duhet të ndërpritet menjëherë; 13. Pas aplikimit të barit, shtypni lehtë vendin e injektimit me tupfer pambuku ose garzë dhe vendosni flasterin; 14. Hiqeni gjilpërën, shtypni me tupfer dhe mbajeni për 3 minuta (në rast të gjakderdhjes së zgjatur, mbani më gjatë); 15. Hidhni gjilpërën në kuti për mjete të mprehta (mos e ktheni kapakun mbrojtës në gjilpërë) dhe shiringën në mbetjet infektive; 16. Hiqni dorezat dhe hidhni ato në qese për mbetjet infektive; 17. Lani dhe thani duart.
[V]	Masat paraprake	1. Kontrolloni afatin e skadimit të shiringës dhe gjilpërës për aplikimin e barnave dhe dëmtimin e mundshëm të paketimit të shiringës dhe gjilpërës; 2. Të merren informata për specifikat e barnave të veçanta dhe efektet anësore që mund të shkaktojnë barnat (flete udhëzimin për barna nga paketimi origjinal); 3. Kërkoni nga pacienti të qëndrojë në dhomën e pritjes edhe për 15 minuta të tjera për shkak të efekteve të mundshme anësore; 4. Informoni mjekun në rast të efekteve anësore dhe regjistroni ato;

		5. Mund të përdoren vetëm tretësira të pastra ujore dhe sterile; 6. Vëzhgoni vendin e injektimit për të shmangur aplikimin paravenoz të tretësirës ose shfaqjen e flebitit; 7. Nuk rekomandohet aplikimi i barnave intravenoze në ekstremitetet e poshtme, veçanërisht në ekstremitetet ku venat janë të zmadhuara, qarkullimi periferik i dëmtuar, në ekstremitet me fistula arteri venoze ose limfodemë; 8. Pas përcaktimit dhe dezinfektimit të vendit të injektimit, nuk lejohet ripalpimi i vendit të injektimit.
[VI]	Dokumentimi	Me përfundimin e kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues shëndetësor të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Llojin dhe doza e terapisë së aplikuar; 3. Datën dhe ora e aplikimit të terapisë; 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën; 5. Plotësoni të gjitha rubrikat në udhëzim (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e infermierit).

50. PROCEDURA E APLIKIMIT TË BARIT PËRMES KANULES INTRAVENOZE PERIFERIKE

Qëllimi: i procedurës është të sigurohet aplikimi i saktë dhe i sigurt të barit dhe/ose tretësirës të përshkruar për aplikimin intravenoz përmes kanulës intravenoze.

Procedura kryhet nga infermieri sipas përshkrimit të udhëzimit nga mjeku, në kushte reptësishtë aseptike, sipas parimit 1 ml /1 min, përveç nëse përcaktohet ndryshe.

PROCEDURA

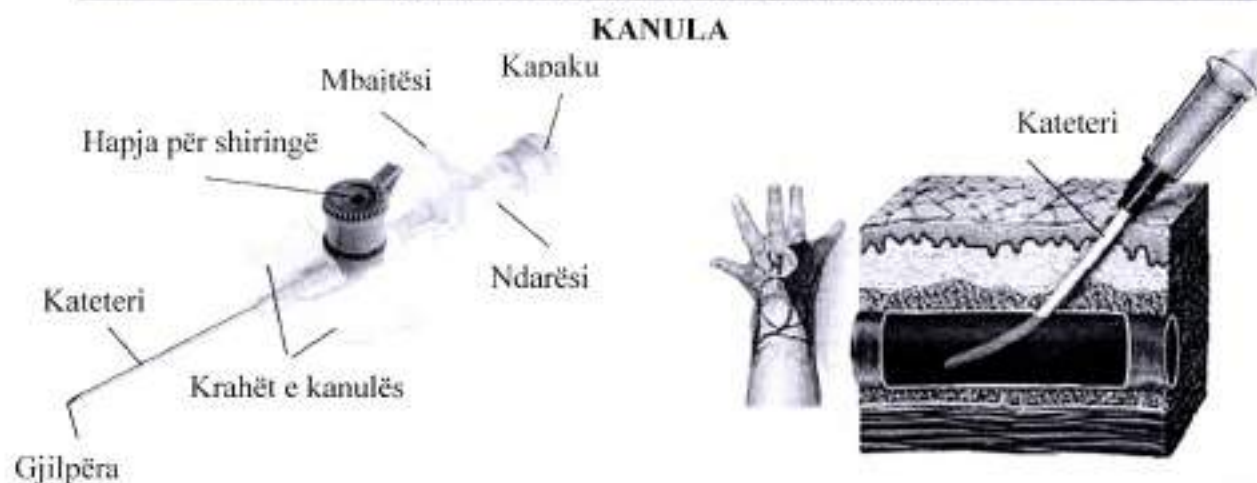
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Siguroni privatësinë e pacientit; 2. Siguroni kushte të favorshme në hapësirë (dhoma duhet të jetë e ajrosur dhe e ndriçuar); 3. Bari i përshkruar dhe/ose tretësira (zbatoni rregullin 5Rr); 4. Shiringa sterilë me vëllim të përshtatshëm; 5. Tretësira fiziologjike NaCl 0.9%; 6. Tupfer pambuku ose garzë; 7. Doreza; 8. Enë veshkore; 9. Kompresë apo peshqir.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Shpjegoni pacientit procedurën, efektet anësore të mundshme dhe reaksionet e barit; 3. Kontrolloni për mundësinë e reaksionit/alergjisë ndaj barit; 4. Vendosni pacientin në pozicion të përshtatshëm, ulur ose shtrirë; 5. Vendosni dorën e pacientit në një sipërfaqe të fortë dhe vendosni kompresë apo peshqirë.
[III]	Procedura	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat; 2. Me anë të inspektimit dhe palpimit, vlerësoni kanulën dhe venën në të cilën është vendosur; 3. Dezinfektoni zonën përreth kapakut (lëkurën nën kapak dhe kanulën rreth kapakut); 4. Përdorni garzën sterile në vendin e hyrjes me kanulë i.v.; 5. Hapni kapakun dhe vendoseni në garzë sterile;

		6. Para aplikimit të barit, aspironi gjakun me një shiringë 2 - 5 ml nga kanula. Nëse gjaku shfaqet në shiringë, kanula është e kalueshme dhe mund të aplikohet bari i përshkruar; 7. Ndalohet shpëlarja me shtypje e kanulës së pakalueshme. Nëse kanula është e pakalueshme, zëvendësojeni me një kanulë të re dhe në një vend tjetër; 8. Shiringën vendosni në enën veshkore; 9. Shiringën me barin ose sistemin e infuzionit lidhni në kanulë; 10. Vëzhgoni vendin e shpimit, bëni pyetjet pacientit nëse ndjejnë dhimbje ose parehati; 11. Pas aplikimit të barit, kanulën shpërlani me 2 - 5 ml të tretësirës fiziologjike nëse do të përdoret e njëjta kanulë për të vazhduar terapinë; 12. Mbylleni kanulën me kapak; 13. Hidhni garzën e përdorur në mbeturina infektive; 14. Përdorni garzë sterile dhe flaster ose fashë për të fiksuar kanulën (është gjithashtu e mundur që të përdorni një flaster transparentë për pamje më të lehtë të vend-ndodhjes së kanulës së aplikuar, e cila gjithashtu siguron sterilitetin e vendit); 15. Hiqni dorezat, lani dhe thani duart.
[IV]	Masat paraprake	1. Kushtet aseptike duhet të respektohen rreptësisht; 2. Mos e aplikoni barin nëse vëreni shenja lokale të inflamacionit - skuqje në gjatësinë e venave, dhimbjen, ënjtjen, hiqni menjëherë kanulën dhe vendosni një të re në një vend tjetër; 3. Vendet e punkcionit të venës dhe kanulës ndërrohen pas 48 - 72 orë, nëse është e nevojshme më herët, në varësi të gjendjes së venës ose kanulës, në mënyrë që të parandaloni flebitin që manifestohet nga nxehtësia, skuqja dhe ënjtja e vendit të injektimit ose tromboflebiti i cili përveç simptomave të mësipërme ka edhe ngurtësi të venës në vendin e majës së kanulës. Sa më gjatë të jetë kanula në venë, incidenca e flebitit dhe tromboflebitit rritet; 4. Vëzhgoni vendin e injektimit gjatë aplikimit të barit për të zbuluar infiltrimin e mundshëm të barit ose tretësirës në indin përreth në fazën fillestare; 5. Inflamacioni karakterizohet nga edema dhe/ose ftohja e vendit, dhe një rënie e ndjeshme e shkallës së rrjedhjes, pacienti ndjen dhimbje, parehati dhe djegësi; 6. Nëse përdoret një kompresë për dorë, duhet të kontrollohet gjendja e qarkullimit poshtë vendit të aplikimit të barit;

		7. Kur përdoret një kanulë e vendosur më parë, ajo duhet të ruhet në mënyrë që të parandalohet lëvizshmëria, pëlçitja e venave, infiltrimi ose hematoma.
[V]	Heqja e kanulës intravenoze	1. Të largohet me kujdes nga lëkura mjeti me të cilin e kemi fixu kanulën; 2. Me njërën dorë, shtypni butësisht me tupfer pjesën e sipërme të kanulës, dhe me dorën tjetër, butësisht nxjerrni kanulën; 3. Hidhni kanulën në mbeturina infektive; 4. Mbroni vendin e injektimit me një tupfer të thatë dhe bëni shtypje për të paktën 30 sekonda në dorën e shtrirë. Pacienti mund ta mbajë dorën e ngritur dhe të kryejë vetë shtypjen. Tupferi duhet të bashkëngjitet me një flaster ose fashë.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës, infermieri dokumenton të dhënat në dokumentacionin ekzistues shëndetësor të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Data dhe ora e aplikimit të terapisë; 3. Llojin dhe dozën e terapisë së aplikuar; 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën; 5. Në udhëzimin e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe nënshkrimin e infermierit).

Figura nr. 19 – Administrimi i kanulës i.v.

ADMINISTRIMI I KANULËS I.V.



Lidhësja Esmarch-ut



Palpimi i vendit të punktimit



Dezinfektimi i vendit të punktimit



Aplikimi i kanulës



Mbani gjilpërën, shlyni kateterin



Largoni lidhësen e Esmarch-ut



Tërhiqni gjilpërën



Mbylle kanulën



Fiksoni kanulën

51.PROCEDURA E APLIKIMIT TË TRETËSIRËS SË INFUZIONIT

Qëllimi: i kësaj procedure është të arrihet zbatimi përmes aplikimit të sigurt të barit të përshkruar në tretësirë ose vetë tretësirës dhe rimbushja e lëngjeve në vëllimin qarkullues.

Infuzioni intravenoz siguron marrjen e një sasive të madhe të lëngjeve në trup përmes sistemit të infuzionit për një përdorim. Procedura kryhet nga infermieri sipas udhëzimit të përshkruar nga mjeku dhe kryhet në kushte rreptësisht aseptike.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Siguroni privatësinë e pacientit; 2. Siguroni kushte të favorshme të ambientit (dhoma duhet të jetë e ajrosur, e pastër, e ndriçuar dhe e qetë); 3. Tabaku ose karroca; 4. Pajisjet për vendosjen e rrugës venoze (lidhësja, gjilpëra, bebi sistem, kanula); 5. Set i infuzionit të disponueshëm (sistemi i infuzionit); 6. Përgatitni barin e përshkruar; 7. Tretësirë e përshkruar për infuzion me një etiketë të lexueshme; 8. Zbatoni rregullat e 5 Rr; 9. Shiringa dhe gjilpëra sterile të vëllimit të duhur; 10. Mbajtës (këmbalec) për infuzion; 11. Mbajtësi i shisheve, nëse është e nevojshme; 12. Tupfer pambuku ose garzë jo-sterile; 13. Shtresa mbuluese (mushama); 14. Dezinfektues; 15. Doreza jo sterile për një përdorim; 16. Flaster; 17. Gërshërë; 18. Kompresë/peshqir (që vendoset nën pjesën ku administrohet infuzioni); 19. Kuti për hedhjen e mbetjeve të mprehta; 20. Enë veshkore.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Informoni pacientin për rëndësinë dhe qëllimin e intervenimit; 3. Kontrolloni për alergjinë e mundshme ndaj barit;

		4. Kërkoni nga pacienti bashkëpunim dhe të raportojë ndonjë efekt anësor të mundshëm gjatë dhe pas aplikimit të infuzionit; 5. Lejoni pyetjet; 6. Mundësoni pacientit kryerjen e nevojave fiziologjike përpara aplikimit të infuzionit; 7. Vendosni pacientin në një pozitë të shtrirë të rehatshme ose në një pozitë tjetër të përshtatshme; 8. Vendosni kompresën/peshqirin nën krahun e pacientit dhe vendosni krahun në pozicionin e duhur ku do të vendoset gjilpëra/kanula ose ku ka qenë e vendosur kanula; 9. Nëse infuzioni jepet në shtëpi, mbroni shtratin me material rezistent ndaj ujit duke vendosur nën vendin e aplikimit të infuzionit.
[III]	Procedura për përgatitjen e sistemit të infuzionit	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat; 2. Vendosni mbajtësin e shisheve (nëse është e nevojshme); 3. Hiqeni mburojën nga tapa e shishes (dezinfektoni tapën); 4. Hapni paketën e setit, merrni setin e infuzionit dhe mbyllni rregullatorin e rrjedhës; 5. Hiqeni mburojën nga sistemi dhe shpojeni tapën e shishes; 6. Rrotulloni shishen dhe varni në një mbajtës (këmbalec); 7. Hapeni kanalin e ajrit në sistem; 8. Mbusheni përgjysmë rezervuarin e sistemit të infuzionit me tretësirë; 9. Hapeni rregullatorin e rrjedhës në sistem dhe lëshoni lëngun në enën veshkore, për të dalë ajri jashtë sistemit të infuzionit; 10. Mbyllni rregullatorin e rrjedhës; 11. Nëse ka fluska, duke goditur nëpër tub i largoni fluskat e ajrit në drejtim të rezervuarit; 12. Nëse infuzionit i shtohen barna, mbyllni sistemin, hiqeni shishen nga mbajtësi (këmbaleci) dhe vendosni në tabak / tavolinë / karrocë; 13. Injektoni barin e përgatitur në tretësirën për infuzion (tërheqja e barit bëhet sipas "Procedurës së nxjerrjes të barit nga flakoni dhe ampula"); 14. Hidhni gjilpërën në kuti për mjete të mprehta, ndërsa shiringën në qese për mbeturina; 15. Shkruani në shishe emrin dhe mbiemrin e pacientit, emrin dhe dozën e barit të shtuar, datën dhe kohën e fillimit të infuzionit dhe vendosni shishen e infuzionit në mbajtës (këmbalec).

[IV]	Aplikimi i infuzionit - nëse përdoret gjilpëra ose bebi sistemi	1. Gjeni venën duke palpuar në të cilën do të futet gjilpëra ose bebi sistemi, mundësisht në pjesën e nën bërrylit të dorës jo-mbizotëruese (filloni nga dora lart, dhe ruajeni venën e kubitit për nxjerrjen e gjakut dhe gjithashtu për lëvizjen e krahut në bërryl); 2. Rripin e Esmarch-ut e lidhni rreth 10 cm mbi vendin e planifikuar për injektim; 3. Dezinfektoni lëkurën në një lëvizje rrethore nga qendra në periferi të paktën 3 herë, prisni 15 - 30 sekonda derisa lëkura të thahet; 4. Vendosni gjilpërën ose bebi sistemin në një sistem të mbushur me tretësirë, hiqeni kapakun mbrojtës nga gjilpëra ose bebi sistemi, lëshoni disa pika përmes gjilpërës ose bebi sistemit; 5. Me dorën tuaj jo dominante, mbajeni dorën e pacientit dhe shtrëngoni lëkurën; 6. Me dorën tuaj dominante shponi venën në një kënd prej 30 - 45 shkallë, uleni atë për 10 shkallë dhe futni 1 cm në lumenin e venës, maja e gjilpërës duhet të jetë e kthyer nga lart; 7. Kur gjaku shfaqet në sistem, lironi lidhësen, fiksoni gjilpërën ose bebi sistemin me flaster dhe rregulloni rrjedhën e infuzionit; 8. Fiksoni tubin e sistemit të infuzionit në krah 5 cm poshtë konektorit / lidhëses; 9. Aplikimi i infuzionit përmes gjilpërës apo bebi sistemit bëhet në përputhje me "Procedurën për aplikimin e barit përmes kanulës intravenoze periferike".
[V]	Ndërrimi i shishes së infuzionit	1. Mbyllni rrjedhjen e infuzionit në rregullator; 2. Kontrolloni përputhshmërinë e barnave dhe tretësirave të infuzionit që do të vazhdojnë të jepen pas infuzionit të mëparshëm; 3. Nëse barnat janë në përputhshmëri, hiqeni sistemin nga shishja, nga e cila ka rrjedhur bari dhe nën kushte aseptike e vendosni sistemin sërish në shishen e re; 4. Vendosni shishen në mbajtës (këmbalec) dhe rregulloni rrjedhën e tretësirës së infuzionit; 5. Hidhni shishen e përdorur në mbeturina në përputhje me rregulloret e institucionit; 6. Nëse barnat që duhet të aplikohen nuk janë në përputhshmëri me tretësirën e mëparshme, vendosni një sistem të ri për infuzion.
[VI]	Përfundimi i procedurës	1. Vendosni dorezat;

		2. Përmes rregullatorit mbylleni rrjedhën në sistemin e infuzionit; 3. Ndani sistemin e infuzionit nga kanula / rruga venoze; 4. Mbushni / shpërlani kanulën me tretësirë fiziologjike; 5. Largoni shiringën; 6. Mbyllni kanulën me kapak; 7. Risistemoni mjetet e përdorura.
[VII]	Masat paraprake	1. Kontrolloni afatin e skadimit të shiringës dhe gjilpërës për aplikimin e barnave dhe verifikoni a është paketimi i shiringës dhe gjilpërës origjinal dhe i padëmtuar; 2. Gjatë përgatitjes së tretësirës për infuzion, detyrimisht duhet të kontrolloni se cilat barna dhe tretësira mund të jepen së bashku dhe cilat jo, për shkak të interaksionit / bashkëveprimit të mundshëm; 3. Dhënia i infuzionit fillon menjëherë pas përgatitjes (qëndrimi më i gjatë rrit rrezikun e infeksionit); 4. Për shkak të infeksionit, është e ndaluar të shponi shishen e plastikës me gjilpërë; 5. Gjatë aplikimit të infuzionit, monitoroni gjendjen e pacientit; 6. Vëzhgoni vendin e injektimit për të shmangur rrjedhën paravenoze të tretësirës ose shfaqjen e flebitit; 7. Në rast të reaksioneve të mundshme alergjike ndaj barit (ulja e TA, takikardia, frymëzëni, anafilaksia, skuqje e lëkurës), ndaloni infuzionin dhe menjëherë lajmëroni mjekun; 8. Dokumentoni sasinë e lëngjeve të futura në trup; 9. Kujdesuni që niveli i tretësirës në shishe të mbetet mbi pjesën e sipërme të majës së sistemit në shishe; 10. Te sistemet konvencionale të infuzionit, rreth 20 pika korrespondojnë me 1 ml të tretësirës (sqarim: 1 ml/min = 60 ml/orë).
[VIII]	Dokumentimi	Pas përfundimit të kësaj procedure, infermieri regjistron të dhënat në dokumentacionin ekzistues shëndetësor të institucionit: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Datën dhe orën e aplikimit të terapisë; 3. Llojin, dozën dhe sasinë e terapisë së aplikuar; 4. Nënshkrimin e infermierit që ka kryer procedurën; 5. Në udhëzimin e përshkruar, plotësoni të gjitha rubrikat (datën, emrin e barit, sasinë e barit, mënyrën e aplikimit, nënshkrimin e pacientit dhe infermierit).

Figura nr. 20 – Përgatitja e infuzionit i.v.

PËRGATITJA E INFUZIONIT I.V.



Sistemi i infuzionit dhe infuzioni



Dezinfektoni hapjen e infuzionit



Shpuni kokën/hapjen e infuzionit me majën e sistemit



Hiqni kapakun mbrojtës



Hapeni pjesën për ajër



Shtypni rezervuarin



Nxjerr ajrin nga sistemi



Mbyllni rregullatorin



Bashkëngjitni gjilpërën

52.PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E POMPAVE TË INFUZIONIT DHE PERFUZORËVE

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i përdorimit të pompave të infuzionit dhe perfuzorëve.

Aparati i infuzionit dhe perfuzorët janë pajisje që përdoren për të futur lëngje, barë ose lëndë ushqyese në sistemin e qarkullimit të gjakut te pacienti. Ato mundësojnë kontrollin e plotë të dozës së barit dhe lëngut që i japim pacientit, duke reduktuar gabimet dhe kontribuar në përmirësimin e gjendjes së përgjithshme të pacientit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN – HAPAT
[I]	Përgatitja e pajisjeve dhe materialit	1. Bari ose tretësira e përshkruar; 2. Sistemi i infuzionit; 3. Sistemi perfuzor; 4. Shiringa të madhësive të ndryshme sipas nevojës; 5. Shiringa 50-60 ml (nëse përdoren për perfuzor); 6. Gjilpëra sterile; 7. Tupfer për dezinfektim; 8. Dezinfektues; 9. Doreza; 10. Maskë; 11. Enë veshkore.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Shpjegoni, këshilloni, bindeni; 3. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur; 4. Dhoma duhet të jetë e pastër, e ajrosur dhe e ndriçuar (gjatë administrimit të terapisë nuk duhet të bëhet asnjë veprim tjetër, p.sh. pastrim të plagës, dhomës, etj.); 5. Siguroni rrugën venoze (kanulë ose KVO).
[III]	Aplikimi i barit	1. Hapni kapakun mbrojtës të tretësirës; 2. Dezinfektoni kapakun e tretësirës me tupfer të njomur me dezinfektues; 3. Injektoni barin në tretësirë siç është përshkruar; 4. Vendosni sistemin e infuzionit (pjesën e mprehtë) në tretësirë;

		5. Hapni rregullatorin e rrjedhës dhe lironi ajrin nga sistemi i infuzionit; 6. Vendosni sistemin në kushte sterile me kanulë ose KVQ; 7. Sipas udhëzimeve të prodhuesit, rregulloni lëvizjen e pajisjes.
[IV]	Përparësitë e përdorimit të aparatit të infuzionit dhe perfuzorit	1. Ruan përqendrim konstant të barit në periudhë të caktuar kohore; 2. Mundëson rritje ose ulje të shpejtë dhe të besueshme të përqendrimit të synuar; 3. I besueshëm dhe elektronikisht i sigurt; 4. Jep infuzionin në mënyrë të saktë dhe të vazhdueshme; 5. I lehtë për t'u vendosur dhe përdorur; 6. I lëvizshëm dhe i qëndrueshëm; 7. Njeh dhe alarmon mbylljen e linjës dhe nevojën për të zëvendësuar shiringën.  Figura 21 – Aparati i infuzionit  Figura 22 - Perfuzori
[V]	Masat e kujdesit	1. Disa aparate të infuzionit kërkojnë sisteme origjinale të infuzionit, sisteme tjera të infuzionit nuk duhet të përdoren.

53.PROCEDURA E ADMINISTRIMIT TË BARIT NË RRUGË ENTERALE

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierin për administrimin enteral të barit në mënyrë të duhur, të sigurt dhe unike.

Administrimi enteral i barit për pacientin është mënyra më e thjeshtë e administrimit. Barnat futen përmes sistemit tretës në formën e tabletave, drazheve, kapsulave, lingualetave, pluhurave dhe solucioneve.

Infermieri duhet të ndjekë 5 Rr gjatë përgatitjes, shpërndarjes dhe administrimit të barnave. Përveç këtyre rregullave, infermieri duhet të dijë informacionin bazë për barin (qëllimin, veprimin, kundër indikacionet, efektet anësore, intervalin kohor të aplikimit të barit).

Bari përshkruhet nga mjeku (emri, doza, forma, mënyra e administrimit).

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e barnave për administrim enteral	1. Kontrolloni dhe sqaroni çdo udhëzim të paqartë; 2. Përgatitja për administrimin e barit duhet të kryhet në qetësi, në dhomë të dedikuar dhe të ndriçuar; 3. Lani duart para përgatitjes së barit për administrim; 4. Tabletat, kapsulat, drazhetë nuk duhet të preken me duar; 5. Merrni barnat për përdorim oral me lugë ose në kapakun e shishes ose kutisë që i jepni pacientit; 6. Ktheni kutinë e barnave në vendin e saj; 7. Mos i shtypni tabletat ose mos i hapni kapsulat (me përjashtim të rasteve kur pacienti nuk mund ta gëlltisë barin).
[II]	Përgatitja e hapësirës dhe materialit	1. Siguroni privatësinë e pacientit; 2. Paravani; 3. Doreza josterile; 4. Barnat e përshkruara; 5. Nëse është e nevojshme, një aplikues; 6. Ena veshkore; 7. Nëse keni nevojë për mjete higjienike për zonën anale; 8. Qese për mbeturina.
[III]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Informoni me veprimin dhe kërkon bashkëpunimin e tij; 3. Nëse ka nevojë të defekojë, kërkon që të shkojë në tualet;

		- Vendosni pacientin në pozicionin e duhur (në anën e majtë me këmbën e djathtë të përkulur mbi të majtën) dhe lironi zonën anale nga veshja; - Nëse është e nevojshme të bëhet pastrimi i zonës anale sipas procedurës së standardizuar.
[IV]	Administrimi oral (përmes gojës)	- Sillni barin në dhomën e pacientit në një tabaka ose karrocë; - Përgatit një gotë me ujë të freskët ose pije tjetër; - Ngrini pacientin në pozicion ulur ose ngrini kokën; - Vlerësoni nëse pacienti ka nevojë për ndihmë kur merr barna (kur mban një gotë, nëse ka nevojë për pipëz); - Udhëzoni pacientin të pijë disa gllënjka ujë/lëngje, përpara se ta vendosë tabletën ose kapsulën në gojë në mes të gjuhës; - Udhëzoni pacientin të pijë sërish disa gllënjka ujë për të gëlltitur barin; - Kontrolloni nëse pacienti e ka gëlltitur barin, veçanërisht tek pacientët me vështirësi mendore; - Vendoseni pacientin në pozicion të rehatshëm.
[V]	Administrimi sublingual (nën gjuhë)	- Kryhet tek pacientët në të cilët është i nevojshëm veprimi i shpejtë i barit; - Vendosni lingualetat nën gjuhën e pacientit; - Udhëzoni pacientin që të mos kafshojë ose gëlltisë barin, por ta lejojë atë të shkrihet në mukozë.
[VI]	Administrimi rektal (përmes zorrës së trashë)	- Barnat administrohen në formën e supozitorëve, klizmave dhe mikrokлизмave (p.sh. diazepam për gjendjet konvulsive); - Lani, thani duart dhe vendosni dorezat; - Hiqni supozitorin nga mbështjellësi mbrojtës; - Mbaje supozitorin midis gishtit të madh dhe treguesit të dorës dominuese; - Hapni gluteusin me dorën jo dominuese; - Futni supozitorin në vrimën anale 3-4 cm me gishtin tregues ose me aplikues; - Kërkoni pacientit të shtrëngojë gluteusin dhe të qëndrojë sa më gjatë të jetë e mundur në pozicionin e shtrirë; - Vishni pacientin; - Hiqni dorezat dhe vendosni në qese për mbeturina; - Risistemoni materialin e përdorur.
[VII]	Masat e kujdesit	Para se të përdorni barin, pyetni pacientin nëse ai ka patur reaksione alergjike ndaj barit;

		2. Mos e merrni barin nga një kuti e pashënuar; 3. Pasi bari është marrë nga kutia ose shishja dhe është përgatitur për aplikim, ai nuk duhet të kthehet; 4. Mos jepni barna që dikush tjetër ka përgatitur; 5. Mos jepni barna që kanë ndryshuar aromën, ngjyrën ose konsistencën; 6. Barnat nuk duhet t'i lihen pacientit, në mënyrë që ai t'i marrë ato më vonë, përveç rasteve kur thuhet shprehimisht.
[VIII]	Dokumentimi	1. Pas përfundimit të veprimit, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: – datën dhe orën e administrimit të barit; – emrin e barit; – emrin dhe mbiemrin e mjekut që e ka përkshkruar barin; – dozën e barit; – mënyrën e aplikimit; – nënshkrimi i infermierit.

54.PROCEDURA E APLIKIMIT LOKAL TË BARIT

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë një mënyrë të duhur, të sigurt dhe unike të aplikimit lokal të barit

Aplikimi lokal i barit nënkupton: marrjen e ilaçit përmes lëkurës - në mënyrë:

- Perkutane - barnat mund të jenë të ngurta dhe të lëngëta, në formë të yndyrave, vajrave, kremrave, gelit, losioneve, pluhurave etj. Veprimi i tyre është kryesisht lokal, me përjashtim të barnave që kanë një efekt të përgjithshëm (geli antireumatik, flasteri),
- Rektale – aplikimi i supozitorëve, kremrave në rektum (anus),
- Vaginale - aplikimi i vaginaletave, kremrave vaginal dhe yndyrave në vaginë.

Barnat për aplikim lokal aplikohen nga infermieri, pas përshkrimit të barit në fletë udhëzimi nga mjeku.

Infermieri duhet të ndjekë 5 Rr gjatë përgatitjes, shpërndarjes dhe aplikimit të barit. Përveç këtyre rregullave, infermieri duhet të dijë informacionet bazë për barin (qëllimin, mënyrën e aplikimit, veprimin, kundër indikacionet, efektet anësore).

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN – HAPAT
[I]	Përgatitja e pacientit	1. Identifikoni pacientin; 2. Psiqike – informoni, mësoni, bindni; 3. Fizike - vendosni pacientin në pozicionin e duhur në varësi të mënyrës së aplikimit lokal të barit.
[II]	Aplikimi i barit përmes lëkurës	Aplikimi a barit në formën e yndyrave/vajrave/kremrave: 1. Lani duart dhe vendosni dorezat; 2. Aplikoni barin në lëkurë të pastër; 3. Aplikoni një sasi të vogël bari butësisht me dorë në drejtim të rritjes së qimeve; 4. Përpunoni materialin e përdorur; 5. Hiqni dorezat dhe lani duart. Aplikimi i barit në formë të flasterit: 6. Lani duart dhe vendosni dorëza; 7. Hapni kutinë me flasterë; 8. Ngjiteni flasterin në lëkurë të pastër dhe të thatë; 9. Hiqni shtresën mbrojtëse nga flasteri sipas udhëzimeve pa prekur anën ngjytëse të copës;

		10. Vendosni pjesën ngjitëse të flasterit në lëkurë dhe shtypeni me pëllëmbën e dorës për t'u siguruar që flasteri është ngjitur fort në lëkurë; 11. Përpunoni materialin e përdorur; 12. Hiqni dorezat dhe lani duart.
[III]	Administrimi i barit rektal (përmes zorrës së trashë)	1. Barnat administrohen në formën e supozitorëve, klizmave dhe mikrokлизмave (p.sh. diazepam për gjendjet konvulsive); 2. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat; 3. Hiqni supozitorin nga mbështjellësi mbrojtës; 4. Mbaje supozitorin midis gishtit të madh dhe treguesit të dorës dominuese; 5. Hapni gluteusin me dorën jo dominuese; 6. Futni supozitorin në vrimën anale 3-4 cm me gishtin tregues ose me aplikues; 7. Kërkoni pacientit të shtrëngoje gluteusin dhe të qëndrojë sa më gjatë të jetë e mundur në pozicionin e shtrirë; 8. Vishni pacientin; 9. Hiqni dorezat dhe vendosni në qese për mbeturina; 10. Risistemoni materialin e përdorur.
[IV]	Administrimi i barit në mënyrë vaginale	Përgatitja e materialit: 1. Tabaka ose karrocë; 2. Kapëse; 3. Tupfer pambuku ose garzë; 4. Peshqir letre; 5. Tretësirë fiziologjike me temperaturë deri në 37°C ose dezinfektues lehtë të holluar; 6. Doreza; 7. Bari (vaginaletë, krem, yndyrë); 8. Aplikues i barit; 9. Enë veshkore; 10. Enë nate; Përgatitja e pacientit: 11. Prezantohuni; 12. Identifikoni pacientin; 13. Siguroni privatësinë;

		14. Vendosni pacientin në pozicionin gjinekologjik; 15. Lani duart dhe vendosni dorezat; 16. Vendosni një mbulesë poshtë pacientit; 17. Vendosni një enë nate dhe lani organet gjenitale nga simfiza deri në anus dhe thani; 18. Këshilloni pacientin të marrë frymë thellë; 19. Futni vaginaletën me ose pa aplikues, sa më thellë të jetë e mundur në vaginë (5 - 7,5 cm); 20. Nëse aplikohet krem ose yndyrë, lagni aplikuesin përpara se ta futni në vaginë, aplikoni kremin dhe tërhiqeni butësisht aplikuesin; 21. Pacienti duhet të qëndrojë në pozicionin gjinekologjik për të paktën 20 minuta; 22. Hiqni dorezat dhe lani duart; 23. Risistemoni materialin e përdorur.
[V]	Masat e kujdesit	1. Ndiqni udhëzimet për përdorimin e barit kur hapni paketimin; 2. Shkruani datën dhe orën e hapjes së paketimit; 3. Shkruani emrin dhe mbiemrin e pacientit në paketim nëse bari është për përdorim individual (yndyrë, pastë, krem). 4. Flasterin në lëkurë mos e ekspozoni në ujë për një kohë të gjatë; 5. Barin në formë të flasterit mos e ekspozoni në nxehtësi, sepse nxehtësia mund të lëshojë më shumë barë sesa doza e rekomanduar; 6. Nëse vendi i aplikimit është depiluar, ilaçin në formën flasteri aplikoni pas 3 ditësh; 7. Shmangni ngjitjen e barit në formë të flasterit në lëkurë që ka prerje të hapura, palosje, qime të tepërta.
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës, infermieri regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit: 1. Datën dhe orën; 2. Emrin e barit; 3. Emrin dhe mbiemrin e mjekut që ka dhënë barin; 4. Dozën e barit; 5. Mënyrën e aplikimit; 6. Nënshkrimi i infermierit.

55.PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E BARIT PËRMES INHALIMIT

Qëllimi: i procedurës është administrimi i duhur i terapisë përmes inhalimit në mënyrë unike dhe të sigurtë.

Aplikimi i barit me anë të inhalimit është një metodë terapeutike me anë të së cilës bari futet në trup përmes mukozës së frymëmarrjes. Përmes administrimi të barit në këtë mënyrë arrihet një efekt më i shpejtë të barnave dhe frymëmarrje më e lehtë, e cila ndikon drejtpërdrejt në gjendjen klinike të pacientit.

Hapësinori (dhoma e ajrit) është një mjet ndihmës për aplikimin e barit nga pompa në formë spërkatësi për inhalim. Përdoret sipas fletë udhëzimi të prodhuesit, varësisht nga mosha e pacientit. Për administrim më të lehtë të barit nga pompa në formë spërkatësi përdoret hapësinori për fëmijët nën 4 vjeç dhe hapësinori volumatik për fëmijët 4 vjeç e mbi.

Terapia me inhalim (lloji dhe metoda) përshkruhet nga mjeku dhe aplikohet nga infermieri.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit, pajisjeve, barnave dhe e pacientit	1. Verifiko për emrin e barit, dozën e përcaktuar, mënyrën e aplikimit të barit dhe intervalin kohor të inhalimit; 2. Përgatitë inhalatorin dhe sistemin e inhalimit; 3. Maskën e thatë të pastër e të dezinfektuar me madhësi të përshtatshme; 4. Bari i përshkruar (zbatoni rregullin 5Rr); 5. Në shpërndarësin e aparatit e vendosni bari në dozën e treguar me tretësirë (zakonisht NaCl 0.9%); 6. Identifikoni pacientin; 7. Udhëzoni pacientin, prindin/kujdestarin lidhur me procedurën e inhalimit; 8. Vendosni pacientin në pozitë të rehatshme gjysmë ulur apo ulur, fëmijën e vogël e mban në krahë prindi/kujdestari.
[II]	Procedura e aplikimit të barit me inhalator elektrik	1. Jepni këshilla nëse pacienti është në gjendje të kollitet dhe të i pastroj hundët; 2. Njoftoni pacientin për rëndësinë e inspirimit të duhur gjatë inhalimit, si dhe rëndësinë e inspirimit-ekspirimit të plotë dhe pushimit nëse frymëmarrja është e ngarkuar; 3. Kyçni inhalatorin dhe monitoroni gjatë gjithë kohës procedurën e inhalimit; 4. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit dhe raportoni çdo ndryshim eventuale te mjeku; 5. Pas përfundimit të inhalimit me kujdes largoni maskën nga fytyra e pacientit;

		6. Këshilloni pacientin të pastroj fytyrën për të shmangur efektet anësore lokale (skuqje të lëkurës, depozita të bardha të kërpudhave), të shpërlajë gojën, ndërsa fëmijës i jepni të hajë ose pijë; 7. Nëse është përshkruar aplikimi i inhalimit në formë të sprajit, atëherë përgatitet një set hapësinor inhalimi ose inhalator për fëmijë, në varësi të moshës së pacientit.
		 Figura 23 – Inhalatori elektrik
[III]	Përdorimi i inhaluesve: pompës me dozë të matur dhe diskut me dozë të matur	Përdorimi i pompës me dozë të matur: 1. Largoni kapakun dhe tundni 2 - 3 herë rezervuarin e pompës; 2. Pacientit i tregoni që lehtësisht të nxjerr ajrin/frymën jashtë, por asnjëherë në pompë; 3. Pacienti të vendos gojëzën e pompës në gojë; 4. Të filloj inspirimin dhe shtyp rezervuarin njëkohësisht; 5. Të vazhdojë me inspirim të ngadalshëm deri në fund; 6. Të mban frymën për 10 sekonda; 7. Të nxjerr frymën jashtë ngadalë; 8. Nëse doza përsëritet, duhet të pritët 1 - 2 minuta dhe më pas të përsëriten hapat lartcekura; 9. Pas përdorimit, pompa/inhalatori të mbyllet me kapak; 10. Pacienti të shpërlajë gojën me ujë të pastër; 11. Nëse pacienti nuk mund të përdorë siç duhet pompën (fëmijë të vegjël, pacientë që nuk mundën të koordinohen në pompë dhe inspirim, pacientë me pengesa të larta të rrugëve të frymëmarrjes), përdorin pajisje ndihmëse (set volumatik);



Figura nr. 24 - Inhalatori/pompa i/e dozës së matur nën presion

Përdorimi i diskut me dozë të matur:

12. Hapeni diskun, duke mbajtur kutinë e jashtme në njërën dorë dhe vendoseni gishtin e madh të dorës tjetër në dorezën e gishtit të madh;
13. Shtypni me gishtin e madh derisa disku të hapet plotësisht (derisa të dëgjohet një klikim kur disku është gati të përdoret);
14. Pacientit i tregoni të nxjerr lehtësisht ajrin/frymën jashtë, por asnjëherë në disk;
15. Të vendos grykën e diskut në gojë, pastaj të thith thellë, duke mos marrë frymë përmes hundës;
16. Të heq diskut nga goja dhe të mbajë frymën për 10 sekonda;
17. Të nxjerr frymën ngadalë jashtë dhe mbyll diskun;
18. Të shpërlaj gojën me ujë të pastër.



Figura nr. 25 - Disku/inhalatori i dozës së matur nën presion

[IV]

Përdorimi i pompës me dozë të matur duke përdorur hapësinor për fëmijë dhe hapësinor volumatik

Përdorimi i pompës me dozë të matur duke përdorur hapësinor për fëmijët nën 4 vjeç:

1. Përgatitja e pacientit për procedurën është e njëjtë si në inhalimin me një inhalator elektrik (si më lartë);
2. Barnat përdoren nga pompa si spraj në hapësinor;
3. Tundeni pompën dhe vendoseni në hapësinor;
4. Vendosni maskën e dezinfektuar në hundë dhe gojë të pacientit;
5. Shtypni pompën një herë (një shkrepje) dhe në këtë mënyrë bari kalon në hapësinor;

6. Mbajeni maskën e inhalatorit për fëmijë në hundën dhe gojën e pacientit për rreth një minutë (5 - 10 inspirime dhe ekspirime). Nga lëvizjet e valvulave (membranave) të cilat ndodhen në hapësinor, infermieri i numëron sa herë pacienti ka thithur dhe nxjerrë sasinë e barit që është futur në organizëm;
7. Hapësinori ka një valvul të dyfishtë që lejon që pacienti të marrë frymë normalisht në maskë;
8. Gjatë inspirimit bari kalon nga hapësinori në mushkëritë e pacientit, ndërsa gjatë nxjerrjes ajri nuk futet në hapësinor por del jashtë;
9. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit dhe për çdo ndryshim eventual informoni mjekun;
10. Pas përfundimit të inhalimit, me kujdes e largoni maskën nga fytyra e pacientit;
11. Nëse është e nevojshme që pacienti të marrë më shumë se një dozë të së njëjtit bar, atëherë pas një pauze prej 5 - 10 minutash, procedura duhet të përsëritet ashtu siç është përshkruar;



Figura nr. 26 - Hapësinori për fëmijë

Përdorimi i pompës me dozë të matur duke përdorur hapësinor volumatik për fëmijët 4 vjeç e mbi:

12. Inhalatori vëllimor ka formë konike, i përbërë nga dy pjesë:
 - a) material plastik transparent me vëllim 750 ml dhe b) një membranë njëdrejtimëshe;
13. Përmes hapësinorit volumatik aplikohen barnat nga pompa në formë të sprajit;
14. Tundeni pompën dhe vendoseni në hapësinor;
15. Gojëzën e hapësinorit volumatik të dezinfektuar e vendosni në gojë të pacientit;
16. Shtypni pompën një herë (një shkrepte) dhe në këtë mënyrë bari kalon në hapësinorin volumatik;
17. Gjatë inspirimit bari kalon nga hapësinori volumatik në mushkëritë e pacientit, ndërsa gjatë nxjerrjes ajri nuk futet në hapësinor por del jashtë;
18. Monitoroni gjendjen e përgjithshme të pacientit dhe për çdo ndryshim eventual informoni mjekun;

		19. Pas përfundimit të inhalimit, me kujdes e largoni hapësinorin volumatik nga goja e pacientit; 20. Nëse është e nevojshme që pacienti të marrë më shumë se një dozë të së njëjtit bar, atëherë pas një pauze prej 5 - 10 minutash, procedura duhet të përsëritet ashtu siç është përshkruar.  Figura nr. 27 - Hapësinori volumatik për fëmijë
[V]	Larja dhe dezinfektimi i pajisjeve ndihmëse të inhalatorit	1. Inhalatorët elektrikë dhe pajisjet ndihmëse të hiqen nga maska; 2. Vendosni ujë të distiluar në shpërndarësin për barna, ndizni pajisjen dhe shpërlajeni shpërndarësin; 3. Pjesët e inhalatorit me të cilin pacienti vjen në kontakt, hiqen dhe lahen mekanikisht nën ujë të vakët, dezinfektohen, shpërlahen përsëri me ujë të distiluar dhe i leni të thahen; 4. Pas përfundimit, mbledhni dhe i vendosni të gjitha pjesët në vendin e përcaktuar; 5. Çmontoni hapësinorin në dy pjesë të veçanta, duke tërhequr të dy gjysmat në drejtim të kundërt me kujdes për valvulat (membranat); 6. Pjesët së pari duhet të lahen mekanikisht, dezinfektohen, shpërlahen mirë me ujë të distiluar dhe lihen të thahen dhe bëhen gati për përdorimin e ardhshëm;
[VI]	Dokumentimi	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucionit të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Data dhe koha e administrimit të terapisë; 3. Llojin dhe sasinë e terapisë; 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën.

56.PROCEDURA PËR APLIKIMIN E OKSIGJENIT

Qëllimi: i kësaj procedure është administrimi i oksigjenit në mënyrë unike dhe të sigurt.

Terapia me oksigjen është një metodë e trajtimit duke përdorur oksigjenin përmes inhalimit. Mungesa e oksigjenit në gjak dhe inde është treguesi kryesor për përdorimin e terapisë me oksigjen. Indikimi për aplikim me oksigjen vendoset nga mjeku, ndërsa infermieri aplikon oksigjenin si procedurë standarde.

Udhëzimin për terapinë me oksigjen e bën mjeku, i cili përcakton metodën (llojin e pajisjeve: maskë ose kateter nazal), sasinë (l/min.) dhe kohëzgjatjen e aplikimit të oksigjenit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit, dhomës dhe pacientit	1. Bombola me oksigjen; 2. Mbajtësja e bombolës; 3. Çelësi për fiksimin e aplikatorit në bombolë; 4. Sistemi për oksigjen; 5. Aplikatori i oksigjenit (kateteri dhe maska); 6. Faculeta letre dhe tupfer pambuku; 7. Fashë mbështjellëse; 8. Doreza; 9. Enë veshkore; 10. Dhoma duhet të jetë e ndriçuar; 11. Të sigurohet privatësia e pacientit; 12. Të identifikohet pacienti; 13. Pacienti duhet të vendoset në pozitë të rehatshme; 14. Pacientit ia shpjegoni procedurën e aplikimit dhe lejoni pyetjet; 15. Pacientit i jepni faculetë të letrës për t'i pastruar hundët; 16. Kur përdorni një sondë/kateter të hundës, kontrolloni gjendjen e mukozës së hundës dhe nëse është e dëmtuar qasja ndaj aplikimit të oksigjenit ndryshon.
[II]	Masat paraprake	Kontrollimi i bombolave dhe sistemit të oksigjenimit: 1. Kontrolloni manometrin për sasinë e oksigjenit në bombolë; 2. Kontrolloni lagështinë – pajisja që përmban ujë të ri distiluar (midis shenjës minimum “MIN” dhe maksimum “MAX”); 3. Kontrolloni gjendjen e sistemit të oksigjenit, dorezën e rregullatorit të oksigjenit, lidhjet e kateterit dhe maskave; 4. Hapni sistemin e aplikimit të oksigjenit (bombola);

5. Rregulloni normën e përcaktuar të rrjedhës së oksigjenit (l/min.);
6. Kateterin apo maskën e kyçni në sistem dhe e vendosni në fytyrën e pacientit;
7. Nëse kërkohen përqendrime të oksigjenit deri në 40%, me një ritëm të rrjedhës 1 - 3 l/min. atëherë përdorni kateterin nazal; ndërsa për një përqendrim deri në 60% me një ritëm të rrjedhës prej 6 - 8 l/min., përdorni maskën, përveç nëse nuk ka kundër indikacione apo nëse nuk rekomandohet ndryshe nga mjeku;
8. Sasia ma e vogël e oksigjenit e cila mund të aplikohet përmes maskës është 6 l/min. dhe se me këtë sasi arrihet 35 - 40% përqendrimi i oksigjenit në përzierjen thithëse;
9. Përqendrimi më i lartë i oksigjenit i aplikuar me maskë është 60% dhe kjo arrihet me 10 l/min;

Kujdes gjatë përdorimit të bombolave:

10. Mos i rrokullisni bombolat ose mos i tërhiqni në dysheme;
11. Mbani/ruani bombolat në pozitë vertikale dhe keni kujdes që ventili është i mbyllur me kapak;
12. Nuk është e lejuar që të bartni bombolën duke mbajtur për ventil;
13. Mbani bombolat larg nga burimi i nxehtësisë së paku 1 m;
14. Mos përdorni zjarr apo tymosni duhan/cigare afër oksigjenit;
15. Mos ekspozoni bombolat në temperatura të larta;
16. Mos e përdorni sistemin e oksigjenit me duart e ndotura;
17. Mos përdorni produkte të naftës për pastrimin e bombolës dhe të sistemit të saj (ato rrisin masën eksplozuese të oksigjenit);
18. Nuk është e lejuar të përdoret ndonjë ngjitës për ngjitjen e etiketave në bombole apo cilindo pjesë të sistemit;
19. Niveli i ulët i përqendrimit të oksigjenit nga ajo e parapara mund të jetë rezultat/pasojë e: frymëmarrjes së dobësuar, maska nuk është e vendosur/ngjitur mirë për fytyrë apo rrjedhja e oksigjenit nuk është e mjaftueshme);
20. Për personat në moshë të shtyrë apo pacientët me faqe të inflamuar, vendosni tupfer/gazra në maskë në sipërfaqe të faqeve, për të siguruar frymëmarrje të rregullte;
21. Ruani ndaras bombolat e zbrazura nga ato të mbushura;
22. Përdorni çelësat për montimin dhe demontimin e bombolave të cilat nuk shkaktajnë shkëndija (aliazhe);
23. Para se të hapet bombola me oksigjen, ventilin duhet gjithnjë ta zhblokoni plotësisht dhe pastaj e ktheni përsëri një rrotullim, me qëllim që dikush të mos përpiqet të hapë një valvul tashmë të hapur.

[III]	Procedura përmes kateterit nazal	1. Vendosni majat e kateterit në një gotë me ujë për të kontrolluar rrjedhshmërinë e sistemit (formohen fluska), pastaj thani majat e kateterit; 2. Pika hyrëse përmes së cilës vjen oksigjeni mbështetet në hundë dhe tubi rreth 1 - 2 cm hyn në çdo zgavër të hundës; 3. Gypin e kateterit të hundës e vendosni pas të dy veshëve dhe nën mjekrën e pacientit, i shtrëngoni të dy krahët e kateterit me lakun rrëshqitës që është në tubin e kateterit të hundës;  Figura 28 – Kateteri nazal për oksigjen 4. Shmangni shtrëngimit shumë të fortë pasi mund të shkaktojë presion shtesë në fytyrë; 5. Lidhni kateterin me burimin e oksigjenit; 6. Hapni burimin e oksigjenit duke e rrotulluar valvulën kryesore në bombolë; 7. Përmes valvulës reduktuese përcaktoni sasinë e oksigjenit, duke u siguruar që qendra e topit të qëndrojë në vlerën e përcaktuar të rrjedhës.
[IV]	Procedura përmes maskës oronazale (maska e zakonshme)	1. Kontrolloni rrjedhshmërinë e sistemit; 2. Zgjidhni madhësinë e maskës që i përshtatet më së miri pacientit; 3. Gjatë aplikimit, sigurohuni që maska të jetë ngjitur mirë afër fytyrës dhe se ajo mbulon hundën dhe mjekrën; 4. Vendoseni maskën në hundë, gojë dhe mjekër të pacientit dhe formoni skajin metalik fleksibël drejt rrënjës së hundës; 5. Shtrëngoni shiritin elastik rreth kokës për të mbajtur maskën në mënyrë të duhur, të rehatshme mbi faqet, mjekrën dhe rrënjën e hundës;  Figura 29 - Maska oronazale për oksigjen

		6. Kur merr frymë pacienti duke e thith oksigjenin e thith edhe ajrin që futet përmes hapjeve në maskë; 7. Pacienti gjatë frymëmarrjes përmes maskës, furnizimi me oksigjen duhet të jetë i mjaftueshëm për të liruar frymëmarrjen nga maska përpara thithjes së sasisë tjetër të oksigjenit; 8. Përparësia e kësaj maske është se lejon përqendrimet pak më të larta të oksigjenit dhe nuk e than mukozën, sepse oksigjeni përziehet me ajrin që hyn përmes hapjeve; 9. Dobësi është se pacientët nuk e tolerojnë atë mirë, sidomos në fazën akute, sepse u jep ndjenjën se ata nuk mund të marrin frymë.
[V]	Përfundimi i terapisë dhe mirëmbajtja e pajisjeve	1. Pas përfundimit të aplikimit të terapisë së përshkruar me oksigjen, hiqni kateterin e hundës ose maskën; 2. Mbyllni valvulën kryesore reduktuese të bombolës duke e kthyer atë në drejtim të akrepave të orës; 3. Prisni që gjithë sasia e oksigjenit të dal nga sistemi (sistemi është bosh kur kemi zhdukjen e fluskës në pajisjen lagështuese); 4. Kujdesuni për pacientin; 5. Largoni materialin e përdorur; 6. Lani dhe thani duart; 7. Pas çdo përdorimi maska dhe kateteri duhet t'i lani me ujë të rrjedhshëm dhe dezinfektoni sipas fletë udhëzimit të prodhuesit.
[VI]	Dokumentimi (Shtojca 32)	Pas përfundimit të procedurës infermieri i regjistron në dokumentacionin shëndetësor të institucioni të dhënat si vijojnë: 1. Të dhënat e përgjithshme të pacientit; 2. Data dhe koha e aplikimit të procedurës; 3. Llojin dhe dozën e aplikimit të terapisë me oksigjen; 4. Nënshkrimi i infermierit që ka kryer procedurën; 5. Regjistroni sasinë e oksigjenit të shpenzuar në formularin e regjistrimit të konsumit të oksigjenit.

57.PROCEDURA PËR ADMINISTRIMIN E TERAPISË ME INSULINË ME SHIRINGË PORTATIVE

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierin për mënyrën e duhur, të sigurt dhe unike të përdorimit të insulinës me shiringë portative (PEN) te pacienti.

PEN përmban kapsulën me insulinë dhe gjilpërën për një përdorim, si dhe përdoret për aplikimin e përsëritur nën lëkuror të insulinës. Zakonisht aplikohet në indin nën lëkuror të kofshës, barkut, pjesës së sipërme të këmbës dhe krahut.

Aplikimi i insulinës me PEN kryhet nga infermieri sipas përshkrimit të mjekut.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e materialit	1. PEN me insulinën e duhur (zbatoni 5Rr); 2. Gjilpëra për PEN; 3. Dezinfektues i lëkurës; 4. Tupfer pambuku ose garzë; 5. Doreza; 6. Kutia për hedhjen e mbeturinave të mprehta; 7. Ena veshkore.
[II]	Përgatitja e pacientit	1. Prezantoni veten dhe identifikoni pacientin; 2. Informoni pacientin për rëndësinë e administrimit të insulinës; 3. Vendoseni pacientin në pozicionin e duhur, në varësi të vendit të aplikimit. 4. Gjatë qëndrimit të pacientit në institucionin shëndetësor, infermieri edukon vazhdimisht pacientin për vet-aplikimin e terapisë me insulinë me ndihmën e PEN.
[III]	Aplikimi i insulinës me PEN	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat; 2. Vendosni gjilpërën në PEN; 3. Nëse aplikohet insulinë me veprim të ngadaltë, rrotulloni PEN-in 5 - 6 herë; 4. Kur përdorni një PEN të ri ose vendosni një kapsulë të re në PEN, rregulloni pistonin në dy njësi insuline dhe nxirrni ajrin; 5. Duke rrotulluar pistonin PEN, rregulloni numrin e kërkuar të njësive të insulinës; 6. Dezinfektoni vendin e injektimit; 7. Formoni një palosje lëkure me gishtat tuaj;

		8. Bëj shpimin në këndin 45° (të rriturit me peshë trupore normale, $IMT < 25$ dhe fëmijët) ose 90° (të rriturit me peshë të lartë trupore, $IMT > 25$); 9. Aplikoni insulinë duke shtypur pistonin; 10. Pas aplikimit për 5 - 10 sekonda, tërhiqeni gjilpërën; 11. Risistemoni materialin e përdorur; 12. Hiqni dorezat dhe lani duart.  Figura 30. Seti për aplikimin e insulinës  Figura 31. PEN
[IV]	Masat e kujdesit	1. Preferohet aplikimi i insulinës në të njëjtën pjesë të trupit në të njëjtën orë të ditës; 2. Ndryshoni vendin e injektimit brenda të njëjtës zonë, në mënyrë që doza tjetër të aplikohet 3 cm më larg se ajo e mëparshme; 3. Mos e aplikoni insulinën në ngurtësimin nën lëkuror, plagët, shenjat e lindjes, nishanet ose tatuazhet; 4. Mos ndryshoni drejtimin e gjilpërës gjatë aplikimit të insulinës; 5. Preferohet aplikimi i insulinës me veprim të ngadaltë në kofshë (përthithje e ngadaltë); 6. Preferohet aplikimi i insulinave me veprim të shpejtë në bark dhe në pjesën e sipërme të krahut (përthithje e shpejtë); 7. Menjëherë pas aplikimit të insulinës, nuk rekomandohet përdorimi i saunës ose banjës së nxehtë për shkak të mundësisë së hipoglikemisë.
[V]	Dokumentimi	1. Regjistroni veprimet e kryera në dokumentacionin shëndetësor të institucionit.

58.PROCEDURA E DHËNIES SË GJAKUT DHE TRANSPORTI I GJAKUT DHE PRODUKTEVE TË GJAKUT

Qëllimi: i procedurës është të sigurojë dhënie dhe transportin e sigurt të gjakut dhe produkteve të gjakut te pacienti.

Dhënia dhe transporti i gjakut dhe produkteve të gjakut përfshin rrugëtimin që nga momenti i marrjes së një njësie gjaku nga një dhurues, përpunimin e tij në produkte gjaku, ruajtjen e tyre dhe përdorimin e tyre për qëllime terapeutike në institucionin shëndetësor.

Përgatitja e gjakut dhe produkteve të gjakut për transport në shërbimin e transfuzionit kryhet nga infermieri nën mbikëqyrjen e specialistit të transfuzionit.

Transporti i gjakut dhe produkteve të gjakut në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore që kanë nevojë për gjak apo produkte të gjakut, kryhet nga infermieri.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Transporti i gjakut dhe produkteve të gjakut	1. Bëhet brenda shërbimit të transfuzionit; 2. Bëhet nga vendi i grumbullimit të gjakut në terren deri në shërbimin e transfuzionit; 3. Dhënia dhe transporti i gjakut kryhet nga shërbimi i transfuzionit në shërbimin profesional / institucionet shëndetësore; 4. Gjaku dhe produktet e gjakut transportohen në frigorifer termostabil të gjakut me ose pa aparat elektrikë (ftohës dore); 5. Nëse gjatë paketimit, qeset e gjakut vendosen në enë termostabile për transportin e gjakut pa aparat elektrikë (ftohës dore), sigurohuni që qeset të mos jenë në kontakt të drejtpërdrejtë me pako akulli (kompresa ose një shtresë e trashë celofani); 6. Gjaku duhet të transportohet sa më shpejt që të jetë e mundur: - Gjaku i freskët (si për transfuzione emergjente) duhet të transportohet brenda 30 minutash nga momenti i grumbullimit nëse nuk është i ftohur, ose deri në 4 orë nëse transportohet në një temperaturë të kontrolluar. - Gjaku i ruajtur në frigorifer (si në rastet e dhurimeve të planifikuara) mund të ruhet në temperatura të kontrolluara për periudhën deri në 24 orë, dhe transporti i tij duhet të ndjekë udhëzimet e zakonshme për të ruajtur cilësinë.

[II]	Dhënia dhe transporti i gjakut dhe produkteve të gjakut nga shërbimi i transfuzionit në shërbimin profesional / institucionin shëndetësor	1. Dhënia e gjakut dhe produkteve të gjakut për shërbimin profesional / institucionet shëndetësore nga shërbimi i transfuzionit bëhet në bazë të kërkesës me shkrim të mjekut; 2. Kërkesa paraqitet në formularin "Kërkesë për gjak dhe produkte gjaku"; 3. Gjakut dhe produktet e gjakut lëshohen me formular të plotësuar; 4. Formulari plotësohet në formë elektronike si pjesë e sistemit të informacionit të transfuzionit; 5. Formulari është i printuar në 3 kopje, njëra prej të cilave mbetet në shërbimin e transfuzionit dhe dy të tjerat janë të lëshuara me gjak dhe produkte gjaku. Njëra kopje mbetet në historinë mjekësore të pacientit, ndërsa tjetra pas transfuzionit apo të produktit të gjakut, plotësohet nga mjeku që jep recetë dhe kthehet në shërbimin e transfuzionit. 6. Gjakut dhe produktet e gjakut transportohen nga shërbimi i transfuzionit drejt shërbimit profesional / institucioni shëndetësor në enë termostabile; 7. Gjakut dhe produktet e gjakut të lëshuara një herë mund të kthehen dhe të përdoren për trajtim me transfuzion, me kusht që të kthehen brenda periudhës 30 minuta pas lëshimit. Nëse bëhet fjalë për një periudhë më të gjatë dhe ka prova të sigurt se gjaku dhe produkti i gjakut janë transportuar dhe ruajtur në kushte adekuate, vendimi për kthimin merret nga mjeku specialist në mjekësinë transfuzive; 8. Të mbahet procesverbal për çdo qese gjaku dhe produkt gjaku të kthyer. Infermieri dhe mjeku përgjegjës i shërbimit profesional / institucioni shëndetësor që kthen gjakun dhe produktin e gjakut në shërbimin e transfuzionit, plotësojnë formularin "Procesverbali i gjakut dhe produktit të gjakut të kthyer"
[III]	Dhënia dhe transporti i gjakut dhe produkteve të gjakut në mes të institucioneve shëndetësore	1. Transporti i gjakut dhe produkteve të gjakut në mes të shërbimit të transfuzionit dhe institucioneve të tjera shëndetësore kryhet në frigoriferë termostabilë me kontroll të temperaturës brenda frigoriferit (+4°C ±2°C). Transporti duhet të kryhet në kohën më të shkurtër të mundshme; 2. Nëse transporti kryhet me ftohës dore pa energji elektrike, qeset me gjak dhe produkte të gjakut nuk duhet të jenë në kontakt të drejtpërdrejtë me akullin. Paketat e akullit ndahen me kompresë ose një shtresë të trashë garzë; 3. Të sigurohet që në fund të kohës së transportit, temperatura e gjakut dhe produkteve të gjakut të mos kalojë +10°C;

		- Gjatë transportit të preparateve të trombociteve, duhet të ruhet temperatura ndërmjet $+20^{\circ}\text{C}$ dhe $+24^{\circ}\text{C}$ me kohë maksimale të transportit 24 orë; - Plazma e ngrirë dhe krioprecipitati duhet të transportohen të ngrira në temperaturë sa më afër temperaturës së rekomanduar të ruajtjes (minus) -25°C. - Së bashku me njësitë e gjakut dhe produkteve të gjakut që transportohen (lëshohen ose merren), duhet të dorëzohet (lëshohet) dhe plotësohet formulari "Fletë transporti për transportin e gjakut dhe produkteve të gjakut"; - Kontrolloni temperaturën brenda frigoriferit, patronët e akullit (të cilat nuk duhet të jenë në kontakt të drejtpërdrejtë me qesen e gjakut), kryeni ekzaminimin makroskopik të qeseve me gjak dhe produkte të gjakut dhe kontrolloni e krahasoni dokumentacionin shoqërues me të dhënat për qeset e gjakut dhe produktet e gjakut; - Matni temperaturën e gjakut dhe produkteve të gjakut duke e vendosur termometrin midis dy qeseve me gjak dhe produkteve të gjakut të marra nga ftohësi i transportit. Pas 5 minutash, lexoni temperaturën. Temperatura e qeseve me eritrocite nuk duhet të bjerë nën $+1^{\circ}\text{C}$ ose të kalojë $+10^{\circ}\text{C}$; - Pasi konstatohet se gjaku dhe produktet e gjakut janë përgatitur për transport, infermieri i shërbimit profesional / institucionit shëndetësor merr në dorëzim dhe i transporton në mënyrë të sigurt te pacienti.
[IV]	Masat e kujdesit	Gjatë ekzaminimit makroskopik të gjakut dhe produkteve të tij, duhet të kenë parasysh: - Dëmtimin e mundshëm të qeses; - Rrjedhjen e gjakut dhe produkteve të gjakut; - Ndryshimin e ngjyrës; - Shfaqjen e hemolizës; - Mpiksje (koagule) të dukshme; - Përputhja e të gjitha të dhënave.
[V]	Dokumentimi	Të gjitha veprimet regjistrohen në dokumentacionin shëndetësor të institucionit.

59.PROCEDURA PËR PËRDORIMIN DHE APLIKIMIN E GJAKUT DHE PRODUKTEVE TË GJAKUT

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët që të administrojnë gjakun dhe përbërësit e gjakut në mënyrë unike dhe të sigurt.

Transfuzioni i gjakut është procesi i transferimit të gjakut ose produkteve të gjakut nga sistemi i qarkullimit të gjakut nga një personi në personin tjetër.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Kërkesat për gjak dhe produkte të gjakut	1. Përdorimi i gjakut dhe i produkteve të gjakut kryhet në bazë të udhëzimit me shkrim të mjekut, nëpërmjet formularit të përcaktuar me procedurën e institucionit; 2. Formulari plotësohet në 2 kopje, në mënyrë të lexueshme dhe të saktë me nënshkrimin dhe faksimilin e mjekut dhe nënshkrimin e infermierit që kryen veprimin. Nga pacienti merret mostër e gjakut, e cila kërkohet për të përcaktuar dhe kontrolluar grupin e gjakut, faktorin Rh dhe ndërveprimin të përcaktuar me procedurën e institucionit; 3. Formulari i aplikimit dhe mostra e gjakut të pacientit në një epruvetë të etiketuar, dorëzohen në shërbimin e transfuzionit. Gjatë dorëzimit të mostrës së gjakut, formulari nënshkruhet nga infermieri që ka dorëzuar mostrën e gjakut, si dhe infermieri në shërbimin e transfuzionit që ka marrë gjakun.
[II]	Marrja e gjakut dhe produkteve të gjakut	1. Me rastin e marrjes së gjakut dhe produkteve të gjakut, shërbimi i transfuzionit lëshon një dëshmi të kërkesës. Infermieri që merr përsipër kërkesën, krahason të dhënat nga karta e dhënies me gjakun ose produktet e gjakut të marrë; 2. Gjatë marrjes së gjakut dhe produkteve të gjakut, data dhe ora e marrjes duhet të shënohen dhe të nënshkruhet nga infermieri që ka lëshuar dhe ka marrë gjakun ose produktet e gjakut.
[III]	Transporti i gjakut dhe produkteve të gjakut	1. Transporti nga shërbimi i transfuzionit në shërbimin profesional / institucionin shëndetësor kryhet në kohën më të shkurtër të mundshme me enë termostabile të dedikuar për gjak dhe produkte të gjakut; 2. Dy ose tre patronë ftohës vendosen në enën termostabile transportuese.
[IV]	Kontrollimi i gjakut dhe produkteve të gjakut	1. Para transfuzionit të gjakut, kontrolloni dokumentacionin dhe përcaktoni nëse grupi i gjakut dhe faktori Rh i pacientit përputhen me informacionin në etiketën në qese të gjakut; 2. Etiketa përmban: - grupin e gjakut dhe Rh faktorin;

		- emrin e produktit të gjakut; - datën e marrjes nga dhuruesi; - datën e skadencës; - temperaturën në të cilën është ruajtur; - sasia në mililitra; - numri serik i identifikimit.
[V]	Kontrolli vizual i gjakut dhe produkteve të gjakut	1. Kontrollimi i dëmtimit të qeses; 2. Ekzistenca e një ndryshimi në ngjyrën e gjakut dhe produkteve të gjakut; 3. Prania e mpiksjes (koagulit) të dukshëm të gjakut; 4. Kontrollimi i datës së gjakut dhe produkteve të gjakut të marrë. Nëse gjatë kontrollit vizual të gjakut dhe produkteve të gjakut vërehen parregullsi, gjaku dhe produktet e gjakut duhet të kthehen në shërbimin e transfuzionit me dokumentacion të plotë.
[VI]	Veprimet për administrimin e gjakut dhe produkteve të gjakut	1. Lani, thani duart dhe vendosni dorezat dhe maskë; 2. Identifikoni pacientin; 3. Kontrolloni nëse pacienti ka nënshkruar deklaratën e pëlqimit; 4. Informoni pacientin për veprimin dhe rëndësinë e bashkëpunimit; 5. Matni temperaturën e trupit; 6. Sigurohuni për ekzistimin e alergjive dhe reaksioneve të mëparshme ndaj transfuzionit; 7. Vendoseni pacientin në pozicion adekuat; 8. Përgatit tabakanë ose karrocën; 9. Sphygmomanometër dhe stetoskop; 10. Termometër; 11. Kanulë i.v. të madhësive përkatëse; 12. Sistem transfuzioni me filtër; 13. Tupfer pambuku; 14. Dezinfektues; 15. Lidhëse Esmarch-u; 16. Leukoplast; 17. Antishok terapia; 18. Kambalec (mbajtës) për infuzion; 19. Enë veshkore; 20. Kutë për hudhjen e mjeteve të mprehta.

[VII]	Procedura e aplikimit të transfuzionit	1. Kontrolloni dokumentacionin shoqërues, gjakun dhe produktet e gjakut; 2. Kontrolloni shenjat vitale të pacientit dhe shënoni vlerat e tyre në listën e temperaturës; 3. Para kryerjes së procedurës, sigurohu që deklarata e pëlqimit është nënshkruar nga pacienti. 4. Pas përgatitjes së materialit dhe pajisjeve, pacienti vendoset në pozicion adekuat për të marrë transfuzionin e gjakut; 5. Pas kyçjes së transfuzionit, kryeni një test biologjik (pacientit i jepen 10 - 20 ml gjak dhe më pas ndërpritet administrimi); 6. Gjatë testimit biologjik, mjeku duhet të jetë prezent; 7. Nëse pacienti nuk shfaq shenja të komplikimeve, transfuzioni mund të vazhdohet sipas udhëzimit të mjekut; 8. Nëse ka shenja të një reagimi ndaj gjakut të marrë (djersë e ftohtë, dridhje, dhimbje kockash, shtrëngim gjoks, vështirësi në frymëmarrje, të vjella, etj.), ndaloni transfuzionin dhe ndiqni udhëzimet e mjekut; 9. Në fund të transfuzionit, risistemoni materialin e përdorur.
[VIII]	Efektet anësore gjatë përdorimit të gjakut dhe produkteve të gjakut	1. Reaksione febrile; 2. Mbingarkesa e sistemit kardiovaskular; 3. Reaksione alergjike-anafilaktike; 4. Emboli ajrore; 5. Reaksion hemolitik (shqetësim, dhimbje në kocka dhe në pjesën e poshtme të shpinës, dispne, dridhje, skuqe të fytyrës, nauze dhe të vjella, dhimbje koke, puls i shpejtë dhe filiform, rënie e presionit të gjakut, djersitje, tronditje, ndërprerje e urinimit); 6. Reaksion pseudohemolitik; 7. Në rast të komplikimeve të hershme, ndaloni menjëherë transfuzionin, njoftoni mjekun dhe veproni sipas udhëzimit të tij.
[IX]	Masat e kujdesit	1. Për shkak të komplikimeve të mundshme të vonshme, qesja me gjak dhe sistem të transfuzionit rikthehet në transfuzion; 2. Në rast të rritjes së temperaturës së trupit të pacientit para apo gjatë marrjes së gjakut apo produkteve të tij, procedura ndërpritet dhe gjaku apo produktet e tij rikthehen në transfuzion me pëlqim të mjekut.
[X]	Dokumentimi	1. Regjistroni veprimet e kryer në dokumentacionin shëndetësor të institucionit.

60.PROCEDURA E APLIKIMIT TË BARIT PA UDHËZIM TË SHKRUAR

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierin se si të veprojë gjatë aplikimit të barnave në bazë të udhëzimit verbal të mjekut.

Në situata urgjente/emergjente, ka situata kur është e nevojshme të aplikohet bari pa udhëzim me shkrim nga mjeku. Në raste të tilla infermieri mund të aplikojë barin në bazë të udhëzimit verbal të mjekut sipas procedurës unike.

Pas administrimit terapeutik dhe kujdesit ndaj pacientit, mjeku është i obliguar të përshkruaj terapinë e aplikuar në dokumentacionin shëndetësor.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN – HAPAT
[I]	Aplikimi i barit me udhëzim verbal nga mjeku	1. Udhëzimi verbal për aplikimin e barnave jepet nga mjeku që trajton pacientin; 2. Udhëzimi verbal i mjekut duhet të jetë me zë të lartë dhe i qartë; 3. Nëse infermieri nuk e ka kuptuar udhëzimin, kërkon përsëritje të udhëzimit të dhënë; 4. Infermieri përsërit me zë të lartë emrin e barit që po përgatit dhe mjeku e konfirmon sërish me zë të lartë; 5. Pas aplikimit të barit, infermieri njofton mjekun se është aplikuar bari për të cilin ka marrë udhëzimin verbal; 6. Për të shmangur gabimet gjatë terapisë së aplikuar, infermieri që ka aplikuar barin i vendos ampulat e përdorura në një enë të veçantë; 7. Infermieri numëron ampulat e përdorura dhe paketimin e solucionit dhe së bashku me mjekun konstaton: - sasinë, - dozën, - mënyrën, - kohën e aplikimit të barnave të dhëna dhe solucioneve infuzive; 8. Në bazë të ampulave të përdorura, mjeku që ka dhënë udhëzimin për aplikimin e barnave i regjistron në dokumentacionin shëndetësor.
[II]	Masat e kujdesit	1. Procedura zbatohet ekskluzivisht me praninë fizike të mjekut.
[III]	Dokumentimi	1. Të gjitha ndërhyrjet e kryera regjistrohen në dokumentacionin shëndetësor.

KAPITULLI VII – KONTROLLI I INFEKSIONEVE INTRASPITALORE

- 61** PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E PAJISJEVE MBROJTËSE PERSONALE
- 62** PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E PAJISJEVE MBROJTËSE PERSONALE TE PACIENTËT ME SËMUNDJE NGJITËSE VIRALE
- 63** PROCEDURA E LARJES DHE DEZINFEKTIMIT TË DUARVE
- 64** PROCEDURA LARJES KIRURGJIKALE TË DUARVE
- 65** PROCEDURA E STERILIZIMIT TË INSTRUMENTEVE DHE MATERIALEVE SANITARE
- 66** PROCEDURA PËR MENAXHIMIN E MBETJEVE TË MPREHTA
- 67** PROCEDURA E LËSHIMIT TË GJAKUT DHE SEKRECIONEVE NGA ASPIRATORI
- 68** PROCEDURA E TRAJTIMIT TË PACIENTIT ME INFEKSION SPITALOR

61.PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E PAJISJEVE MBROJTËSE PERSONALE

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj profesionistët e kujdesit shëndetësor për mënyrën e duhur, të sigurt dhe unike të përdorimit të pajisjeve mbrojtëse personale.

Pajisjet mbrojtëse personale përdoren nga punonjësit e kujdesit shëndetësor në të gjitha institucionet shëndetësore, me qëllim të mbrojtjes personale, mbrojtjes së pacientit dhe parandalimit të infeksionit.

Përdorimi i pajisjeve mbrojtëse është i detyrueshëm gjatë kryerjes së detyrave të punës ku ka rreziqe për shëndetin dhe sigurinë e punonjësve. Përzgjedhja e mjeteve mbrojtëse personale bëhet në bazë të rreziqeve të përcaktuara për një vend pune të caktuar dhe mjetet mbrojtëse të përzgjedhura duhet të sigurojnë mbrojtjen më të lartë për punëmarrësin, me kusht që të mundësojnë zhvillimin normal të veprimtarisë së punës.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Pajisjet për mbrojtje personale	1. Doreza (sterile, jo sterile); 2. Maska; 3. Rroba dhe këpucë pune; 4. Kapele/shami; 5. Syze/vizore; 6. Përparëse; 7. Mbulesë këpucësh / këpucë.
[II]	Përdorimi i dorezave	1. Dorezat përdoren: - si barrierë mbrojtëse, për të parandaluar ndotjen e duarve; - të reduktojnë mundësinë e transferimit të mikroorganizmave nga duart e punonjësve te pacientët, objektet dhe sipërfaqet; - për të reduktuar mundësinë e transmetimit të infeksionit nga një pacient në tjetrin; 2. Dorezat sterile përdoren kur kryhen veprime që kërkojnë punë aseptike me pacientin; 3. Para se të vendosni dorezat, duart duhet të lahen dhe dezinfektohen; 4. Pas përdorimit ato duhet të hiqen, të hidhen si mbetje potencialisht infektive dhe duart duhet të lahen.
[III]	Përdorimi i maskës	1. Përdoret për mbrojtjen personale (mbulon gojën dhe hundën);

		- Përdoret për parandalimin e infeksioneve nga ajri dhe spërkatjet; - Përdoret për kryerjen e ndërhyrjeve dhe ndërrohet çdo 1-2 orë ose kur laget dhe kontaminohet.
[IV]	Rrobat dhe këpucët e punës	- Përdoren si mbrojtje personale të veshjeve gjatë orarit të punës; - Duhet të jenë të pastërta dhe të rregullta, ato ndërrohen kur janë të ndotura ose të kontaminuara.
[V]	Përdorimi i kapelës/shamisë së kokës	- Përdoret në vende dhe punë që kërkojnë kushte aseptike; - Gjatë përdorimit duhet të mbulojë të gjithë lëkurën e kokës; - Pas përdorimit, kapela/shamia vendoset me rroba të ndotura dhe hidhet si mbetje potencialisht infektive.
[VI]	Përdorimi i syzeve	- Përdoren sa herë që ekziston mundësia e ekspozimit ndaj ndikimeve të dëmshme që mund të irritojnë dhe infektojnë sytë; - Pas përdorimit, ato lahen me ujë dhe detergjent, thahen dhe fshihen me dezinfektues.
[VII]	Përdorimi i përparësës	- Përdoret për të parandaluar spërkatjen nga lëngjet dhe sekrecionet trupore në rrobat e punës; - Pas përdorimit, përparësja e papërshkueshme nga uji lahet dhe dezinfektohet mekanikisht, ndërsa ajo njëpërdorimshme hidhet si mbetje potencialisht infektive.
[VIII]	Përdorimi i mbulesës (mbështjellës) së këpucëve	- Mbulesat e këpucëve përdoren në ambientet e bllokut operativ, njësitë e kujdesit intensiv, zonat e izolimit dhe në të gjitha dhomat/vendet ku kërkohen kushte aseptike të punës; - Pas përdorimit, ato hiqen dhe hidhen si mbetje potencialisht infektive.
[IX]	Masat e kujdesit	Pajisjet mbrojtëse personale, të përdorura gjatë punës me një pacient infektiv dhe potencialisht infektiv, asgjësohen në mënyrën e përcaktuar në procedurën për menaxhimin e mbetjeve infektive.

62.PROCEDURA PËR PËRDORIMIN E PAJISJEVE MBROJTËSE PERSONALE TE PACIENTËT ME SËMUNDJE NGJITËSE VIRALE

Qëllimi është të sigurojë mënyrën e duhur, të sigurt dhe unike të veshjes dhe largimit të pajisjeve mbrojtëse personale kur personeli bie në kontakt me pacientët me sëmundje ngjitëse virale.

Përdorimi i duhur i pajisjeve mbrojtëse personale para dhe pas kontaktit me pacientët me sëmundje ngjitëse virale është i rëndësishëm për të parandaluar përhapjen e sëmundjes. Pajisjet mbrojtëse personale mund të jenë burim infeksioni nëse nuk përdoren siç duhet, ndaj përdorimi dhe trajnimi në veshjen dhe largim ka një rëndësi të madhe.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja e hapësirës dhe materialeve për vendosjen dhe largimin e pajisjeve mbrojtëse personale	1. Dhoma ku vishet stafi duhet të jetë e ajrosur, e ndriçuar dhe vetëm për këtë qëllim; 2. Në murin e dhomës për veshjen e pajisjeve mbrojtëse personale është një pasqyrë në të cilën personi reflektohet gjatë procesit të veshjes; 3. Veshjet mbrojtëse përfshijnë: mushama, kapelë kirurgjike/shami për barrierë virale, kostum mbrojtës për barrierë virale, maskë mbrojtëse (rekomandohet me filtër), syze sigurie, vizore; doreza (nitrile/gome, doreza të gjata mbrojtëse), çizme gome, përparëse gome; 4. Materialet dhe pajisjet shtesë të nevojshme: bluzë dhe pantallona (rekomandohet pambuku), këpucë (rekomandohet atlete), dezinfektues për duart, peshqir letre, sapun i lëngshëm, kuti për mbetjet infektive të etiketuar "Biohazard".
[II]	Përgatitja e personelit për veshjen e pajisjeve mbrojtëse personale	1. Para se të fillojë veshja e pajisjeve mbrojtëse personale duhet të: - Largohen bizhuteritë; - Largohet (hiqet) "make-up"; - Mblidhen flokët; - Rruajtja e mjekrës; 2. Pasi të bëhen veprimet e mësipërme, bëhet veshja e uniformës (bluzë dhe pantallona pambuku).
[III]	Veshja e pajisjeve mbrojtëse personale	Gjatë veshjes qëndroni para pasqyrës dhe vëzhgoni hapat e veshjes së pajisjeve mbrojtëse personale: 1. Vishni një kostum mbrojtës viral me kapelë;

		- Vendosni kapelën kirurgjike mbrojtëse në kokë (vendosni flokët poshtë kapelës); - Vendosni maskën mbrojtëse të madhësisë së duhur dhe kryeni një test përshkueshmërie (Shtypni maskën me duart tuaja në hundë, thithni dhe më pas nxirreni ajrin. Nëse maska është vendosur drejtë, maska shtypet në fytyrë kur thithni ajrin dhe ajri nuk del nga maska drejt fytyrës kur nxjerrni atë); - Vendosni syze sigurie; - Mbi kapelën kirurgjike dhe mbajtëset e maskës së gomës, tërhiqeni kapelën e kostumit dhe mbulonni maskën në mënyrë që fytyra dhe koka të mbrohen plotësisht; - Vendosni mbulesat e këpucëve; - Lani, thani dhe dezinfektoni duart për 30 sekonda; - Vendosni dorezat "e para" sterile mbrojtëse të gjata (mbulonni pëllëmbët e duarve deri në parakrahë) - Vendosni dorezat "e dyta" sterile mbi ato "të parat" (mbulohen mëngët e kostumit); - Vendosni maskën mbrojtëse; - Para se të hyni në dhomën e izolimit, kontrollonhet edhe një herë duke u parë në pasqyrë nëse pajisjet mbrojtëse personale janë të veshura siç duhet; - Evidentoni kohën e hyrjes në dhomën e izolimit dhe të nënshkruani; - Nëse pacienti është në gjendje të rëndë, gjakderdhje, vjellje të shumta dhe diarre të shumta, vendosni përparësen dhe mbathni çizme gome.
[IV]	Largimi i pajisjeve mbrojtëse personale	- Para se të dilni nga dhoma e izolimit, largoni dorezat "e dyta" në dhomën e izolimit (dorezat që janë ekspozuar, mbështillen në mënyrë që të mos kontaminoni dorezën "e parë" dhe hidhen në kutinë e etiketuar "Biohazard"). Dezinfektoni dorezat "e para" 30 sekonda dhe dilni jashtë; - Pajisjet e tjera mbrojtëse personale hiqen në një dhomë tjetër të dedikuar; - Largoni maskën mbrojtëse pa prekur asnjë pjesë të fytyrës dhe hidhet në enën e dedikuar me dezinfektues; - Dezinfektoni dorezat "e para" për 30 sekonda; - Largoni me kujdes pjesën e jashtme të veshjes mbrojtëse virale, zgjidhet lidhësja (nëse ka), hiqet kapela dhe rrotullohet nga brenda me lëvizje të lehta. Në të njëjtin kohë, hiqeni me kujdes veshjen mbrojtëse, mbulesat e këpucëve së bashku me dorezat "e para";

		6. Hidhni gjithçka së bashku në kutinë për mbetjet infektive (teknikë me mëngë dhe doreza brenda jashtë); 7. Dezinfektoni duart për 30 sekonda; 8. Hiqni syzet mbrojtëse, hidhni në një enë të veçantë me dezinfektues; 9. Dezinfektoni duart për 30 sekonda; 10. Në anën e sipërme të kokës, me të dyja duart, shtrini me kujdes dhe ngritni mbajtëset e gomës së maskës sipër kokës, largoni me kujdes dhe ngadalë me lëvizje lart dhe përpara, pa prekur kokën dhe fytyrën dhe hidheni maskën në kutinë për mbetjet infektive; 11. Dezinfektoni duart për 30 sekonda; 12. Largoni kapelën kirurgjike; 13. Në zonën e dushit lani duart me ujë të rrjedhshëm dhe dezinfektoni; 14. Largoni bluzën dhe pantallonat dhe hidhni në vendin e caktuar; 15. Bëni dush dhe vishni uniformën e pastër.
[V]	Masat e kujdesit	1. Pajisjet mbrojtëse personale duhet të jenë të madhësisë së duhur; 2. Preferohet që bluza dhe pantallonat nën veshjen mbrojtëse të jenë prej pambuku; 3. Maska duhet të përshtatet mirë në fytyrë; 4. Mos prekni fytyrën/kokën gjatë qëndrimit në dhomën e izolimit; 5. Nëse stafi përdor syze dioptrike, pasi të keni hequr pajisjet mbrojtëse, ato hiqen, lahen dhe dezinfektohen mekanikisht.
[VI]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron kohën e hyrjes dhe daljes nga dhoma e izolimit në dokumentacionin shëndetësor.

Shtojca 33. Procedura për veshje të pajisjeve mbrojtëse personale



Veshni uniformë
pambuku



Veshni kostumin njëpërdorimësh



Vendosni kapelën dhe maskën mbrojtëse kirurgjike



Testi i përshkueshmërisë



Vendosni
syzet
mbrojtëse

Vendosni
kapelën
e kostumit



Vendosni mbulesë këpucësh,
lani dhe dezinfektoni duart



Vendosni dorezat
mbrojtëse "te para"



Vendosni dorezat "e
dyta" mbi "te para"
dhe kostumin
mbrojtës



Vendosni maskën mbrojtëse



Kontrolloni korrëktësinë e
pajisjeve mbrojtëse të
veshura para pasqyrës



Regjistroni kohën e hyrjes në izolim,
nënshkruani dhe hyni



Shtojca 34. Procedura për heqjen/largimin e pajisjeve mbrojtëse personale



Largoni dorezat mbrojtëse "të tjera" të nitrilit dhe dezinfektoni duart



Largoni maskën mbrojtëse dhe dezinfektoni duart



Lëshoni pjesën e jashtme të kostumit mbrojtës



Largoni kostumin mbrojtës dhe mbulesat e këpucëve së bashku me dorezat "e para"



Hidhni së bashku në kutinë për mbetjet infektive



Dezinfektoni duart dhe vendosni doreza të reja nitrili



Hiqni/largoni syzet e sigurisë



Hiqni/largoni maskën mbrojtëse



Hiqni/largoni kapelën mbrojtëse



Hiqni/largoni dorezat mbrojtëse dhe së bashku hidhni në kutinë për mbetjet infektive

63.PROCEDURA E LARJES DHE DEZINFEKTIMIT TË DUARVE

Qëllimi: i procedurës është të përcaktojë teknikën për larjen e duhur të duarve dhe dezinfektimin, me qëllim të parandalimit të shfaqjes dhe përhapjes së infeksioneve.

Larja e duarve është masa individuale më e rëndësishme në parandalimin e infeksioneve. Termi larje e duarve përcakton veprime të shumta për të hequr papastërtitë dhe për të zvogëluar kolonizimin kalimtar të florës bakteriale duke përdorur ujë të rrjedhshëm dhe sapun të lëngshëm. Institucioni siguron vendin për larjen e duarve për pacientët dhe stafin. Në vendet për larjen e duarve duhet të vendosen udhëzimet me procedurën për larjen e duhur të duarve.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Përgatitja para larjes së duarve	1. Ekspozo para llërën, largo veshjet nga para llëra; 2. Largo stolitë nga duart: orën, byzylykët, rrathët, bizhuteritë, unazat, apo gjësende tjetër; 3. Thonjtë duhen të jenë të pastër dhe të shkurtë; të mos ketë thonj artificial dhe produkte të thonjve si llak, xhel, etj; 4. Mbullo dëmtimet (abrazionet) eventuale lëkurore me fasha hidrofobe.
[II]	Larja higjienike e duarve	1. Larja e duarve është e domosdoshme para dhe pas çdo kontakti të drejtpërdrejtë me pacientin dhe kryhet me ujë të rrjedhshëm dhe sapun të lëngshëm për të hequr papastërtinë dhe florën kalimtare, si dhe pas çdo kontakti të drejtpërdrejtë me lëkurën e pacientit, lëngjet e trupit ose ekskrecionet, papastërtisë në rroba dhe pajisjet, pasi të keni hequr dorezat dhe pas përdorimit të tualetit.
[III]	Udhëzime për larjen e duarve (Shtojca 35)	1. Kohëzgjatja e tërë procedurës së larjes higjienike të duarve zgjat 40-60 sekonda; 2. Lani duart duke përdorur ujë të rrjedhshëm (rubinetet e ujit duhet të hapen dhe mbyllen lehtësisht); 3. Aplikoni sasi të mjaftueshme të sapunit të lëngshëm për të mbuluar tërë sipërfaqen e duarve (shmangni spërkatjen e rrobave dhe dyshemësë); 4. Fërkoni duart pëllëmbë me pëllëmbë; 5. Pëllëmba e djathtë mbi kurrizin e majtë me gërshetim të gishtërinjve dhe anasjelltas; 6. Pëllëmbë me pëllëmbë me gishtërinj të gërshetuar; 7. Pjesa e pasme e gishtërinjve në pëllëmbën përballë, me gishtërinjtë e bashkuar;

		8. Fërkim rrotullues i gishtit të madh të mbërthyer me pëllëmbën e djathtë dhe anasjelltas; 9. Fërkim rrotullues para, mbrapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në pëllëmbën e majtë dhe anasjelltas; 10. Shpëlani duart tërësisht me ujë të rrjedhshëm; 11. Thajini duart mirë me një letër një përdorimesh; 12. Përdorni letrën për të mbyllur rubinetin; 13. Tani duart tuaja janë të sigurta.
[IV]	Udhëzime për dezinfektimin e duarve (Shtojca 36)	1. Kryhet para çdo veprimi antiseptik për shkak të shkatërrimit të mikroorganizmave nga duart e punëtorëve shëndetësor dhe i referohet çdo veprimi ku përdoret tretja antiseptike për të pastruar dhe dezinfektuar duart; 2. Fërkimi higjienik i duarve me një dezinfektant konsiston në fërkimin e duarve me një sasi të vogël prej rreth 3 - 4 ml me një antiseptik shumë efektiv dhe të shpejtë, në kohëzgjatje prej 20 - 30 sekonda, derisa lëkura të jetë tharë për të arritur efektin baktericid dhe fungicid; 3. Fërkoni duart shuplakë me shuplakë; 4. Shuplaka e djathtë mbi dorzumin e majtë me gërshetim të gishtërinjve dhe anasjelltas; 5. Shuplakë me shuplakë me gërshetim të gërshetuar; 6. Pjesa e pasme e gishtërinjve në shuplakën përballë me gishtërinjtë e bashkuar; 7. Fërkim rrotullues i gishtit të madh të dorës së majtë të mbërthyer të dorës së djathtë me shuplakën e majtë dhe anasjelltas; 8. Fërkim rrotullues para, prapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë me shuplakën e majtë dhe anasjelltas; 9. Pasi të thahen, duart tuaja janë të sigurta.

64. PROCEDURA E LARJES KIRURGJIKALE TË DUARVE

Qëllimi: i procedurës është të përcaktojë teknikën për larjen kirurgjikale të duarve dhe dezinfektimin, me qëllim të parandalimit të shfaqjes dhe përhapjes së infeksioneve.

Të dhënat aktuale demonstrojnë qartazi që infeksionet e kryqëzuara mund të ndodhin nga duart e punëtorëve shëndetësor dhe se duart e stafit janë mjeti më i zakonshëm nëpërmjet të cilit mikroorganizmat transmetohen mes pacientëve.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Para larjes së duarve	1. Ekspozo para llërën, largo veshjet nga para llëra; 2. Largo stolitë nga duart si: orën, byzylykët, bizhuteri, unazat etj.; 3. Sigurohu që thonjtë të jenë të pastër të shkurtër, të mos keni thonjtë artificial dhe produkte të thonjve si lak, xhel, etj.; 4. Mbulo të gjitha të prerat dhe abrazionet me material hidrofob.
[II]	Larja e duarve me ujë dhe sapun (shtojca 35)	1. Lagni duart në ujë të rrjedhshëm; 2. Aplikoni sasi të mjaftueshme të sapunit për të mbuluar tërë sipërfaqen e duarve; 3. Fërkoni duart shuplakë me shuplakë 15-30 sekonda; 4. Shuplaka e djathtë mbi dorzumin e majtë me gërshetim të gishtërinjve dhe anasjelltas; 5. Shuplakë me shuplakë me gishtërinj të gërshetuar; 6. Pjesa e pasme e gishtërinjve në shuplakën përballë, me gishtërinjtë e bashkuar; 7. Fërkim rrotullues i gishtit të madh të dorës së majtë të mbërthyer me shuplakën e djathtë dhe anasjelltas; 8. Fërkim rrotullues para, prapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në shuplakën e majtë dhe anasjelltas; 9. Shpërlani duart me ujë; 10. Thani duart mirë me letër për një përdorim; 11. Përdorni letrën për ta mbyllur rubinetin; 12. Duart tuaja tani janë të sigurta. (Kohëzgjatja e përgjithshme 40 – 60 sek)
[III]	Dezinfektimi i duarve (shtojca 36)	1. Apliko dezinfektuesin në tërë shuplakën e dorës duke përcjellë udhëzimet e prodhuesit për sasinë e cila do të ofroj mbulim adekuat të duarve që normalisht është rreth 3 ml;

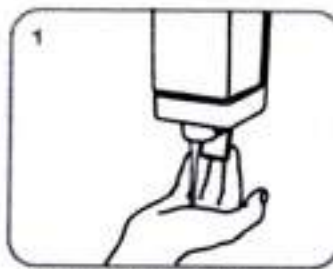
		2. Fërkoni duart së bashku duke realizuar teknikën 6 hapeshe, që të sigurohemi se dezinfektuesi me bazë alkooli mbulon tërë sipërfaqen e duarve; 3. Fërkimi i duarve duhet të bëhet 15 – 30 sekonda derisa duart të thahen; 4. Shmangni prekjen e çfarëdo sipërfaqeje/pajisje derisa të thahen duart.
[IV]	Para larjes kirurgjikale të duarve	1. Larja kirurgjike duhet të bëhet para veshjes së rrobave sterile të sallës; 2. Të gjitha stolitë e duarve duhet të hiqen; 3. Brushat e thonjve nuk duhet të përdoren për antisepsën kirurgjike të duarve; 4. Shkopinjë (njëpërdorimshme) të thonjve mund të përdoren nëse vërehen papastërti të dukshme; 5. Shpuza të buta jo-abrazive, sterile (për një përdorim) mund të përdoren për të aplikuar sapunin e lëngshëm antimikrobial në lëkurë, nëse është i licencuar për këtë qëllim; 6. Duhet të përdoret sapun i lëngshëm shkumues, i licencuar për këtë larje kirurgjike ose dezinfektues në bazë alkooli (DBA) i licencuar për dezinfektim kirurgjik, siç është e specifikuar në etiketën e produktit; 7. Larja kirurgjike duhet të bëhet me një agjent që ka veprim të menjëhershëm dhe të qëndrueshëm antimikrobial (p.sh: clohexidine gluconateyy, povidone – jodine); 8. DBA mund të përdoret në duar dukshme të pastërta në mes të procedurave kirurgjike, nëse është i licencuar për këtë qëllim; 9. Pas përfundimit të procedurës kirurgjike, higjiena e përgjithshme e duarve (p.sh: sapun i lëngshëm shkumues dhe ujë) ose DBA (nëse duart nuk janë dukshëm të ndotura) duhet të bëhet pasi të hiqen dorëzat kirurgjike dhe para çfarëdo aktiviteti tjetër.
[V]	Larja kirurgjikale e duarve	1. Filloni matjen e kohës; 2. Lagni duart dhe krahët; 3. Aplikoni sasi të mjaftueshme të sapunit të lëngshëm antimikrobial. 4. Për dy (2) minuta lani secilën anë të secilit gisht, në mes të gishtave, para dhe pas në të dy duart; 5. Shpërlani duart duke lejuar që të rrjedh uji vetëm në njërin drejtim nga majat e gishtave deri në drejtim të bërrylit, mos e lëvizni krahun para dhe pas nëpër ujë;

		6. Vendoseni sapunin e lëngshëm antimikrobiale duke përdorur bërrylin e dorës së djathtë për ta shtypur shpërndarësin (dispenserin e sapunit); 7. Për një (1) minutë lani krahun e djathtë nga kyçi i dorës deri te bërryli, duke e mbajtur dorën me lartë se krahu gjatë tërë kohës; 8. Përsëriteni procesin në krahun e majtë duke i mbajtur duart më lartë se bërryla gjatë tërë kohës (nëse dora prekë çka do në çfarëdo kohe, larja kirurgjike duhet të zgjatet për një (1) minutë për sipërfaqen e kontaminuar); 9. Shpërlani duart dhe krahët duke lejuar që të rrjedhë uji vetëm në një drejtim, nga majat e gishtërinjve tek bërrylat, mos e lëvizni krahun para dhe pas nëpër ujë; 10. Mbani duart me lartë se bërrylat gjatë tërë kohës; 11. Lëkura duhet të thahet me kompresë sterile (të mos fërkohet); 12. Tharja e dorës fillon duke përdorur kompresë sterile, ku me dorën e kundërt me lëvizje rrethore bëhet tharja prej gishtërinjve në drejtim të bërrylave; 13. Përdorni kompresën e dytë sterile, përsëritni procedurën e njëjtë në dorën dhe krahun tjetër deri të bërryli; 14. Kompresa sterile pas përdorimit duhet të hedhet menjëherë; 15. Mos spërkat me ujë veshjet kirurgjikale; 16. Mos shkund duart për largimin e ujit.
[VI]	Dezinfektimi kirurgjikal i duarve	1. Vendosni sasinë e rekomanduar të dezinfektuesit me bazë alkooli në shuplakë të dorës së majtë duke përdorë bërrylin e dorës së djathtë për ta shtypur dispenserin; 2. Zhytni majat e gishtërinjve të dorës së djathtë në dezinfektuesin me bazë alkooli në mënyrë që të bëhet dekontaminimi nën thonjtë, sipas udhëzuesit të prodhuesit; 3. Shpërndani dezinfektuesin në parakrahun e djathtë deri te bërryli; 4. Sigurohuni që e tërë sipërfaqja është e mbuluar duke përdorur lëvizje rrethore në parakrah derisa të avullohet e gjithë sasia e dezinfektuesit, sipas udhëzimit të prodhuesit; 5. Duart dhe parakrahët duhet të mbeten të lagura (p.sh: dezinfektuesi DBA nuk lejohet që të avullohet në tërësi derisa të kryhet procesi i dezinfektimit të duarve); 6. Përsërite procesin për majat e gishtave, në dorën dhe parakrahun e majtë; 7. Kur duart janë të thara, dorëzat dhe veshjet sterile kirurgjike mund të veshën.

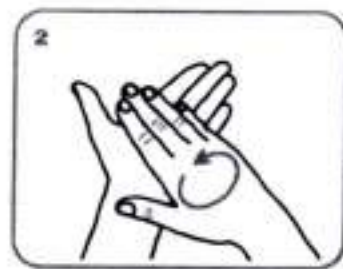
Shtojca 35. Larja higjienike e duarve



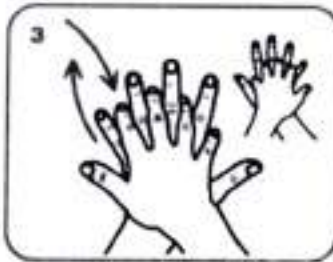
Lagni duart me ujë



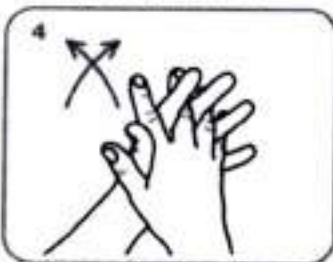
Aplikoni sasi të mjaftueshme të sapunit për të mbuluar tërë sipërfaqen e duarve



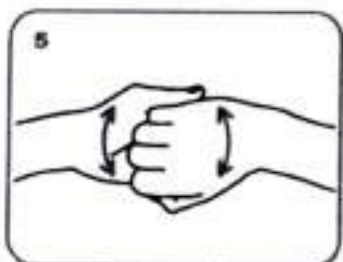
Fërkoni duart pëlëmbë me pëlëmbë



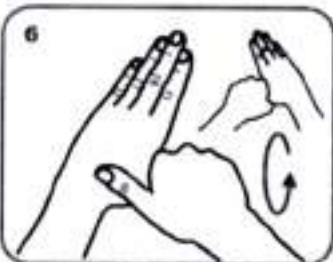
Pëlëmba e djathtë mbi kurrizin e majtë me gërshetim të gishtërinjve dhe anasjelltas



Pëlëmbë me pëlëmbë me gishtërinj të gërshetuar



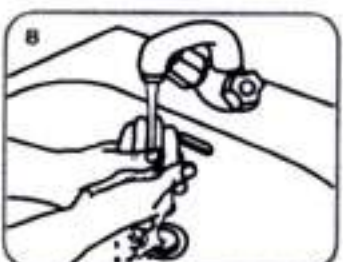
Pjesa e pasme e gishtërinjve në pëlëmbën përballë, me gishtërinjtë e bashkuar



Fërkim rrotullues i gishtit të madh të mbërthyer me pëlëmbën e djathtë dhe anasjelltas



Fërkim rrotullues para, mbrapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në pëlëmbën e majtë dhe anasjelltas



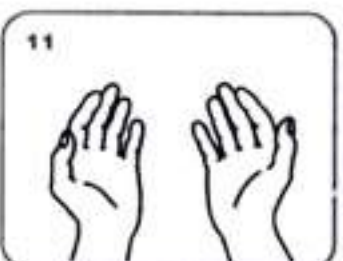
Shpëlani duart me ujë



Thajini duart mirë me një letër njëpërdorimëshe



Përdorni letërën për të mbyllur rubinetin



... tani duart tuaja janë të sigurta.

Kohëzgjatja e tërë procedures së larjes higjienike të duarve zgjat 40 – 60 sekonda.

Shtojca 36. Dezinfektimi i duarve

1a



Aplikoni produktin në tërë shuplakën

1b



2



Fërkoni duart,
shuplakë me shuplakë

3



Shuplaka e djathtë mbi
dorëzimin e majtë me
gërshetim të gishtërinjëve dhe
anasjelltas

4



Shuplaka me shuplakë me
gishtërinj të gërshetuar

5



Pjesa e pasme e gishtërinjëve
në shuplakën përballë me
gishtërinjtë e bashkuar

6



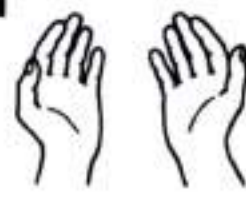
Fërkim rrotullues i gishtit të
madh të dorës së majtë të
mbërthyer me shuplakën e
majtë dhe anasjelltas

7



Fërkim rrotullues para, mbrapa
me gishtërinj të mbërthyer të
dorës së djathtë në shuplakën e
majtë dhe anasjelltas

8



Pasi të thahen, duart tuaja
janë të sigurta.

Kohëzgjatja e tërë procedures së dezinfektimit të duarve zgjat 20 – 30 sekonda.

65.PROCEDURA E STERILIZIMIT TË INSTRUMENTEVE DHE MATERIALEVE SANITARE

Qëllimi: i kësaj procedure të sterilizimit është zbatimi në mënyrë unike dhe të sigurt që të largon plotësisht të gjitha format e mikroorganizmave dhe sporet e tyre nga instrumentet dhe materialet sanitare.

Përgatitja për sterilizimin e instrumenteve dhe materialeve sanitare bëhet me qëllim të parandalimit të shfaqjes dhe transmetimit të infeksionit te pacientët, veten dhe mjedisin.

Kontrolli i sterilizimit është proces me të cilin kontrollohet mënyra e drejtë e kryerjes së sterilizimit gjatë gjithë kohës në institucionet shëndetësore të KDTSh.

PROCEDURA

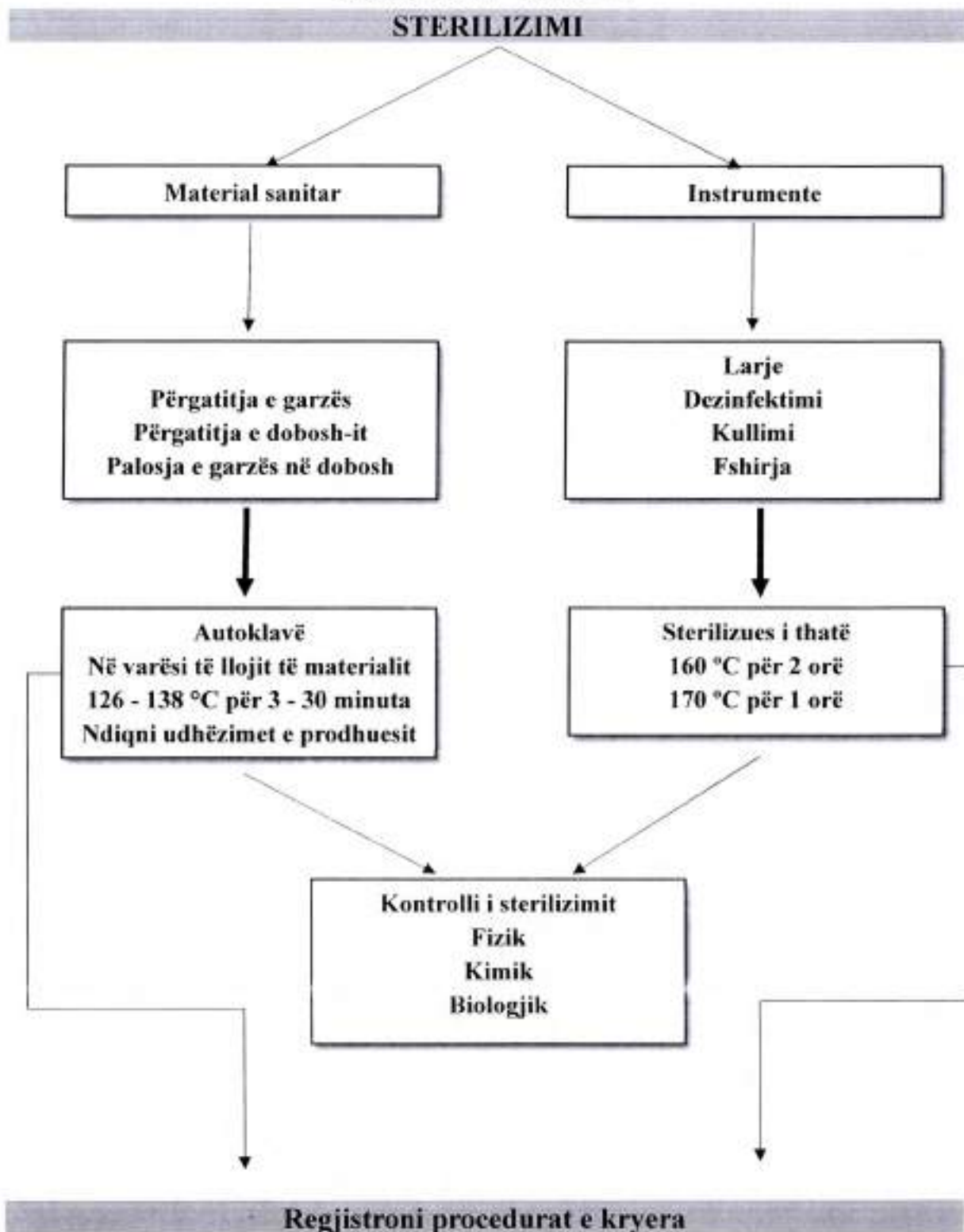
Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Dekontaminimi	Dekontaminimi i instrumenteve bëhet manualisht (mekanikisht) ose me anë të makinës: 1. Nëse është e mundur, instrumentet duhet të pastrohen dhe dezinfektohen menjëherë pas përdorimit; 2. Ndiqni me kujdes udhëzimet për përdorimin e agjentit të pastrimit (detergjentit); 3. Respektoni rreptësisht dozën dhe kohën e ekspozimit ndaj agjentëve të pastrimit dhe dezinfektimit (sipas udhëzimeve të prodhuesit); 4. Për të siguruar pastrim adekuat të instrumenteve është e nevojshme të hapet çdo instrument për të siguruar pastrim adekuat të instrumenteve dhe nëse janë pjesë - pjesë t'i demontoni ato; 5. Shpërlani me kujdes instrumentet nga detergjenti pas larjes manuale; 6. Pas larjes, instrumentet duhet detyrimisht të thahen.
[II]	Kontrolli i instrumenteve dhe përgatitjes për sterilizim	1. Çdo instrument, pas përfundimit të procedurës së pastrimit dhe dezinfektimit, i nënshtrohet një kontrolli të detajuar; 2. Kontrollohet cilësia e larjes (nëse është larje manuale) dhe funksionaliteti i instrumenteve; 3. Kontrolli i funksionalitetit të instrumenteve para sterilizimit mundëson zëvendësimin adekuat në kohë dhe parandalon komplikimet e mundshme në sallën e operacionit / ndërhyrjen.
[III]	Përgatitja e instrumenteve dhe materialit sanitar për sterilizim	Përgatitja e instrumenteve për sterilizim: 1. Instrumentet e përdorura duhet t'i nënshtrohen procesit të larjes dhe pastrimit mekanik të gjakut të tharë, qelbit dhe sekretimeve të tjera;

		2. Me furçë të butë lahet çdo instrument veç e veç dhe secila pjesë, veçanërisht pjesët e kyçeve dhe sipërfaqet jo të drejta (mos përdorni furça metalike për larjen e instrumenteve); 3. Lani instrumentet me ujë të ftohtë, pastaj me ujë të ngrohtë dhe zhytini ato në mjetin dezinfektues me koncentrimin e duhur sipas udhëzimeve të prodhuesit; 4. Instrumentet e dezinfektuara lahen mirë me kujdes nën shtypje të ujit, me mbrojtjen e detyrueshme të materialeve dhe instrumenteve nga dëmtimi fizik dhe termik, sepse trajtimi i ashpër dhe jo adekuat mund të shkaktojë dëme në instrumente; 5. Instrumentet e lara dhe të dezinfektuara vendosni në kompresat e garzës me shumë shtresa dhe në sipërfaqet e parashikuara për tharje dhe fshirje; 6. Instrumentet të thara mirë paktohen veç e veç ose vendosen në kutinë metalike, numri dhe lloji i instrumenteve varet nga intervenimi për të cilin këto sete përdoren; 7. Në kutinë metalike vendoset një shirit tregues i kontrollës së sterilizimit, regjistrohet data dhe koha e sterilizimit; 8. Kutia metalike gjysmë e hapur me instrumente vendoset në sterilizues; Përgatitja e materialit sanitar për sterilizim: 9. Garzë me forma dhe madhësi të ndryshme vendosen në kutinë metalike; 10. Kutia metalike mbushet me garzë që do të përdoren brenda 24 orëve; 11. Garzat palosen në mënyrë "sipër njëra tjetrës" për të lehtësuar qarkullimin e avullit të ujit për një sterilizim efikas; 12. Hapni hapjet anësore të kutisë.
[IV]	Paketimi i materialeve	1. Pas kontrollit të instrumenteve, paktohet seti për sterilizim; 2. Paketimi i drejtë i instrumenteve dhe materialeve siguron mbrojtjen adekuate të materialit steril dhe hapje të sigurt aseptike; 3. Lloji, përbërja dhe madhësia e çdo seti duhet të përpilohet sipas një liste të standardizuar; 4. Për çdo set duhet të bëhen listat e paketimit dhe të përpilohen nga persona përgjegjës që kanë përvojën dhe njohuritë e duhura në praktikë; 5. Stafi përgjegjës për paketimin e instrumenteve dhe materialit tjetër duhet të jetë në përputhje me përmbajtjen e listës së paketimit.

[V]	Sterilizimi me avull me presion - autoklavë (Shtojca 37)	1. Sterilizimi me avull të nxehtë me presion është proces i shkatërrimit të të gjitha llojeve të mikroorganizmave dhe sporeve të tyre nga instrumentet dhe materialet sanitare; 2. Kutia metalike e përgatitur me instrumente dhe kutia metalike me materialin sanitar vendosen në autoklavë. Koha, presioni dhe temperatura detyrimisht rregullohen sipas udhëzimeve të prodhuesit; 3. Temperatura për sterilizimin e materialit me avull duhet të matet nga koha e arritjes së temperaturës së synuar: prej 121 - 138 °C nën presionin 1.0 - 2.5 bar dhe kohë sterilizimi nga 3 - 30 min; <table><tr><th>Temperatura e synuar (°C)</th><th>Koha e sterilizimit (min)</th></tr><tr><td>132 - 138</td><td>3 - 10</td></tr><tr><td>121</td><td>8 - 30</td></tr><tr><td>115</td><td>35 - 45</td></tr><tr><td>111</td><td>80 - 180</td></tr></table> 4. Pas sterilizimit dhe kohës së ftohjes, mbyllni kutinë dhe hapjet anësore të kutisë dhe vendosni atë në vendin e caktuar dhe të sigurtë.	Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min)	132 - 138	3 - 10	121	8 - 30	115	35 - 45	111	80 - 180				
Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min)															
132 - 138	3 - 10															
121	8 - 30															
115	35 - 45															
111	80 - 180															
[VI]	Sterilizimi me nxehtësi të thatë (Shtojca 38)	1. Me nxehtësi të thatë sterilizohen mjetet që i rezistojnë temperaturës së lartë - mjetet prej qelqi dhe metali (instrumentet); 2. Temperatura për sterilizimin e instrumentit në një sterilizues të thatë duhet të matet nga koha e arritjes së temperaturës së synuar: <table><tr><th>Temperatura e synuar (°C)</th><th>Koha e sterilizimit (min)</th></tr><tr><td>190</td><td>6</td></tr><tr><td>180</td><td>30</td></tr><tr><td>170</td><td>60</td></tr><tr><td>160</td><td>120</td></tr><tr><td>150</td><td>150</td></tr><tr><td>105 - 135</td><td>Gjatë natës</td></tr></table> 3. Nëse përdoren temperatura më të larta, instrumentet e mprehta mund të dëmtohen; 4. Pas sterilizimit dhe kohës së ftohjes (koha optimale është 60 minuta), mbyllni kutinë metalike dhe hapjet e saja dhe vendosni në vendin e caktuar dhe të sigurtë.	Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min)	190	6	180	30	170	60	160	120	150	150	105 - 135	Gjatë natës
Temperatura e synuar (°C)	Koha e sterilizimit (min)															
190	6															
180	30															
170	60															
160	120															
150	150															
105 - 135	Gjatë natës															
[VII]	Sterilizimi me peroksid hidrogjeni - plazma sterilizimi	1. Plazma është një mjet sterilizimi nga peroksidi i hidrogjenit (H₂O₂), në fushën e valëve elektromagnetike me frekuencë të lartë; 2. Nën efektin e energjisë së valës me frekuencë të lartë, peroksidi i hidrogjenit shpërbëhet në radikale të lira që kanë efekt mikrobicid;														

		3. Pas ndërprerjes së valëve elektromagnetike, plazma zbërthehet në ujë dhe oksigjen, të cilat janë krejtësisht të padëmshme për njerëzit dhe mjedisin; 4. Metoda e plazmës sterilizon instrumentet dhe materialin tjetër mjekësorë, d.m.th., materialet që nuk mund t'i rezistojnë temperaturave të larta ose dëmtohen nga avulli, si: kamera, përçues elektrikë, optikë, instrumente metalike dhe kromi, materiale të tjera termike të qëndrueshme (silikoni, najlon, plastikë, teflon); 5. Procedura zhvillohet në vakum; 6. Pas evakuimit të ajrit, 1 - 1.5 ml tretësirë peroksid hidrogjeni 60% injektohet (vendoset) në hapësirën e sterilizatorit; 7. Procesi i sterilizimit zhvillohet në temperaturën prej 37 - 55°C dhe në kohë zgjatje 55 - 75 minuta, në varësi të udhëzimeve nga prodhuesi; 8. Materialet që përmbajnë celulozë (letër dhe tekstil) nuk mund të sterilizohen.
[VIII]	Kontrolli i sterilizimit	1. Metoda fizike është një metodë indirekte që konstaton që temperatura dhe presioni në autoklavë, ose temperatura në sterilizues të thatë, janë arritur dhe realizohet duke monitoruar termometrin dhe manometrin; 2. Metoda kimike është një metodë indirekte dhe bazohet në ndryshimin e lëndës kimike për shkak të efektit të temperaturës. Realizohet duke përdorur shirita të veçantë tregues që ndryshojnë ngjyrën pasi të arrihet temperatura prej 160 °C; 3. Metoda biologjike është një metodë e drejtpërdrejtë dhe gjithashtu më e besueshme, sepse kontrollon drejtpërdrejt efikasitetin e eliminimit të mikroorganizmave. Realizohet duke përdorur spore bakteriale në formën e treguesve biologjikë. Kontrolli biologjik i detyrueshëm kryhet edhe kur sterilizuesi vihet në punë, pas një mosfunksionimi ose zhvendosjeje të sterilizuesit; 4. Secili proces sterilizues regjistrohet në librin e sterilizimit, si dëshmi mbi gjetjet e kontroleve të sterilizimit dhe vlefshmërisë së sterilizimit.
[IX]	Masat e kujdesit	1. Kontrolloni pastërtinë dhe funksionin e instrumenteve pas larjes së instrumenteve; 2. Para sterilizimit, mbyllni instrumentet në dhëmbin e parë; 3. Instrumentet me sipërfaqe me kyçe (nyje) mirëmbani sipas udhëzimeve të prodhuesit;

		4. Infermieri obligohet të monitorojë performancën e pajisjes (temperatura e arritur, presioni, rënia e tensionit ose ndërprerja e energjisë elektrike); 5. Në rast të ndërprerjes së energjisë, përsëritni procedurën e sterilizimit, përveç nëse ndërprerja është shumë e shkurtër dhe nuk ndikoi në uljen e temperaturës; 6. Nëse i njëjti person që ka filluar procesin nuk e përfundon sterilizimin, shkruani emrin dhe mbiemrin e infermierit që ka përfunduar procedurën në regjistrin e sterilizimit; 7. Kutitë metalike të instrumenteve që nuk janë hapur, konsiderohen të jenë sterile për 72 orë; 8. Materiali steril i cili përdoret 24 orë pas sterilizimit, nuk është më steril; 9. Siguria e materialit steril duhet të jetë e sigurt; 10. Kur ka dyshime për sterilizimin e materialit, përsëritni procesin e sterilizimit.
[X]	Regjistrimi i procedurës së sterilizimit	Në regjistër të shënohen: 1. Data (data, muaji, viti); 2. Lloji i materialit që do të sterilizohet; 3. Kohën kur u aktivizua sterilizuesi (fillimi); 4. Lartësia e temperaturës së sterilizimit (°F ose °C); 5. Koha e arritur e temperaturës së kërkuar (minuta); 6. Kohëzgjatja e sterilizimit (minuta); 7. Koha kur u mbyll sterilizuesi. 8. Nënshkrimi i infermierit që kreu përgatitjen dhe realizimin e sterilizimit.



66.PROCEDURA PËR MENAXHIMIN E MBETJEVE TË MPREHTA

Qëllimi: i procedurës është të zvogëlojë / parandalojë dëmtimet dhe infeksionet e mundshme duke asgjësuar në mënyrë të sigurt dhe të duhur mbetjet e mprehta.

Mbetjet e mprehta janë mbetje spitalore të rrezikshme që përfshijnë të gjitha sendet e infektuara apo të pa infektuara duke përfshirë dhe mos u kufizuar vetëm tek gjilpërat, shiringat, lancetat, bisturitë, gërshërët, tubat kapilarë dhe instrumentet e tjera të mprehta, që mund të shkaktojnë infektim ose lëndime si gërvishtje, shpime, prerje, etj.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Kuti sigurie për hedhjen e mbetjeve të mprehta që janë për një përdorim	1. Mbetjet e mprehta, të tilla si: gjilpërat, bisturitë, lancetat dhe instrumentet mjekësore për një përdorim, hidhen në një kuti sigurie të ndërtuar për këtë qëllim; 2. Kutia e sigurisë duhet të jetë prej kartonit të fortë apo plastikës së ngurtë, i padepërtueshëm për përmbajtjen dhe i ndërtuar në atë mënyrë që mbetjet e mprehta nuk mund të shpojnë atë, duhet të pamundëson të bien përmbajtja, si dhe dëmtimet dhe transmetimet e infeksionit tek personat që depozitojnë mbeturinat ose që trajtojnë mbeturinat; 3. Infermieri përgatit kutin e sigurisë për mbetje të mprehta dhe bën shënjimin; 4. Shënoni informacionin në etiketë: - burimi i mbeturinave (emri i njësisë / repartit / departamentit / klinikës); - kategoria dhe kodi i mbeturinave (emri i mbetjeve të mprehta dhe kodi nr. ____); - mbyll kutin e sigurisë; - shkruani kohën dhe datën e mbylljes; 5. Kutia e sigurisë duhet të jetë e vendosur afër vendit ku përdoren mbetjet e mprehta, për aq sa lejon praktikimi (në karrocën e terapisë).
[II]	Hedhja e mbetjeve të mprehta	1. Të bëhet në mënyrë të sigurt, e cila nuk do të rrezikojë personin që bën hedhjen e mbetjeve të mprehta të kontaminuara; 2. Në varësi nga masa e materialit të asgjësueshëm për të cilën është projektuar kutia e sigurisë, hapja duhet që në kushte normale të përdorimit, të pengojë heqjen e përmbajtjes;

		- Hapja duhet të jetë aq e gjerë sa të lejojë materialet e asgjësueshme të hidhen në kuti duke vepruar vetëm me një dorë [p.sh.: pas përdorimit të gjilpërës nuk rekomandohet kthimi i mburojës (kapakut) në gjilpërë, por gjilpëra hidhet së bashku me shiringën në kutinë e sigurisë. Në rastet kur kërkohet që mburoja (kapaku) e gjilpërës të kthehet, përdorni metodën "me një dorë" (p.sh. stilolaps insulinë)]; - Nëse kutia e sigurisë nuk është në vendin e intervenimit, atëherë gjilpëra e kontaminuar nuk bartet me duar, por në enën veshkore, dhe pastaj duke përdorur pincetën hidhet në kutinë e sigurisë; - Gjatë vizitës së pacientit në shtëpi, është përgjegjësi e secilit profesionist shëndetësor që të kthejë në institucion në mënyrë të sigurt mbetjet e mprehta të përdorura dhe pastaj të vazhdojë sipas procedurës.
[III]	Menaxhimi i kutisë së sigurisë për mbetjet e mprehta	- Kutia për hedhjen e mbetjeve të mprehta duhet të jetë në përputhje me Standardin Britanik BS 7320:1990 në lidhje me rezistencën ndaj depërtimit dhe ndaj rrjedhjes pas rënies vertikale dhe përmbysjes ose specifikimeve të ngjashme për kontejnerët e të mprehtave; - Nëse janë të përfshira kapakë të lëvizshëm, ato duhet të jenë të projektuara në mënyrë të tillë që nuk është kurrë e nevojshme për të shtyrë materialet në kuti me dorë; - Kutia duhet të jetë e tillë që të mbyllet në mënyrë të sigurt, të mbetet e mbyllur gjatë transportit dhe të mos lejojë rrjedhje; - Kur është e mundur, të jetë i pajisur me një dorezë që nuk është pjesë e pajisjes mbyllëse; - Të afta për t'u djegur në mënyrë të sigurtë dhe nuk duhet të përbëhet nga polivinil kloruret (PVC); - Kutia e sigurisë duhet të mbushet deri në 2/3 e vëllimit të saj dhe pastaj të mbyllet, pa pasur mundësi të rihapet (të jetë e shënuar në mënyrë të dukshme me një vijë horizontale për të treguar kur kutia e mbetjeve të mprehta është e mbushur ndërmjet 70% dhe 80% të vëllimit të saj maksimal; - Pas mbylljes së kutisë së sigurisë, infermieri e dorëzon kutinë e sigurisë tek higjienisti, i cili e vendos kutinë e sigurisë në hapësirën e përkohshme të depozitimit të mbeturinave në institucion dhe më pas sipas orarit ditor të depozitimit të mbeturinave, transferon kutinë e sigurisë në hapësirën qendrore për depozitim të mbeturinave infektive në institucion; - Çdo pranim - dorëzim i mbeturinave mjekësore regjistrohet: - vendndodhja e gjenerimit të mbeturinave,

		- llojin e mbeturinave me kodin e mbeturinave, - sasinë e mbeturinave, - data dhe ora e dorëzimit, - nënshkrimi i personit që ka dorëzuar mbeturinat, - nënshkrimi i personit që i ka pranuar mbeturinat, 9. Çdo punëtor në rast lëndimi me mjete të mprehta, duhet të lajmërohet tek kryeinfermieri dhe koordinatori i cilësisë të institucionit.
--	--	---

67.PROCEDURA E ASGJËSIMIT TË GJAKUT DHE SEKRECIONEVE NGA ASPIRATORI

Qëllimi: i procedurës është të udhëzoj infermierët për mënyrën e duhur, të sigurt dhe unike të dezinfektimit, pastrimit dhe larjes së aspiratorit dhe asgjësimit të gjakut dhe sekrecioneve të akumuluar.

Gjaku dhe sekrecionet që grumbullohen në aspirator konsiderohen mbetje biologjike, grumbullimi dhe asgjësimi i të cilave i nënshtrohet procedurave të veçanta të asgjësimit për parandalimin e infeksionit.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Materialet dhe pajisjet e nevojshme	1. Paketimin adekuat për asgjësimin e mbetjeve të lëngëta mjekësore; 2. Doreza për një përdorim; 3. Maska kirurgjikale; 4. Përparëse mbrojtëse PVC; 5. Syze sigurie; 6. Dezinfektues; 7. Sapun i lëngshëm.
[II]	Veprimet	1. Lani duart dhe vendosni dorezat, 2. Vendosni maskën, syzet dhe mantelin njëpërdorimshëm; 3. Në një dhomë të veçantë, hiqni shishet e qelqit të aspiratorit dhe zbrazni me kujdes në paketimin për asgjësimin e mbetjeve të lëngshme mjekësore; 4. Mbyllni paketimin në mënyrë adekuate dhe ia dorëzoni higjienistit, i cili e çon atë në një vend të dedikuar për asgjësimin e përkohshëm të mbetjeve mjekësore; 5. Lagni shishen, kapakun dhe tubat (sondat) e aspirimit në një solucion dezinfektues sipas udhëzimit të prodhuesit; 6. Pas përfundimit të dekontaminimit, shpërlani mirë të gjitha pjesët e aspiratorit nën ujë të rrjedhshëm; 7. Lëreni shishen, kapakun dhe tubat (sondat) të thahen; 8. Pasi të keni tharë shishen, kapakun dhe tubat (sondat), vendosni (lidheni) në aspirator;

		9. Largoni veshjet mbrojtëse dhe vendoseni në kutinë për mbetjet infektive.
[III]	Masat e kujdesit	1. Gjatë asgjësimit të gjakut dhe sekrecioneve, duhet të përdoren pajisje mbrojtëse (syze, maskë, mantel njëpërdorimshëm dhe doreza).
[IV]	Dokumentimi	Infermieri regjistron çdo dorëzim të mbetjeve infektive në dokumentacionin shëndetësor: 1. vendi i gjenerimit të mbetjeve (ndërrhyrje, shërbim, klinikë); 2. lloji i mbetjeve; 3. sasia e mbeturinave; 4. data dhe ora e dorëzimit; 5. emri, mbiemri dhe nënshkrimi i personit që ka dorëzuar mbetjet dhe i personit që i pranon (grumbullon) ato.

68. PROCEDURA PËR TRAJTIMIN E PACIENTIT ME INFEKSION SPITALOR

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i veprimeve infermierore në trajtimin e pacientit që është zhvilluar një infeksion spitalor.

Infeksion spitalor është çdo infeksion i shfaqur gjatë qëndrimit të pacientit në institucionet e kujdesit shëndetësor dytësor dhe tretësor, e cila gjendje nuk ishte prezentë para shtrimit të tij në institucionin shëndetësor.

Nëse gjetjet klinike ose mikrobiologjike tregojnë për shfaqjen e një infeksioni spitalor, është e nevojshme të merren të gjitha masat për të ndaluar përhapjen e infeksionit. Te pacienti i cili është zbuluar prania e infeksionit spitalor apo kolonizimi, infermieri zbaton masat e izolimit dhe ndërmerr masa të tjera të përgjithshme dhe specifike për të parandaluar përhapjen e infeksioneve spitalore.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Hapësira, mjetet dhe materialet e dhomës së izolimit	1. Dhoma e pacientit shënohet me shenjën "Izolimi"; 2. Lavaman dhe tualet; 3. Sapun të lëngshëm dhe dezinfektues; 4. Peshqir letre për tharjen e duarve; 5. Qese për asgjësimin e rrobave të kontaminuara, të cilat nuk duhet të vijnë në kontakt me rroba të tjera të ndotura; 6. Kutë për mbetje infektive; 7. Mjete tjera plotësuese për kujdesin ndaj pacientit; 8. Sphygmomanometër, stetoskop, termometër dhe pajisje të tjera të nevojshme; 9. Instrumente dhe material për lidhjen e plagës së pacientit sipas nevojës; 10. Krevati i pacientit, raftet, tualeti, dorezat e rubinetit, xhami i dyerve, etj., duhet të pastrohen çdo ditë me detergjent dhe ujë të ngrohtë. 11. Siguroni veshje mbrojtëse për personelin para dhomës së izolimit: kapelë, maskë, syze, doreza, mantel njëpërdorimshëm, mbulesa të këpucëve.
[II]	Qasja e personelit në	1. Vetëm personeli i nevojshëm hyn në dhomën e izolimit;

	dhomën e izolimit	2. Gjatë hyrjes në dhomën e izolimit, personeli duhet të mbajë veshje mbrojtëse (kapelë, maskë, syze, doreza, mantel njëpërdorimshëm, mbulesat e këpucëve); 3. Pas përfundimit të ndërhyrjes, personeli heq me kujdes dhe vendos veshjet mbrojtëse në kutin e mbeturinave infektive, lan dhe thanë duart me peshqir letre dhe më pas dezinfektoni.
[III]	Trajtimi i pacientit në izolim	1. Pacienti nuk del nga izolimi, përveçse kur kërkohet për procedura diagnostikimi ose terapeutike, me respektim të rreptë të masave të izolimit; 2. Mbahet higjienë e shtuar për pacientin, me theks të veçantë në larjen e duarve.
[IV]	Masat e kujdesit	1. I gjithë materiali i nevojshëm që mbetet në dhomën për izolim përdoret ekskluzivisht vetëm për pacientin që vendoset në izolim; 2. Gjatë izolimit të pacientëve psikiatrikë, materiali i nevojshëm ruhet në zonën e izolimit në mënyrë të përshtatshme dhe të sigurt.
[V]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron të gjitha procedurat e kryera në dokumentacionin shëndetësor, i cili ndodhet në dhomën e izolimit; 2. Raportimi i infeksioneve spitalore është detyrim ligjor.

KAPITULLI VIII – SIGURIA E PACIENTIT

69

PROCEDURA E VLERËSIMIT TË RREZIKUT DHE PARANDALIMIT TË RREZIKUT NË KUSHTE SPITALORE

70

PROCEDURA E ANALIZIMIT DHE RAPORTIMIT TË INCIDENTIT

69. PROCEDURA E VLERËSIMIT TË RREZIKUT DHE PARANDALIMIT TË RRËZIMIT NË KUSHTET SPITALORE

Qëllimi: i kësaj procedure është të përcaktojë procesin e vlerësimit të rrezikut të rrëzimit, masat e parandalimit dhe procedurën në rast të rrëzimit të pacientit.

Rrëzimi është si pasojë e humbjes së papritur të ekuilibrit që rezulton në një ndryshim të papritur, jo të qëllimshëm të pozicionit të trupit, që e çon personin në një nivel më të ulët, në një objekt, në dysheme ose në tokë. Rrëzimet në spitale shpesh rezultojnë në zgjatjen e trajtimit, rimëkëmbjes dhe shfaqjen e komplikimeve të reja te pacientët.

Vlerësimi i rrezikut dhe ndërhyrjet në parandalimin e rrëzimeve janë të detyrueshme.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Kriteret për vlerësimin e rrezikut	1. Të moshuarit; 2. Ecje e paqëndrueshme (etiologji të ndryshme); 3. Probleme me shikimin; 4. Lëvizshmëri e zvogëluar dhe përdorimi i ndihmës; 5. Ndryshime në gjendjen mendore; 6. Dëmtimi kognitiv; 7. Rrëzimet e mëparshme; 8. Sëmundjet akute dhe kronike; 9. Barnat e përdorura nga pacienti; 10. Mungesa e mjeteve ndihmëse; 11. Çrregullimi i gjumit; 12. Koha pas operacionit; 13. Pamundësia për t'u kujdesur për veten.
[II]	Faktorët e jashtëm të rrezikut	1. Shtrati me defekt (frenat, anësoret e shtratit); 2. Dysheme e lagur; 3. Distanca e largët e tualetit nga dhoma e pacientit; 4. Mungesa ose largësia e ziles së thirrjes për ndihmë; 5. Këpucët e papërshtatshme të pacientit; 6. Mungesa e mjeteve ndihmëse ortopedike (paterica, mjete ndihmëse); 7. Ndriçim i ulët.

[III]	Faktorët e brendshëm të rrezikut	1. Dobësi e përgjithshme, marramendje, lodhje; 2. Shikim i ulët; 3. Probleme me lëvizjen; 4. Rrëzimet e mëparshme; 5. Statusi mendor (shqetësim, çorientim, çrregullime në gjykim dhe mendim); 6. Sëmundjet akute (intoksikim akut nga alkooli dhe substanca të tjera psikoaktive, hipotension ortostatik, goditje në tru, ethe, gjendje post operatore); 7. Sëmundje kronike (diabeti, katarakti, glaukoma, artriti, demenca, deficit neurologjik); 8. Barnat që ndikojnë në SNQ (sedativët, antipsikotikët, antikonvulsantët); 9. Barnat për sëmundjet kronike (antihipertenzivët, diuretikët, antidiabetikët); 10. Polipragmazia (përdorimi i shumëfishtë i barnave); 11. Eliminimi dhe urgjenca e eliminimit (urinim dhe diarre e shpeshtë).
[IV]	Veprimet në rast të rrëzimit në kushtet spitalore	1. Qëndroni të qetë dhe mos krijoni panik; 2. Jepni ndihmën e parë dhe vendosni pacientin në një vend të sigurt; 3. Thirrni dhe njoftoni mjekun; 4. Nëse është e mundur, konsultoni pacientin për të përshkruar ngjarjen dhe shkakun e rënies; 5. Nëse pacienti nuk është në gjendje të përshkruajë ngjarjen, pyetni të tjerët që kanë qenë në vendin e rënies; 6. Kontrolloni pacientin dhe përcaktoni nëse ka lëndime; 7. Veproni sipas udhëzimeve të mjekut (përshkruani shenjat vitale, imobilizimi, aplikimi i terapisë, diagnostikimi i mëtejshëm); 8. Kontrolloni shpesh pacientin, matni shenjat vitale, vëzhgoni; 9. Bisedoni me pacientin për të kapërcyer frikën nga rrëzimi; 10. Përsëritni vlerësimin e rrezikut nga rrëzimi (shkalla Morse).
[V]	Masat parandaluese dhe të kujdesit	1. Mblidhni të dhëna duke rishikuar dokumentacionin mjekësor dhe infermieror; 2. Bëni një konsultë me pacientin dhe vëzhgoni atë;

		3. Përcaktoni sigurinë dhe identifikoni faktorët e jashtëm të rrezikut (përdorimi i patericave dhe mjeteve ndihmëse, funksionaliteti i krevatit dhe pengesave); 4. Përdorni shkallën Morse për të kryer vlerësimin e rrezikut nga rrëzimi (tabela 4). 5. Kontrolloni ose vizitoni më shpesh pacientin që është vlerësuar me rrezik të lartë për rrëzim; 6. Pas aplikimit të terapisë, mbikëqyrni pacientin dhe ofroni mbështetje sipas nevojës; 7. Siguroni komunikim të efektshëm brenda ekipit të infermierëve (menaxhimi i duhur i dokumentacionit infermieror dhe dorëzimi i shërbimit - vizita infermiere në dhomën e pacientit); 8. Respektoni protokollet e spitalit (pastrimi i dysHEMEVE, banjave, raportimi i defekteve).
[VI]	Dokumentimi	1. Në rastin e rrëzimit të pacientit, infermieri në bashkëpunim me mjekun plotëson: - formularin e incidentit; - formulari i shkallës Morse për vlerësimin e rrezikut nga rënia; - formulari për kategorizimin dhe vlerësimin e nivelit të kujdesit; - plani i kujdesit infermieror/shëndetësor.

Tabela 4. Shkalla Morse e vlerësimit të rrezikut për rrëzim

FAKTORËT E RREZIKUT	PËRSHKRIM	PIKËT
Rrëzime të mëparshme	Po	25
	Jo	0
Diagnoza të tjera mjekësore	Po	15
	Jo	0
Ndihma për lëvizje	Mobile	30
	Patrica, bastun, këmbësor	15
	Nuk përdor mjete ndihmëse	0
	Pushimi në shtrat	
	Lëvizja me ndihmën e një personi tjetër, karrige me rrota	
Infuzion, kateter	Po	20
	Jo	0
Qëndrimi/zhvendosja	I paqëndrueshëm (vështirësi për të qëndruar në këmbë)	20
	I dobët	10
	Normal, pushimi në shtrat, i palëvizshëm	0
Statusi mendor	Harron kufizimet	15
	I orientuar në raport me lëvizshmërinë e vet	0

Tabela 4a – Poentimi i shkallës Morse të vlerësimit të rrezikut për rrëzim

Pikët (0 – 125)	Rezultati	Procedurat e infermierit
0 – 24 pikë	Rrezik i ulët për rrëzim	- Kujdesi bazë shëndetësor.
25 – 44 pikë	Rrezik i moderuar për rrëzim	- Masat standarde për parandalim të rrëzimit, - Identifikoni faktorët e rrezikut për rrëzim, - Konceptimi dhe zbatimi i masave parandaluese - zbutja, heqja dhe/ose parandalimi i faktorëve të rrezikut për rrëzim. - Informoni pacientin për rrezikun e rrëzimit, - Këshilloni dhe edukoni për masat parandaluese, - Njoftoni mjekun.
45 e më shumë pikë	Rrezik i lartë për rrëzim	- Masat parandaluese për rrezik të lartë të rrëzimit, - Identifikoni faktorët e rrezikut për rrëzim, - Konceptimi dhe zbatimi i masave parandaluese - zbutja, heqja dhe/ose parandalimi i faktorëve të rrezikut për rrëzim, - Njoftoni pacientin për mundësinë e rrezikut të lartë për rrëzim, - Këshilloni dhe edukoni për masat parandaluese, - Njoftoni mjekun.

70. PROCEDURA E ANALIZIMIT DHE RAPORTIMIT TË INCIDENTIT

Qëllimi: i procedurës është të ndërtohet një qasje sistematike, që modifikon kushtet që çojnë në shfaqjen e rezultateve të pafavorshme.

Ofrimi i shërbimeve shëndetësore është një fushë me rrezik të lartë sepse aplikimi i masave mjekësore shpesh lidhet me një rezultat të padëshirueshëm që mund të rezultojë prej tyre ose në lidhje me to (ndërhyrje në pacientin e gabuar, transmetim i infeksionit, rrëzimit, doza e tepërt e rrezatimi, etj.).

Detyra themelore e institucioneve shëndetësore është garantimi i sigurisë në proceset e ofrimit të shërbimeve shëndetësore (shmangien, parandalimin dhe reduktimin e mundshëm të rezultateve të padëshirueshme) dhe të krijojë një sistem efikas dhe efektiv për raportimin dhe analizimin e situatave të incidentit.

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN - HAPAT
[I]	Raportimi verbal i situatës së incidentit dhe veprimeve të punonjësve	1. Në rast incidenti, punonjësi në punën e të cilit ka ndodhur incidenti është i detyruar të informojë menjëherë në mënyrë verbale udhëheqësin. Njoftimi bëhet sa më shpejt që të jetë e mundur, gjë që varet nga vlerësimi i situatës së incidentit sipas kategorisë së rrezikut; 2. Udhëheqësi i njësisë organizative do të përcaktojë situatat e incidentit për të cilat punonjësit janë të detyruar ta informojnë menjëherë, pavarësisht se në çfarë ore të ditës apo të natës; 3. Për situatat e incidentit me rrezik jashtëzakonisht të lartë, udhëheqësi i njësisë organizative është i obliguar që sa më parë të informojë verbalisht drejtorinë e institucionit; 4. Çdo punëtor është i detyruar të ndërmarrë të gjitha aktivitetet që parandalojnë shfaqjen e dëmit, pra reduktojnë pasojat e dëmshme të një ngjarjeje (telefonimi i mjekut/infermierit, thirrja e punonjësve të shërbimit të mbrojtjes së brendshme, shërbimit të sigurisë në punë dhe mbrojtjes nga zjarri, etj.).
[II]	Raportimi me shkrim dhe hetimi i situatës së incidentit	1. Çdo situatë incidenti i nënshtrohet detyrimit për të raportuar me shkrim në shërbimin kompetent. Raporti dorëzohet në një formular të përbërë nga dy pjesë. Pjesa e parë është raporti i situatës së incidentit dhe pjesa e dytë është analiza e situatës së incidentit; 2. Raporti i incidentit plotësohet nga punonjësi në punën e të cilit ka ndodhur incidenti dhe raporti i dorëzohet menjëherë udhëheqësit. Nëse incidenti ka ndodhur gjatë punës së udhëheqësit të njësisë organizative, ai/ajo e plotëson raportin dhe ia dorëzon udhëheqësit kompetent, i cili zhvillon procedurat e

	mëtejshme në përputhje me këtë procedurë ose cakton një punonjës/ekip tjetër për të zhvilluar procedurën; 3. Nëse punonjësi, në punën e të cilit u shfaq një situatë incidenti, ka vështirësi gjatë plotësimit të raportit, udhëheqësi menjëherë do t'i sigurojë atij ndihmën e nevojshme; 4. Nëse punonjësi, në punën e të cilit ka ndodhur një situatë incidenti, nuk e raporton dhe një punonjës tjetër ka dijeni për këtë, ai është i detyruar të njoftojë menjëherë udhëheqësin. Udhëheqësi menjëherë është i detyruar të marr masa për plotësimin e raportit dhe për të kryer veprime të tjera; 5. Nëse edhe pas kërkesës nga nën hapi paraprak, nuk bëhet raportimi, punonjësi që ka dijeni për situatën e incidentit duhet të raportojë pranë shërbimit kompetent; 6. Udhëheqësit të cilit i është dorëzuar raporti, vlerëson nivelin e rrezikut dhe ndjek hetimin e mëtejshëm të situatës së incidentit sipas atij vlerësimi; 7. Gjatë analizës, rrethanat në të cilat ka ndodhur ngjarja, pasojat që ka shkaktuar, masat e marra për eliminimin/uljen e pasojave të dëmshme, konsiderohen masat që do të merren për eliminimin/uljen e pasojave të dëmshme të rastit konkret dhe masat për të merren në punën e ardhshme për të parandaluar shfaqjen e një situatë incidenti; 8. Nëse është e nevojshme, niveli i rrezikut do të rishikohet; 9. Pasi udhëheqësi sigurohet që analiza është kryer (shënimet e takimit, deklaratat e pjesëmarrësve në situatën e incidentit, etj.), plotësohet pjesa e dytë e formularit; 10. Plotësimi i pjesës së dytë të formularit (analiza e situatës së incidentit, raporti dhe propozimi i masave) për situata incidentesh me rrezikshmëri shumë të ulët, të ulët dhe të mesme (të shënuara me ngjyrë të GJELBËR, VERDHË dhe ORANXH) kryhet nga drejtuesi / infermieri përgjegjës i njësisë organizative; 11. Nëse situata e incidentit është shkaktuar nga udhëheqësi / kryeinfermieri i njësisë organizative, udhëheqësi i institucionit menjëherë cakton një ekip që të analizojë dhe plotësojë formularin; 12. Para se të dorëzohet te Komiteti për cilësi dhe siguri të shërbimeve shëndetësore (Koordinatori për cilësi dhe siguri të shërbimeve shëndetësore), formulari duhet të plotësohet në tërësi, i cili përfshin veçanërisht masat e marra dhe parandalimin e punës në të ardhmen. Formulari i plotësuar dorëzohet brenda 24 orëve nga incidenti;
--	--

		13. Në rast incidenti me rrezikshmëri të lartë (i shënuar me ngjyrë të [REDACTED]): - Hetimi dhe analiza kryhet nga udhëheqësi i njësisë organizative ose një punonjës/ekip i caktuar prej tij për të hetuar incidentin e dhënë, i cili nuk është i përfshirë në incident; - Nëse është e nevojshme, ai mund të kërkojë që koordinatori për cilësi dhe siguri të shërbimeve shëndetësore të përfshihet në hetim; - Udhëheqësi i njësisë organizative ose punonjësi i autorizuar prej tij për hetimin, plotëson pjesën e dytë të formularit (analizën, situatat e incidentit, raportin dhe masat e propozuara) dhe ia dorëzon formularin e plotësuar Komitetit për cilësi dhe siguri të shërbimeve shëndetësore brenda 24 orëve nga momenti i incidentit; - Nëse ekzaminimi nuk mund të përfundojë brenda këtij afati, në raport duhet të përcaktohen masat e marra, me shënimin se pjesa e mbetur e raportit do të dorëzohet brenda një afati që nuk mund të kalojë një ditë pune; - Nëse ekzaminimi dhe analiza është kryer nga një punonjës tjetër me urdhër të udhëheqësit të njësisë organizative, nënshkrimi i pjesës së dytë të formularit duhet të bëhet edhe nga udhëheqësi i njësisë organizative; 14. Në rast incidenti me rrezik jashtëzakonisht të lartë (i shënuar me ngjyrë të [REDACTED]): - Udhëheqësi i njësisë organizative do t'ia dorëzojë formularin Komitetit për cilësi dhe siguri të shërbimeve shëndetësore brenda 24 orëve nga momenti i ndodhjes së incidentit; - Formulari i aplikimit duhet të plotësohet në tërësi; - Hetimi, përcaktimi i shkakut dhe propozimi i masave parandaluese, pra përmirësimi i cilësisë, do të kryhet nga një ekip i caktuar nga drejtori i institucionit / ndihmës drejtori për çështjet mjekësore; - Udhëheqësi i njësisë organizative, me rastin e paraqitjes së formularit të plotësuar, mund të propozojë menjëherë një anëtar të njësisë organizative që do t'i bashkohej ekipit. Anëtari i propozuar nuk mund të jetë një punonjës i përfshirë në incident; - Krahas detyrimit për raportim, punonjësi në punën e të cilit ka ndodhur një situatë incidenti, është i detyruar të shënojë
--	--	--

		shfaqjen e situatës së incidentit në dokumentacionin mjekësor (anamnezën e sëmundjes, dokumentacionin infermieror, dokumentacionin tjetër), si dhe shënimin e shpjegimeve dhe udhëzimet e dhëna pacientit / anëtarëve të familjes / personave të tjerë në lidhje me situatën e incidentit;
[III]	Raportime të veçanta në situata të incidentit (rrezatimit jonizues, barnave dhe pajisjeve mjekësore, aktiviteteve të transfuzionit dhe dekubitit)	1. Ekzaminoni, regjistroni dhe raportoni ngjarjet e jashtëzakonshme (aksidente dhe incidente) në fushën e rrezatimit jonizues; 2. Monitoroni dhe raportoni efektet e padëshiruara të barit; 3. Monitoroni dhe raportoni defektet që lidhen me pajisjet mjekësore; 4. Analizoni dhe raportoni reaksione të padëshiruara gjatë transfuzionit; 5. Parandaloni dhe raportoni infeksionet spitalore; 6. Raportoni sëmundjet infektive dhe procedurën e përdorur; 7. Parandaloni zhvillimin e dekubitit; 8. Raportoni të gjitha ngjarjet e tjera që sipas përcaktimit kanë karakterin e një situatë incidenti.
[IV]	Monitorim i mëtejshëm i situatës së incidentit	1. Kryeinfermieri / infermieri përgjegjës i njësisë organizative është përgjegjës për monitorimin e mëtejshëm të situatës së incidentit, pas raportimit; 2. Detyrimi i tyre është të ndërmarrin aktivitetet e nevojshme për eliminimin ose zvogëlimin e pasojave të dëmshme për aq kohë sa ka nevojë për të, pra të sigurojnë zbatimin e aktiviteteve për parandalimin e incidenteve në punën e ardhshme; 3. Në rast të situatave të incidenteve me rrezikshmëri të lartë, në këto aktivitete përfshihen shefi / drejtuesi i njësisë organizative dhe nëse është e nevojshme edhe ndihmës drejtori për çështjet mjekësore; 4. Me marrjen e raportit për situatën e incidentit, Komiteti për cilësi dhe siguri të shërbimeve shëndetësore kryen kontroll dhe konstaton nëse formulari është plotësuar në tërësi; 5. Nëse konstaton se formulari nuk është plotësuar plotësisht, e kthen për plotësim; 6. Nëse bëhet fjalë për një situatë incidenti me rrezikshmëri jashtëzakonisht të lartë për hetimin e së cilës duhet të formohet një grup i posaçëm, vendimi për formimin e ekipit merret nga drejtori i institucionit me propozimin e Komitetit për cilësi dhe

		siguri të shërbimeve shëndetësore brenda tre (3) ditëve nga dita e raportimit të situatës së incidentit; 7. Raporti i të gjeturave dhe masat e propozuara i dorëzohen drejtorit të institucionit; 8. Vendimi i drejtorit të institucionit i dërgohet përgjegjësit të njësisë organizative që ka raportuar situatën e incidentit për veprime të mëtejshme.
[V]	Përpunimi i të dhënave dhe raportimi i incidentit	1. Raportet dhe ankesat për situatat e incidenteve të mbledhura në institucionin shëndetësor përpunohen statistikisht; 2. Përpunimi statistikor i kryer paraqitet një herë në vit në kuadër të raportit për mbikëqyrjen e brendshme të punës profesionale në nivel institucioni dhe përdoret për hartimin e planeve për përmirësimin e cilësisë.

Shtojca 39. Formulari i raportit të incidentit

RAPORTI I GJENDJES SË INCIDENTIT	
DATA E NGJARJES: ____/____/____	KOHA E NGJARJES: _____
VENDI: Klinika/Spitali/Departamenti/Poliklinika/Reparti/Shërbimi:	
Dhoma/Hapësira:	
INFORMACION PËR PERSONIN ME TË CILIN LIDHET INCIDENTI:	
Emri dhe mbiemri: _____ Viti i lindjes: _____	
Adresa/Telefoni: _____	
Gjinia: M ☐ F ☐ Statusi: Pacient ☐ Vizitor ☐ Punonjës ☐	
INFORMACION RRETH PERSONIT QË KA KALUAR INCIDENTIN:	
Emri dhe mbiemri: _____	
Telefoni: _____	
Statusi: Punonjës ☐ Pacient ☐ Të tjerë ☐	
INFORMACION I DËSHMITARIT:	
1. Emri dhe mbiemri: _____	
Adresa/Telefoni: _____	
Statusi: Punonjës ☐ Të tjerë ☐	
2. Emri dhe mbiemri: _____	
Adresa/Telefoni: _____	
Statusi: Punonjës ☐ Të tjerë ☐	
PËRSHKRIMI I SHKURTËR I INCIDENTIT:	
Shënim: Shkruani shkurtimisht ngjarjen që është subjekti i raportit; nëse bëhet fjalë për një pacient, tregoni diagnozën. Të dhëna për kohën dhe emrat e personave të cilëve u është dhënë njoftimi për incidentin (pacienti, anëtarët e familjes, kompetentët shërbime, etj.): _____ _____ _____	
Informacion rreth personit që plotëson faqen 1 të formularit:	
Emri dhe mbiemri dhe firma: _____	
Puna: _____	Data: _____

Shtojca 39. Formulari i raportit të incidentit (vazhdim, pjesa e pasme e formularit)

ANALIZA E SITUATËS SË INCIDENTIT, RAPORTI DHE MASAT E PROPOZUARA		
VLERËSIMI I INCIDENTEVE SIPAS NIVELIT TË RREZIKUT		
1. NGJYRA E GJELBËR (rrezik shumë i ulët, pa dëme për pacientin, pothuajse e sigurt/paksa e sigurt përsëritja)	☐	
2. NGJYRA E VERDHE (rrezik i ulët, dëme të vogla për pacientin, pothuajse e sigurt/paksa e sigurt/mundësia e përsëritjes)	☐	
3. NGJYRA PORTOKALLI (rrezik mesatar, dëme të modera për pacientin, përsëritja nga e malë deri te pothuajse e sigurt)	☐	
4. NGJYRA E KUQJE (rrezik i lartë, dëme të mëdha për pacientin, përsëritja mundësia/paksa e sigurt/pothuajse e sigurt)	☐	
5. NGJYRA E KUQJE E THEKSUAR (rrezik i lartë, dëme katastrofike për pacientin, përsëritja nga e malë deri te pothuajse e sigurt)	☐	
Shënim: Për të klasifikuar situatën e incidentit në grupin e duhur, referojuni Udhëzuesit për situatat e incidenteve.		
KLASIFIKIMI I SHKAQEVE TË SITUATËS SË INCIDENTIT		
Kategoria e shkakut	Një faktor i mundshëm shkaktar	
PACIENTI	Gjendja, problemet personale, trajtimi, historia mjekësore, marrëdhënia personel - pacient	
STAFI	Aftësitë dhe njohuritë, presionet fizike dhe mendore, mbingarkesa e punës, puna jashtë orarit	
EKIPI	Komunikimi verbal, komunikimi me shkrim, mbikëqyrja dhe kërkimi i ndihmës, udhëheqja dhe përgjegjësia	
KËRKESA	Disponueshmëria dhe përdorimi i udhëzimeve dhe protokolleve, disponueshmëria dhe saktësia e rezultateve të mëparshme të kërkimit, disponueshmëria dhe përdorimi i mjeteve ndihmëse për hartimin e detyrave	
MJEDISI I PUNËS	Sistemi i administrimit, disponueshmëria e shënimeve/raporteve, objektet - duke përfshirë funksionalitetin, mjedisin/ambientin, pajisjet dhe furnizimet, disponueshmërinë e stafit.	
MENAXHIMI DHE ORGANIZIMI	Udhëheqja, struktura organizative, burimet financiare, kufizime të tjera	
TË TJERA		
Shënim: Nëse shfaqen më shumë se një kategori shkaqesh, në kuti shkruani numrin rendor të kategorisë sipas rëndësisë. Nënvizoni faktorët shkaktarë.		
RAPORTI I SHKURTËR I PERSONIT TË NGARKUAR PËR HETIM DHE ANALIZË ME MASAT E PROPOZUARA:		
Në këtë pjesë, mos kopjoni informacionin nga faqja 1, por vlerësoni ngjarjen në lidhje me standardet e vendosura, të përfshijë masat e marra për eliminimin ose reduktimin e pasojave të dëmshme dhe masat e planifikuara për të parandaluar punën në të ardhmen. Në rastin e incidenteve të shënuara E KUQJE E THEKSUAR, plotësohet vetëm kategoria e rrezikut dhe regjistrohen veprimet e ndërmara, masat për eliminimin/uljen e pasojave të dëmshme. Edhe nëse drejtori nuk ka kryer hetimin, ai e nënshkruan formularin.		
Të dhënat për personin që plotëson faqen 2 të formularit: Emri, mbiemri dhe nënshkrimi: _____ Puna: _____ Data: _____		

KAPITULLI IX – EMERGJENCAT

-  PROCEDURA PËR KUJDESIN NDAJ PACIENTIT ME REAKSION ANAFILAKTIK
-  PROCEDURA PËR REANIMIMIN KARDIOPULMONAR
-  PROCEDURA PËR KUJDESIN INFERMIEROR GJATË ANESTEZIONIT NË SALLËN E OPERACIONIT

71.PROCEDURA PËR KUJDESIN NDAJ PACIENTIT ME REAKSION ANAFILAKTIK

Qëllimi: i procedurës është standardizimi i kujdesit infermieror ndaj pacientëve me reaksion anafilaktik.

Reaksioni anafilaktik është një gjendje kërcënuese për jetën që ndodh si rezultat i veprimit të një alergjeni. Anafilaksa është një manifestim klinik i mbindjeshmërisë së hershme, fillimi i të cilit mund të ndodhë papritur. Shkaktarët më të zakonshëm të reaksionit anafilaktik janë barnat e ndryshme (sidomos antibiotikët), transfuzionet e gjakut, agjentët e kontrastit, pickimi i insekteve dhe ushqimi. Anafilaksa përfaqëson një sërë shenjash dhe simptomash që shfaqen brenda disa sekondave, minutave, ose më së shumti brenda orës së parë, pas ekspozimit ndaj një alergjeni.

Për informimin tuaj, ato shënohen me shkronjat ABCDE:

1. A - Airway (Rrugët e frymëmarrjes) – probleme me frymëmarrjen: ënjtje e rrugëve të frymëmarrjes, shtrëngim në fyt, ngjirje e zërit dhe stridor;
2. B - Breathing (Frymëmarrje) – probleme me frymëmarrjen: frymëmarrje e shpejtë dhe e cekët, fishkëllimë, cianozë (zakonisht shenjë e vonshme), ndalim i frymëmarrjes;
3. C - Circulation (Qarkullim) – probleme me qarkullimin: lëkurë e zbehtë dhe e lagësht, hipotension, takikardi, arresti kardiak;
4. D - Disability (Aftësia e kufizuar) – mosfunksionimi i SNQ: dobësi, ankth, fishkëllimë në vesh, konfuzion, agjitacion dhe humbje e vetëdijes;
5. E – Exposure (Ekspozimi) – ndryshimet e lëkurës: diskrete ose dramatike (urtikaria – e zbehtë, rozë ose e kuqe, me forma dhe madhësi të ndryshme, shpesh e rrethuar nga një aureolë e kuqe dhe zakonisht e shoqëruar me kruajtje).

PROCEDURA

Nr.	HAPAT	NËN – HAPAT
[I]	Veprimet e menjëhershme	1. Ndërpreni ekspozimin e pacientit ndaj alergjenit; 2. Siguroni vijën venoze (i.v.) - apliko i.v. kanulat (18G, 20G dhe 22G) dhe nëse është e mundur, vendosni në të dyja duart e pacientit; 3. Vendosni pacientin në pozitën e Trendelenburg-ut (koka më e ulët se niveli i këmbëve); 4. Thirrni mjekun dhe shpjegoni gjendjen aktuale të pacientit, duke theksuar urgjencën; 5. Aplikon terapinë e përshkruar.
[II]	Antishok terapia	1. Epinefrina; (Adrenalina); 2. Antihistaminikët; 3. Kortikosteroidet;

		- Bronkodilatator; - Antikolinergjik (Atropine sulfate); - Tretësirë fiziologjike NaCl 0,9%; - Tretësirë glukozë 5% ose 10%; - Glukozë 25% ose 50% ampulë; - Sistem infuzioni; - Shiringa me gjilpër të madhësive të ndryshme; - Kanula i.v. të madhësive të ndryshme. - Oksigjenatorin (ndonjë burim tjetër të oksigjenit); - Setin për intubim (laringoskop, tubus, udhëzuesi-mandreni); - Ambu baloni.  Figura 32. Seti për intubim
[III]	Masat e kujdesit	- Të sigurohet disponueshmëria e vazhdueshme e pajisjeve dhe barnave për trajtimin e reaksioneve anafilaktike; - Të zbatohet procedura e menaxhimit të barnave (kontrolloni afatet dhe përmbajtjen e terapisë antishok); - Pas përdorimit të terapisë nga seti i terapisë antishok, zëvendësoni atë të përdorura; - Pacientët me shenja të shokut anafilaktik ndonjëherë mund të kenë çrregullime gastrointestinale si: nauze, të vjella, dhimbje barku dhe diare, të cilat duhet të monitorohen dhe trajtohen.
[IV]	Dokumentimi	Infermieri regjistron në dokumentacionin e disponueshëm të institucionit shëndetësor: - Kohën e reaksionit anafilaktik; - Përshkrimin e reaksionit; - Alergjenin që shkaktoi reaksionin; - Kohën e thirrjes së mjekut; - Terapinë e aplikuar.

72.PROCEDURA PËR REANIMIMIN KARDIOPULMONAR

Qëllimi: i procedurës është përcaktimi i qartë i metodës së njohjes në kohë të arrestit të zemrës dhe mushkërive, reagimi i shpejtë dhe përcaktimi i procedurave në kohën para, gjatë dhe pas Reanimimit Kardiopulmonar (RKP).

RKP është grup procedurash dhe masash të tjera terapeutike, të cilat ndërmerren për të rivendosur funksionin e zemrës dhe mushkërive tek pacienti që ka përjetuar arrest kardiak.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Shenjat e arrestit kardiopulmonar	1. Humbja e vetëdijes; 2. Ndërprerje e frymëmarrjes ose frymëmarrje agonie; 3. Mungesa e pulsit në arterien karotide tek të rriturit dhe fëmijët mbi një vit; 4. Mungesa e pulsit në arterien femoralis / arterien brahialis tek fëmijët deri në një (1) vjeç; 5. Mungesa e tingujve të zemrës ose $f < 60/\text{min}$ tek të porsalindurit dhe foshnjat; 6. Ndryshimi i ngjyrës së lëkurës (cianoze ose zbehje).
[II]	Kompleti për reanimim	1. Ambu balonë me maskë ventilimi (madhësi të ndryshme); 2. Airway - Rrugët e frymëmarrjes (madhësi të ndryshme); 3. Laringoskopi dhe shpatullat; 4. Tuba orotrakeale (madhësi të ndryshme); 5. Udhëzues (mandrën) për tubin endotrakeal; 6. Aspirator; 7. Kateter aspirimi (madhësi të ndryshme); 8. Bombolë oksigjeni me rregullator rrjedhjeje; 9. Maskë oksigjeni; 10. Sistemi i oksigjenimit nazal (përmes hundës); 11. Defibrilator me elektroda; 12. Monitor për monitorimin e funksioneve jetësore.
[III]	Barnat e nevojshme	1. Epinefrinë amp.; 2. Atropinë amp.; 3. Amiodaron amp.;

		4. Lidocain amp.; 5. Sulfat magnezi amp.; 6. Calcium gluconat amp.; 7. Natrium bicarbonat amp.; 8. Tretësira për infuzion.
[IV]	Materiali shpenzues	1. Shiringa (të madhësive të ndryshme); 2. Gjilpëra injeksioni (me madhësi të ndryshme); 3. Kanula (të madhësive të ndryshme); 4. Sistem të infuzionit; 5. Dezinfektues; 6. Lidhëse e Esmarkut; 7. Tupfer, garzë ose pambuk; 8. Leukoplast.
[V]	Njohja dhe veprimet te arresti kardiopulmonar	1. Kontrolloni gjendjen e vetëdijes së pacientit; 2. Vendoseni pacientin në një pozicion adekuat; 3. Nëse pacienti është i pavetëdijshëm dhe merr frymë spontanisht, vendoseni në pozicionin e komës lateral; 4. Thirrni për ndihmë; 5. Vendos monitorin (pulsoksimetri, EKG dhe tensiometri); 6. Vendosni oksigjenin pacientit dhe monitoroni saturimin; 7. Siguroni rrugën venoze; 8. Pacienti merret më pas nga ekipi i reanimacionit.
[VI]	Veprimet te pacienti pa vetëdije	1. Vendoseni pacientin në shpinë në një sipërfaqe të fortë; 2. Filloni reanimimin sipas planit ABC: - A – Airway (Rrugët e frymëmarrjes) - B – Breathing (Frymëmarrja); - C – Circulation/Compressions (Qarkullimi/Komprimimi) 3. Hapni rrugët e frymëmarrjes duke tërhequr butësisht kokën prapa dhe duke ngritur nifullën e poshtme me gishtat e njëjës dorë (duke kapur mjekrën midis gishtit të madh dhe gishtit tregues) dhe me dorën tjetër duke shtypur lehtë ballin (duke lëvizur gjuhën larg nga muri i pasmë i faringut, i cili siguron kalueshmërinë e rrugëve të frymëmarrjes);

		4. Largoni protezën dentare, çdo përmbajtje e vjellë ose ndonjë trup tjetër të huaj nga goja me një gisht të mbështjellë me garzë ose fashë; 5. Bëni kontrolle të shpejtë të frymëmarrjes sipas parimit "shikoni, dëgjoni, ndjeni" në një kohë jo më të gjatë se dhjetë (10) sekonda. Kryeni kontrollin si më poshtë: - afroni faqen tuaj me gojën dhe hundën e pacientit, duke e mbajtur kokën në një pozicion prapa dhe ndjeni rrjedhën e ajrit në faqen tuaj; - dëgjoni zhurmën e frymëmarrjes; - nëse pacienti merr frymë spontanisht, vendoseni në pozicionin e komës laterale, monitoroni frymëmarrjen dhe prisni ardhjen e ekipit të reanimacionit; - një shenjë e sigurt e arrestit kardiak është frymëmarrja agonale (e thellë, e ngadalshme); - kontrolloni pulsin në arterien karotide për të paktën dhjetë (10) sekonda (vlerësimi mund të bëhet paralelisht me vlerësimin e frymëmarrjes).
[VII]	Veprimet te pacienti pa puls dhe frymëmarrje	1. Reanimimi fillon nga një infermier, ndërsa një tjetër thërret ekipin e reanimacionit dhe siguron pajisje reanimuese dhe defibrilatorin; 2. Përcaktimi i saktë i vendit për masazhe të zemrës përcaktohet duke palpuar harkun e brinjës së majtë me gishtin e katërt të dorës deri në majë të sternumit, pastaj duke vendosur dy deri në tre gishta mbi majën e sternumit vendoset pëllëmba e njëjës dorë dhe pëllëmba e dorës tjetër vendoset mbi pjesën e sipërme të dorës (gishtat mund të ndërthuren ose të zgjaten); C – Circulation/Compressions (Qarkullimi/Komprimimi)  Figura 40 – Komprimimi 3. Për të bërë komprimim gjoksi, vendosni pëllëmbën e poshtme të dorës mbi qendrën e krahavorit të personit dhe dorën tjetër mbi dorën e parë;

4. Mbajë bërnylat drejt;
5. Vendosini shpatullat direkt mbi duart tuaja;
6. Duke përdorur peshën e sipërme të trupit, shtyje drejt e poshtë në gjoks rreth 5 centimetra;
7. Masazhi i gjoksit kryhet me presion të fortë, të barabartë dhe ritmik në gjoks (thellësia e presionit në sternum 5 - 6 cm), presioni është jetë shkurtër, i shpejtë, forca përshtatet me moshën dhe gjendjen e pacientit;
8. Reanimimi fillon me masazh të zemrës (masazhi i gjoksit kryhet me shpejtësi 100 - 120 shtypje në minutë) dhe frymëmarrje artificiale (raporti 30:2) deri në mbërritjen e ekipit;
9. Njëri infermier bën masazhin dhe tjetri fryn ajrin me ndihmën e ambu balonit. Gjatë gjithë ciklit të masazhit, bërnylat e infermierit janë të zgjatura, shpatullat janë mbi pikën e presionit dhe pëllëmbët janë vazhdimisht në kontakt me gjoksin (nuk ndahen);

A – Airway (Rrugët e frymëmarrjes)



Figura 41 – Hapja e rrugëve të frymëmarrjes

10. Pasi keni kryer 30 komprimime gjoksi, hapni rrugët e frymëmarrjes së personit duke tërhequr kokën prapa;
- i. Vëre pëllëmbën në ballin e personit dhe tërhiqe lehtësisht kokën prapa. Pastaj, me anën tjetër, ngrije me butësi mjekrën përpara për të hapur rrugët e frymëmarrjes;

B – Breathing (Frymëmarrja).



Figura 42 – Frymëmarrja e shpëtimit

		12. Hapni rrugët e frymëmarrjes së personit duke tërhequr kokën prapa; 13. Mbyllni vrimat e hundës dhe gojën e personit me maskë të ambu balonit; 14. Jepni frymëdhënjen e parë të shpëtimit, që zgjat një sekondë dhe shikoni nëse gjoksi ngritët; 15. Nëse ngritët gjoksi, jep frymëdhënjen e dytë. Nëse gjoksi nuk ngritët, përsëritni teknikën duke tërhequr kokën prapa. Pastaj jepni frymëdhënjen e dytë; 16. Pas dy frymëdhënjeve, filloni komprimimet e gjoksit përsëri menjëherë për të rivendosur qarkullimin e gjakut.
[VIII]	Masat e kujdesit	1. Kryerja e masazhit në gjoks pa kontrolluar më parë frymëmarrjen dhe qarkullimin e gjakut; 2. Koka nuk është tërhequr prapa mjaftueshëm ose mjekra nuk është ngritur mjaftueshëm; 3. Vendi i masazhit i zgjedhur gabimisht; 4. Presioni i masazhit është shumë i dobët ose shumë i fortë; 5. Përkulja e krahëve në bërryla; 6. Gishtat e dorës mbështeten në gjoks gjatë masazhit të jashtëm të zemrës; 7. Ndarja e pëllëmbëve nga muri i kraharorit në fazën e lirimit të presionit; 8. Faza e çlirimit të presionit është e pa plotë / e shkurtër, kështu që gjoksi nuk kthehet në pozicionin e tij origjinal; 9. Kontrollimi i kompletit të pajisjeve të ringjalljes dhe defibrilatorit; 10. Ndërrimi i infermierëve që kryejnë komprimimin dhe frymëmarrjen artificiale bëhet çdo dy (2) minuta ose më herët në rast se nuk mund të sigurohet komprimimi cilësor; 11. Kontrolli i barnave dhe materialeve harxhuese për reanimim dhe situata emergjente kryhet në baza ditore, sipas rregullave të kontrollit të furnizimit të repartit të ambulancës që i ofron.
[IX]	Dokumentimi	1. Infermieri regjistron veprimet e kryera në dokumentacionin shëndetësor të institucionit (shtojca 41).

Shtojca 41. Reanimimi Kardiopulmonar (RKP)

EMRI I INSTITUCIONIT _____

Reparti _____

REANIMIMI KARDIOPULMONAR (RKP)

Të dhënat e pacientit

Emri:	Emri i prindit:	Mbiemri:
Viti lindjes:	Gjinia: M F	Nr. protokolit:

THIRRJA PËR RKP

Koha:	Vendi:	Kush thërret:
-------	--------	---------------

TË DHËNAT HETERONAMNESTIKE (jep: _____)

Nëse përgjigja është "PO", shkruani kohën

Humbja e vetëdijes	PO	JO
Ndërprerja e frymëmarrjes	PO	JO
Mungesa e pulsit/tingujve të zemrës	PO	JO
Ndalo fillimin/kollitjen	PO	JO
Ndryshimi ngjyrës së lëkurës	PO	JO

Shënim: _____

Fillimi i masave të ringjalljes

Koha:

GJETJET NGA EKUPI (rretho/nënvizo/shkruaj)

VETËDIJA: i pavetëdijshëm / i vetëdijshëm - 15 sekondat e para pas ndodhjes së arrestit akut kardial.

FRYMËMARRJA: arrest agonik / respirator.

PULSI: (arteria karotide/femorale/brahiale): mungon / arrest i pranishëm – respiracioni f____/min.

TINGUJT E ZEMRËS (të porsalindurit, foshnjat): mungojnë (f:60) / arrest i tanishëm i frymëmarrjes: f____/min.

PRESIONI I GJAKUT: i pamatshëm / i matshëm.

NDRYSHIMI I NGJYRËS SË LËKURËS: cianotike/zbehtë

BEBËZAT E SYRIT (PUPILAT): i ngushtë/mesatar i gjerë/i gjerë

EKG: asistoli / disocim elektromekanik / fibrilacion ventrikular / tahikardi ventrikulare pa puls.

TË TJERA: lëndime të dyshuara të shtyllës kurrizore, lëndime (kokë, gjoks, bark, trung, gjymtyrë), shenja gjakderdhjeje, reaksione alergjike (edema angioneurotike, urtikarie), shenja intoksikimi, të tjera: _____

PROCEDURA RKP (rretho/nënvizo/shkruaj)			
Vendosja / mirëmbajtja e rrugëve të frymëmarrjes - manovër e trefishtë: maskë e rrugëve ajrore / laringeale, intubim (nazo) orotrakeal / konikotomi / trakeotomi perkutane / trakeotomi.			
Heqja e trupit / përmbajtjes së huaj:			
➤ Te fëmijët: 4 goditje midis shpatullave / 4-5 presione në sternum / heqja me gishta, instrumente mjekësore, aspirator / manovra Heimlich. ➤ Te rriturit: manovër Heimlich / nxjerrje me gishta, instrumente mjekësore, aspirator			
Koha: _____			
Ventilim artificial: gojë-gojë / hundë, gojë-maskë, maskë balon-laringeal vetë-zgjeruese / tub endotrakeal / kanulë trakeale, insufim me presion pozitiv.			
Oksigjeni: _____			
Goditja parakordiale:	Po	Jo	Koha: _____
Masazh i jashtëm i zemrës:	Po	Jo	
Të rriturit dhe fëmijët mbi 8 vjeç:	30:2		Koha: _____
Fëmijët deri në 8 vjeç:	15:2		Koha: _____
Të porsalindurit:	4:1		Koha: _____
Defibrilimi:	Forca:		Koha: _____
Vendosja e rrugës venoze: vena periferike / qendrore			Koha: _____
Administrimi i barnave: emri dhe doza e barit, koha dhe mënyra e aplikimit të barit, emri dhe mbiemri i mjekut që e përshkruan.			
NDËRPRERJA E RKP (rretho/nënvizo/shkruaj)			
Koha e vdekjes:		Koha: _____	
Veprimet lidhur me zemrën dhe qarkullimin			
EKG: _____			
Pulsi:	Frymëmarrja:	PVQ: _____	
Frymëmarrja: _____			
Frymëmarrje spontane: kanulë trakeale / tubus / rrugë ajrore / pa ndihmë _____			
Ventilim i kontrolluar: kanulë trakeale / tubus _____			
Vetëdija / Statusi Neurologjik (SHKG):			
Hapja e syve: spontanisht / në thirrje / në ngacim të dhimbshëm / pa reagim.			
Përgjigja më e mirë verbale: tinguj të orientuar / i hutuar / jo koherent / i pakuptueshëm / pa reagim.			
Përgjigja më e mirë motorike: zbaton urdhërat / lokalizon stimulën e dhimbshëm / tërhiqet nga stimuli i dhimbshëm / përkulje jonormale në stimul të dhimbshëm (dekortikim) / shtrirje jonormale ndaj stimulit të dhimbshëm (decerebrim) / pa reagim. Koha: _____			
Të tjera (përshkrim i shkurtër / gjetjet e specialistëve të tjerë): _____			
Anëtarët e ekipit të reanimacionit (emri, mbiemri dhe nënshkrimi):			
1. _____		3. _____	
2. _____		4. _____	

73.PROCEDURA PËR KUJDESHIN INFERMIEROR GJATË ANESTEZIONIT NË SALLËN E OPERACIONIT

Qëllimi: i procedurës është të ofroj kujdes të sigurt dhe cilësor për pacientët që i nënshtrohen anestezionit në sallën e operacionit.

Procedura përfshin vlerësimin, përgatitjen dhe monitorimin e pacientit para, gjatë dhe pas anestezionit për të parandaluar komplikimet dhe për të siguruar një rikuperim të shpejtë dhe të sigurt. Kjo procedurë zbatohet për infermierët e anestezisë.

Anestezioni është një procedurë mjekësore që përdorë barna për të bërë pacientin të pavetëdijshëm dhe pa ndjenja gjatë operacionit ose procedure tjetër mjekësore. Anestezioni mund të jetë i përgjithshëm, regjional dhe lokal, varësisht nga natyra e operacionit dhe gjendja e pacientit.

PROCEDURA

Nr.	HAPI	NËN - HAPAT
[I]	Vlerësimi para anestezionit	1. Rishikoni historinë mjekësore të pacientit, përfshirë alergjitë, barnat e përdorura dhe procedurat e mëparshme anestezike; 2. Kontrolloni shenjat vitale, funksionin kardiovaskular dhe respirator, si dhe vlerësimi i rrugëve të frymëmarrjes; 3. Siguroni të gjitha testet e nevojshme (laboratorike, imazherike, kardiologjike, etj.) që janë kryer dhe janë në dispozicion; 4. Sigurohuni që pacienti ka dhënë pëlqimin e informuar për anestezionin dhe operacionin.
[II]	Përgatitja e pajisjeve dhe barnave para anestezionit	1. Verifikoni funksionalitetin e aparatit të anestezionit, monitorëve, oksigjenit dhe pajisjeve të tjera të nevojshme; 2. Përzgjidhni dhe përgatitni barnat anestetike dhe barnat tjera sipas udhëzimeve të anesteziologut; 3. Sigurohuni që të gjitha barnat dhe pajisjet janë sterile dhe të etiketuara si duhet.
[III]	Kujdesi gjatë anestezionit	1. Monitoroni vazhdimisht shenjat vitale të pacientit, përfshirë presionin e gjakut, ritmin e zemrës, nivelin e oksigjenit në gjak dhe temperaturën; 2. Sigurohuni që rrugët e frymëmarrjes janë të hapura dhe që pacienti po merr sasinë e duhur të oksigjenit; 3. Kontrolloni dozën e anestezionit sipas nevojave të pacientit dhe kërkesave të operacionit.

[IV]	Kujdesi pas anestezionit	1. Ndihmoni në transferimin e pacientit në dhomën e reanimacionit pas përfundimit të operacionit; 2. Monitoroni shenjat vitale, nivelin e vetëdijes dhe funksionin respirator deri në zgjimin e plotë të pacientit; 3. Administroni barnat për menaxhimin e dhimbjes sipas udhëzimeve të anesteziologut.
[V]	Masat e kujdesit	1. Sigurohuni që pacienti të jetë i pozicionuar si duhet për të parandaluar dëmtimet eventuale; 2. Komunikoni me anesteziologun dhe kirurgun për të adresuar çdo ndryshim në gjendjen e pacientit; 3. Përdorni protokollet për t'u siguruar që çdo aspekt i procedurës është përmbushur.
[VI]	Dokumentimi	Infermieri regjistron të gjitha procedurat e kryera në dokumentacionin shëndetësor: 1. Regjistrimi i të gjitha të dhënave, 2. Plotësimi i formularit të anestezionit, 3. Plotësimi i protokollit të pacientëve, 4. Plotësimi i deklaratës së pëlqimit nga pacienti; 5. Formular të tjerë të përcaktuar sipas institucionit.

Referencat

1. AABB (formerly known as American Association of Blood Banks). (2017). "Standards for Blood Banks and Transfusion Services."
2. Alani, A. H., Miller, L., Darji, B., Waweru, I., Atwiine, A. B., Tonelli, M., Mogga, J. L. K., Adams, A., Ndinda, L., Jongo, S., & Kiapi, L. (2023). Assessment of the WHO non-communicable diseases kit for humanitarian emergencies in South Sudan: a retrospective, prospective, observational study. *Conflict and health*, 17(1), 27.
3. American Association of Nurse Anesthetists (AANA). Standards for Nurse Anesthesia Practice, 2019.
4. American Diabetes Association (ADA) "Standards of Medical Care in Diabetes" - Standards of Care in Diabetes | American Diabetes Association
5. American Diabetes Association [webpage on the Internet] Blood Glucose and Exercise. 2017. [Accessed September 25, 2017].
6. American Diabetes Association. Lifestyle management: standards of medical care in diabetes-2023. Diabetes Care 2023
7. American Nurses Association. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>
8. Appropriateness of cardiovascular disease prevention recommendations obtained from a popular online chat-based artificial intelligence model. Sarraju A, Bruemmer D, Van Iterson E, Cho L, Rodriguez F, Laffin L. JAMA. 2023;329:842–844. doi: 10.1001/jama.2023.
9. Assessment of the patient with established diabetes. Peer reviewed by Dr Laurence Knott Last updated by Dr Colin Tidy, MRCP Last updated 17 Jan 2022, Next review due: 16 Jan 2027. The information on this page is written and peer reviewed by qualified clinicians <https://patient.info/doctor/assessment-of-the-patient-with-established-diabetes>
10. Association of Diabetes Care and Education Specialists (ADCES) 2023 – The Art and Science of Diabetes and Education 6th Edition- <https://www.adcesconnect.org/>
11. Association of periOperative Registered Nurses (AORN). Guidelines for Perioperative Practice, 2023.
12. Barone Gibbs B, Hivert MF, Jerome GJ, Kraus WE, Rosenkranz SK, Schorr EN, Spartano NL, Lobelo F, American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Clinical Cardiology Hypertension. 2021;78(2):e26.
13. Bolnica, O. Priprema pacijenta i postupak kod davanja klizme. Opća bolnica „Prim. dr. Abdulah Nakaš“, 2017. Dostupno na: <https://www.obs.ba/index.php/453-priprema-pacijenta-i-postupak-kod-davanja-klizme> Datum pristupa informacija: 01. listopad 2021.
14. Budalica, L. Uloga medicinske sestre/tehničara kod kardio-pulmonalnog aresta pacijenata u intenzivnoj njezi, U: "10. Međunarodni kongres HDMSARIST-a" 20.-23. travnja 2017. godine. Šibenik, 2017. Dostupno na: <https://sep.hr/ulo-ga-medicinske-sestretehnicara-kod-kardio-pulmonalnog-aresta-pacijenata-u-intenzivnoj-njezi/> Datum pristupa informacija: 01. veljače 2021.
15. Cadogan, Mike. Administer Injections, Life in the Fast Lane – LITFL, 2020. Dostupno na: <https://litfl.com/administer-injections/> Datum pristupa informacija: 01. listopad 2021.
16. Carev, M., Stojanović-Stipić, S., Malbaša, S., Jurić, V. Modul F-I: Lijekovi i otopine, U: Temeljne

- i opće kliničke vještine: skripta, Sveučilište u Splitu: Medicinski fakultet, Split, 2020. Dostupno na: <http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/anesteziologija/Clinical%20Skills,%202nd%20draft%20April%202029,%202011.pdf> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
17. Carlos A Hernandez 1, Andres E Vazquez Gonzalez 2, Anastasiia Polianovskaia 2, Rafael Amoro Sanchez 2, Veronica Muyolema Arce 2, Ahmed Mustafa 2, Ekaterina Vypritskaya 2, Oscar Perez Gutierrez 2, Muhammad Bashir 2, Ashkan Eighaei Sedeh November 2023 "The Future of Patient Education: AI-Driven Guide for Type 2 Diabetes"
 18. Čeh P. Perioperativna zdravstvena njega bolesnika s apendicitisom [Završni rad], Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2019. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:139:996851> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
 19. Chernocky, C. C., Berger, B. J. Laboratory tests and diagnostic procedures. Elsevier, 2013.
 20. Čukljek, S. Osnove zdravstvene njega: priručnik za studij sestrinstva. Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005. Dostupno <https://www.poliklinikavitalis.com/odjeli/#interna-medicina>
 21. Curley, D. J., & Stone, P. W. (2024). Nurse state legislators, 2013 to 2023. *Nursing outlook*, 72(1), 102102.
 22. Diabetic Foot Care – Diabetic Foot Damage | Foot Health Facts - Foot Health Facts September 15, 2025.
 23. Diabetic Foot Care - StatPearls - NCBI Bookshelf (nih.gov) September 15, 2025.
 24. Diabetic foot problems: prevention and management (nice.org.uk) Last updated: 18 January 2022
 25. Direktiva e Këshillit 2010/32/BE për zbatimin e marrëveshjes kornizë për parandalimin nga lëndimet e mprehta në sektorin spitalor dhe shëndetësor të lidhur nga HOSPEEM dhe EPSU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/txt/?uri=celex:32010l0032>
 26. Direktiva e Këshillit të Bashkimit Evropian 89/391/EEC (12.06.1989) për futjen e masave për të inkurajuar përmirësimet në sigurinë dhe shëndetin e punëtorëve në punë (Direktiva u ndryshua tri herë me akte ligjore, në 2003, 2007 dhe 2008).
 27. Dougherty, L., Lister, S. E., The Royal Marsden Manual of Clinical Nursing Procedures: Professional Edition, Wiley-Blackwell, Chichester, 2015.
 28. Durack D.T., Lukes A.S., Bright D.K., New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service, Am J Med., 1994;96(3):200-9. DOI: 10.1016/0002-9343(94)90143-0
 29. Eliksir, Eliksir Medical - specijalna bolnica, poliklinika i kućno lečenje, 2021. Dostupno na: <https://eliksirmedical.rs/> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
 30. Faan, A. C. R. P. C. C. C., & Msn Rn, B. B. J., Laboratory Tests and Diagnostic Procedures, 6e (6th ed.). Saunders, 2012.
 31. Flacons en polypropylène 30 ml (25 x 90 mm) - Flacons. Deltalab. Dostupno na: <https://www.deltalab.es/fr/produ-cto/flacons-en-polypropylene-30-ml-25-x-90-mm/> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
 32. For Developers National Library of Medicine 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health. Last updated May 10, 2024
 33. Forma unike e Procedurave Standarde Operative. 2018. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë

34. Gagnon, Louise. Anaphylaxis Management: EAACI Releases New Guidelines. Medscape.com, 2021. Dostupno na: <https://www.medscape.com/viewarticle/957377> Datum pristupa informaciji: 01. listopada 2021.
35. Gray, C. S., Boeckxstaens, P., De Maesseneer, J., & Mold, J. (2023). Operationalizing the Chronic Care Model with Goal-Oriented Care. *The patient*, 16(6), 569–578. <https://doi.org/10.1007/s40271-023-00645-8>
36. Guidelines Expert Committee. Canadian diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian journal of Diabetes* 2003;27(suppl 2):S94-105 <http://www.diabetes.ca>
37. Hand hygiene - Standard operating procedure (sop) Nhs Greater Glasgow Infection Prevention and Control Service, January 2021
38. Higijena ruku*, Pliva sept. Dostupno na: <http://www.pliva-sept.hr/higijena-ruku.html> Datum pristupa informaciji: 01. listopada 2021.
39. How to Administer Creams and Ointments. Croner-i, 2018. Dostupno na: <https://app.croneri.co.uk/topics/medication-administration/how-administer-creams-and-ointments> Datum pristupa informaciji: 01. listopada 2021.
40. https://applications.emro.who.int/imemrf/Pak_J_Med_Res/Pak_J_Med_Res_2012_51_4_143_149.pdf Pak J Med Res Vol. 51, No. 4, 2012
41. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00741-w> Published: 20 December 2021
42. <https://doi.org/10.1186/s13031-023-00525-w> Published: 05 June 2023
43. [https://journals.lww.com/ajnonline/citation/2011/01000/clinical_news_from_abc_to_cab_for_cp_r.15.aspx#:~:text=ABC%20\(airway%2C%20breathing%2C%20chest,read%20the%20changes%20at%20http_AJN,American Journal of Nursing 111\(1\):p 17, January 2011. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000393047.48321.2d](https://journals.lww.com/ajnonline/citation/2011/01000/clinical_news_from_abc_to_cab_for_cp_r.15.aspx#:~:text=ABC%20(airway%2C%20breathing%2C%20chest,read%20the%20changes%20at%20http_AJN,American Journal of Nursing 111(1):p 17, January 2011. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000393047.48321.2d)
44. <https://www.chardermedical.com/composition/Learn-about-Body-Composition-Analysis.htm#:~:text=Simply%20put%2C%20body%20composition%20analyzers,as%20BMI%20can't%20provide.> 31.10.2025
45. <https://www.cincinnatichildrens.org/health/e/enema> Last Updated 04/2024
46. https://www.google.com/search?q=diameter+of++the+spinal+needles+iso&client=firefox-b-d&ei=jBBvZPmZHI-Nxc8P3bWJ8AQ&ved=0ahUKEwj5j42y-4_AhWPRvEDHd1aAk4Q4dUDCA8&uact=5&oeq=diameter+of++the+spinal+needles+iso&gs_lcp=Cgxn3Mtd2l6LXNlcnAQAzIFCAAQogQyBQgAEKIEKgUIABCIbDIFCAAQogQ6CggAEEcQ1gQQsAM6CgghEKABEMMEEApKBAhBGABQnBdY4h5giihoAnABeACAAX2IAcoEkgEDMC4ImAEAoAEBwAEBYAEI&scient=gws-wiz-serp 31.10.2025
47. https://www.google.com/search?q=diameter+of++the+spinal+needles+iso&client=firefox-b-d&ei=jBBvZPmZHI-Nxc8P3bWJ8AQ&ved=0ahUKEwj5j42y-4_AhWPRvEDHd1aAk4Q4dUDCA8&uact=5&oeq=diameter+of++the+spinal+needles+iso&gs_lcp=Cgxn3Mtd2l6LXNlcnAQAzIFCAAQogQyBQgAEKIEKgUIABCIbDIFCAAQogQ6CggAEEcQ1gQQsAM6CgghEKABEMMEEApKBAhBGABQnBdY4h5giihoAnABeACAAX2IAcoEkgEDMC4ImAEAoAEBwAEBYAEI&scient=gws-wiz-serp 31.10.2025
48. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anaphylaxis/symptoms-causes/syc-20351468> Apr 16, 2025
49. <https://www.mayoclinic.org/first-aid/first-aid-cpr/basics/art-20056600> July 18, 2024

50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4479483/> Allergo J Int. 2014 May 9;23(3):96–112. doi: 10.1007/s40629-014-0009-1
51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8686648/> BMC Nurs. 2021 Dec 20;20:252. doi: 10.1186/s12912-021-00741-w
52. <https://www.vaidam.com/sq/knowledge-center/endocrinology/hb1c-test-cost> 31.10.2025
53. Hunter J. 2008. Intramuscular injection techniques. Nursing Standard, 22: 24, 35–40.
54. Hydrogen Peroxide Gas Plasma | Disinfection & Sterilization Guidelines | Guidelines Library | Infection Control (cdc.gov)
55. IDF Clinical Practice Recommendation on the Diabetic Foot: A guide for healthcare professionals - Diabetes Research and Clinical Practice (diabetesresearchclinicalpractice.com) Volume 127 P285-287 May 2017
56. Infection prevention and control. 2022. Standard Operating Procedure – Hand Hygiene.
57. Infection prevention for healthy families and midwives. 2017. Instrument cleaning and sterilization – Template checklist.
58. Infuzijska pumpa - perfuzor. Kvantum tim - web medicinska oprema. Dostupno na: <https://www.kvantum-tim.hr/infuzijska-pumpa-perfuzor.html> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
59. International Working Group on the Diabetic Foot "IWGDF Guidelines" - All IWGDF Guidelines (2023 update) - IWGDF Guidelines
60. Intravenozna terapija. Wikipedia. Dostupno na: https://bs.wikipedia.org/w/index.php?title=Intravenozna_terapija&oldid=3315273 Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
61. Iveta, V., Krečak, A., Kalogjera, M., Milić, D. Uloga sestrinske dokumentacije u analizi rizika za nastanak dekubitusa. Acta medica Croatica. 2014;68(1):21-27.
62. IWGDF/IDSA Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Diabetes-related Foot Infections (IWGDF/IDSA 2023) | Clinical Infectious Diseases | Oxford Academic (oup.com) Published: 02 October 2023
63. Jerina Jaho. 2021. Niveli i vetë-kujdesit tek pacientët me diabet tipi II - Implikime për kujdesin shëndetësor parësor. Vlorë
64. Kako napraviti intramuskularnu injekciju? Naučimo sami raditi intramuskularne injekcije u stražnjicu. Kvartiraidoma. Dostupno na: <https://kvartiraidoma.ru/hr/avtomobili/kak-pravilno-delat-ukol-vnutrimyshechno-vnutrimyshechnaya-inekciya-v.html> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
65. Kateter. (n.d.). Wikiwand. Dostupno na: <https://www.wikiwand.com/bs/Kateter> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
66. Kirurško pranje ruku, Cilj i postupak, Korak po korak / medicina, Thpanorama - Budi bolje danas! Dostupno na: <https://hr.thpanorama.com/articles/medicina/lavado-quirurgico-de-manos-objetivo-y-procedimiento-paso-a-paso.html> Datum pristupa informaciji: 13.2.2021.
67. Kodi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore / Vendimi Nr. 14/2019 – OMK, 17 janar 2019 (Teksti i spastruar me plotësime dhe ndryshime të miratuara sipas Vendimit Nr. 25/2019 të Kuvendit të OMK-së, datë 17.12.2019, Nr. protokolli 32/2019).
68. Kodi i Etikës i Infermierëve, mamive dhe profesionistëve të tjerë shëndetësorë të Kosovës. Kodi

hyn në fuqi me rastin e miratimit nga anëtarët e Kuvendit të OIK, më 12.06.2015.

69. Koluder Ćimić, N., Bungur, A., Stević, E. Vodič za sprječavanje i suzbijanje bolničkih infekcija [Internet]. Dijagnostičko terapijski vodič. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo. Institut za naučnoistraživački rad i razvoj Kliničkog centra Univerziteta u Sarajevu, 2010. Dostupno na: http://www.kcus.ba/updf/34_Vodic%20za%20sprjecavanje%20i%20suzbijanje%20bolnickih%20infekcija.pdf Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
70. Konjhodžić F. Njega bolesnika, Svjetlost, Sarajevo, 1990.
71. Kovačić K. Kardiopulmonalna reanimacija [Završni rad]. Sveučilište u Splitu: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija, Split, 2015. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:091832> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
72. Larson EL. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis in health care settings. *Am J Infect Control.*, 1995;23(4):251-69. DOI: 10.1016/0196-6553(95)90070-5.
73. Ligji Nr. 02/L-78 për Shëndetësi Publike. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.35 / 15.08.2008, Prishtinë.
74. Ligji Nr. 04/L-060 për mbeturina (shtojçë) – Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.17 / 29.06.2012, Prishtinë.
75. Ligji Nr. 04/L-125 për Shëndetësi. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.13 / 07.05.2013, Prishtinë.
76. Ligji Nr. 04/L-190 për produkte dhe pajisje medicinale. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr.27 / 25.04.2014, Prishtinë.
77. Ligji Nr. 08/L-051 për ndryshimin dhe plotësimin e Ligjit Nr. 2004/38 për të Drejtat dhe Përgjegjësitë e Banorëve të Kosovës në Sistemin Shëndetësor (Data e publikimit: 19.01.2022)
78. Ligji Nr. 08/L-071 për ndryshimin dhe plotësimin e ligjit Nr.04/L-060 për mbeturina - Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 29 / 1.09.2022, Prishtinë.
79. Ligji Nr. 08/L-200 për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve ngjitëse. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 3 / 08.08.2023.
80. Ligji Nr.04/L-156 për kontrollin e duhanit. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 13 / 07.05.2013.
81. Ligji Nr.04/L-192 për transplantimin e indeve dhe qelizave. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 25 / 17.04.2014.
82. Ligji Nr.05/L-024 për shërbimin mjekësor emergjent. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 38 / 21.11.2016.
83. Ligji Nr.05/L-025 për shëndetin mendor. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 33 / 23.11.2015.
84. Ligji Nr.06/L-042 për gjak dhe përbërës të gjakut. Gazeta zyrtare e Republikës së Kosovës / Nr. 14 / 20.08.2018.
85. Ligjin për të drejtat dhe përgjegjësitë e qytetarëve në kujdesin shëndetësor ("Gazeta Zyrtare e Republikës së Kosovës, nr.13/2007);
86. Ljevak, I. Dokumentiranje kao čimbenik osiguranja kvalitete pri uzimanju uzoraka za hemokulturu: magistarski rad, [I. Ljevak], Mostar, 2013.
87. Loizeau, V., Morvillers, J. M., Bertrand, D. P., Kilpatrick, K., & Rothan-Tondeur, M. (2021). Defining an enabling environment for those with chronic disease: an integrative review. *BMC*

nursing, 20(1), 252.

88. Lul Raka, Didier Pittet, Benedeta Alegranzi, Gertie Van Knippenberg-Gordebeke, 2010. Higjiena e duarve në kujdesin shëndetësor. Prishtinë
89. Manuali i dytë i Procedurave Standarde Operative: Infermiera në Kujdesin Parësor Shëndetësor – Kujdesi Infermieror në Komunitet. 2023. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
90. Manuali i parë i Procedurave Standarde të Infermierisë në Kujdesin Parësor Shëndetësor në Kosovë. 2022. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
91. Matošić, D. Parenteralna prehrana bolesnika u jedinicama intenzivne skrbi: diplomski rad, Sveučilište Sjever : Studij sestrinstva, Varaždin, 2016.
92. Medved M., Vujančić J., Prevencija pada u bolničkih bolesnika. Reumatizam. 2014;61(2):156-156.
93. Michael J Bloch, MD, FACP, FASH, FSVM, FNLA Jan Basile, MD Patient education: High blood pressure, diet, and weight (Beyond the Basics)2024
94. Miller, R.D., Eriksson, L.L., Fleisher, L.A., Wiener-Kronish, J.P., Young, W.L. Miller's Anesthesia, 9th Edition, Chapter 1: Introduction to Anesthesia, Elsevier, 2020.
95. Milošević, I., Učimo zajedno: zdravstvena nega, 2021. Dostupno na: <https://ivamilosevic5.wordpress.com/> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
96. MSD, Priručnik dijagnostike i terapije, Hrvatski liječnički zbor u suradnji s farmaceutskom tvrtkom MSD. [preuzeto 20.11.2020.] <https://www.msd.hr/home/>
97. Naredba o izmjenama i dopunama naredbe o mjerilima u zakonskom mjeriteljstvu i rokovima verifikacije, "Službeni glasnik BiH", br. 75/14. Dostupno na: <http://www.sluzbenilist.ba/page/akt/Ycohz4nh78h77aQGptxyo> Datum pristupa informaciji: 13.1.2021.
98. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) "Diabetic Foot Problems: Prevention and Management" - Overview | Diabetic foot problems: prevention and management | Guidance | NICE
99. National Institute of Diabetes and Digestion and Kidney Disease [webpage on the Internet] National Institute of Health; 2016
100. NHS Blood and Transplant. (2019). "Consent for Blood Transfusion: Patient Information Leaflet."
101. NHS website. Lumbar puncture, Nhs.Uk., 2021. Dostupno na: <https://www.nhs.uk/conditions/lumbar-puncture/> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
102. Nolte S.M., Hormoni gušterače i lijekovi za liječenje šećerne bolesti. U: Katzung BG (Trkulja V, Klarica M, Šalković- Petrišić M. Petrišić str. ur. hrv. izd.), ur. Temeljna i klinička farmakologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011. Str. 727-751.
103. OBSH - Pakoja esenciale për menaxhimin e sëmundjeve jo ngjitëse - AQH - Swiss Agency For Development and Cooperation SDC. Project implementit by Swiss TPH
104. Odjel za endokrinologiju i diabetologiju, Opća bolnica Pula. Primjena inzulinske terapije. Dostupno na: https://www.istra-istria.hr/media/filer_public/38/f5/38f5311d-2cc0-41e5-9c29-aa99005aeff/razno-01-primjena_inzulinske_terapije_hr.pdf Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
105. OBSH. 2008. Parandalimi i sëmundjeve kardiovaskulare – Udhëzuesi: porta për vlerësimin dhe menaxhimin e rreziqeve kardiovaskulare.
106. OBSH. 2011. Shkallëzimi i veprimeve kundër sëmundjeve jo-ngjitëse. Sa do të kushtojnë ato?

107. OBSH. 2012. Parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve jo-ngjitëse.
108. Osobna zaštitna oprema – HZJZ. (n.d.). Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) - Služba za medicinu rada. Dostupno na: <http://www.hzzsr.hr/index.php/sigurnost-na-radu/osobna-zastitna-oprema/> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
109. Perković, D. Medicinska bakteriologija i virologija: priručnik za vježbe. Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2013.
110. Plani i veprimi për promovim dhe edukim shëndetësor 2020-2021, Ministria e shëndetësisë, Prishtinë
111. Politike i procedure Opće bolnice „Prim. dr. Abdulah Nakaš“, Sarajevo, 2019.
112. Politike i procedure Univerzitetskog kliničkog centra Tuzla. UKC Tuzla, Tuzla, 2017.
113. Postupak oblačenja zaštitne odjeće U: Mjere zaštite pri zbrinjavanju bolesnika inficiranih 2019-n-koronavirusom, Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“, Zagreb, 2020. Dostupno na: <https://www.bolnica-zadar.hr/wp-content/uploads/2020/01/Postupak-oblačenja-zastitne-odjeće-1.pdf> Datum pristupa informaciji: 01. veljače 2021.
114. Postupak oblačenja zaštitne opreme - koronavirus. U: Infektološki glasnik. Dostupno na: https://ciji.com.hr/wp-content/uploads/2020/03/SKIDANJE-I-OBLACENJE-koronavirus-25_2_2020.pdf Datum pristupa informaciji: 01. veljače 2021.
115. Postupak uvođenja i održavanja urinarnog katetera u kućnom okruženju. JZNU Dom zdravlja „Dr. Mustafa Šehović“ Tuzla, 2016. Dostupno na: <http://www.akaz.ba/udoc/kateterizacija.pdf> Datum pristupa informaciji: 01. veljače 2021.
116. Powers MA, Bardsley JK, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report of the American Diabetes Association, the association of diabetes care & education specialists, The Academy of Nutrition and Dietetics, The American Academy of Family Physicians, The American Academy of PAs, The American Association of Nurse Practitioners, The American Pharmacists Association. Diabetes Care 2020;
117. Pravilnik o mjeriteljskim i tehničkim zahtjevima za infuzomate i perfuzore, „Službeni glasnik BiH“, br. 75/14. Dostupno na: <http://www.sluzbenilist.ba/page/akt/ohz4nh78h77mO1Lpslo9A> Datum pristupa informaciji: 13.01.2021.
118. Pravilnik o načinu pregleda umrlih i načinu utvrđivanja vremena i uzroka smrti, „Službene novine Federacije BiH“, br. 15/00 Dostupno na: <https://mz.ks.gov.ba/node/2287> Datum pristupa informaciji: 13.01.2021.
119. Prijem u bolnicu i liječenje – UKC., Univerzitski klinički centar Tuzla, 2016. Dostupno na: http://www.ukctuzla.ba/ukctuzla/?page_id=282&lang=bs Datum pristupa informaciji: 01. veljače 2021.
120. Priručnik standardnih operativnih postupaka u sestrinstvu za sekundarni i tercijarni nivo zdravstvene zaštite. Fondacija Fami, Sarajevo, 2020.
121. Prlić, N. Zdravstvena njega 4: zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika, Školska knjiga, Zagreb, 2005.
122. Prlić, N. Zdravstvena njega: udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola. Školska knjiga, Zagreb, 2009.
123. Prlić, Nada. Zdravstvena njega: udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola, Školska knjiga, Zagreb, 2006.
124. Proposal for the inclusion of low molecular weight heparins for the prevention of venous

thromboembolism in hospitalized patients in the who model list of essential medicines. Scientific and Standardization Committee on Control of Anticoagulation International Society on Thrombosis and Haemostasis Department of Clinical and Experimental Medicine University of Insubria, Varese, 2014. Dostupno na: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/LMWH.pdf?ua=1 Datum pristupa informaciji: 01. juli 2021.

125. Protokoll për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. 2012. Tiranë
126. Reyes Hernández PhD a, Ana M. Téllez López MSc a, Maricela López Orozco MSc a, Martha E. García Pérez PhD b, María A. López Luna PhD c, Lilitiana Barajas Esparza MSc a, Isis B. Bermúdez Camps PhD a2021, "Pilot study to validate a standard operating procedure for providing health education to diabetic patients"
127. Rogić, Milka. Priručnik za osnovne medicinske postupke u sestrinstvu. Med-Ekon, Zagreb, 2003.
128. Šepić, S. [et al.], Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2010.
129. Smjernice za postupke u zdravstvenoj njezi bolesnika u kući, Hrvatska komora medicinskih sestara; Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Zagreb, 2018.
130. Sperman, V., How to give a heparin subcutaneous injection, 2013. Dostupno na: <https://www.youtube.com/watch?v=fAQWibYLup8&feature=youtu.be> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
131. Standard Operating Procedures: Nursing in Primary Health Care, Part I. 2019. Sarajevo
132. Standardet e Kujdesit në Diabet - 2023 - Shoqata Amerikane e Diabetit Understanding A1C Test | ADA
133. Standardne operative procedure za bolnice. JU Klinički Centar Univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2020.
134. Stanetić M, Arnautović R, Đekić-Čađo M, Eri Ž, Janković S, Jović S, et al. Pulmološki priručnik. Medicinski fakultet, Banja Luka, 2002. Dostupno na: <http://www.mojapluca.ba/wp-content/uploads/2013/04/knjiga.pdf> Datum pristupa informaciji: 13.01.2021.
135. Štern Padovan, R., Šušnjara, V., Hrabak Paar, M. i Lušić, M. Kako odabrati pravilno snimanje: radiološka dijagnostika urotrakta. Medix. 2010; 16(91): 105-114.
136. Strecheri i kolica. PANON TRADE d.o.o.. Dostupno na: <http://www.panon-trade.ba/kolica-strecheri.htm#> Datum pristupa informaciji: 13.01.2021.
137. Švrakić S., Vuković S., Bajramović E., Peševski Z., Vodič za prevenciju i liječenje dekubitusa, Institut za naučno istraživačko-rad i razvoj kliničkog centra univerziteta u Sarajevu, Sarajevo, 2009. Dostupno na: <https://mz.ks.gov.ba/sites/mz.ks.gov.ba/files/Dekubitus.pdf> Datum pristupa informaciji: 13.02.2021.
138. Udhërrëfyese Klinik 'Menaxhimi farmakologjik i sëmundjes së sheqerit Tip 2 tek të rriturit'. 2020. Udhërrëfyese nr. 17. Versioni 1. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë.
139. Udhëzim Administrativ Nr. 15/2013 Karta e të Drejtave dhe Përgjegjësi të Pacientëve
140. Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr.04/2025 masat dhe kushtet për sigurinë e pacientit, parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve në kujdesin shëndetësor dhe rezistencën antimikrobike.
141. Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr.05/2025 për Imunoprofilaksë dhe Kimioprofilaksë.
142. Udhëzimi Administrativ (MSh) Nr.06/2023 për Udhërrëfyes dhe Protokolle Klinike.

143. Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr.01/2010 Recetat në sistemin shëndetësor në Republikën e Kosovës.
144. Udhëzimi Administrativ (në shëndetësi) Nr.02/2010 Dokumentet shëndetësore.
145. Udhëzimi Administrativ MMPH - Nr.10/2015 për trajtimin e mbeturinave nga produktet medicinale.
146. Udhëzimi Administrativ Nr.11/2013 – Sistemi i informatave shëndetësore dhe raportimi i të dhënave statistikore shëndetësore.
147. Udhëzimi Administrativ Nr.11/2015 Qarkulluesit me pakicë për produkte dhe pajisje medicinale.
148. Udhëzimi Administrativ Nr.13/2013 për katalogun shtetëror të mbeturinave.
149. Udhëzues Kombëtar. Administrimi i sigurt i mbetjeve spitalore. 2010. Ministria e Shëndetësisë, Tiranë
150. University of Illinois. How to Apply a Transdermal Patch. Healthline, 2018. Dostupno na: <https://www.healthline.com/health/general-use/how-to-use-transdermal-patch#tips> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
151. Upute za uzimanje i slanje uzoraka, www.hzjz.hr, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2019. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-mikrobiologija/upute-za-uzimanje-i-slanje-uzoraka/> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
152. Uymaz, A. O., Uymaz, P., & Akgül, Y. (2024). Assessing acceptance of AI nurses for outpatients with chronic diseases: From nurses' perspective. *Environment and Social Psychology*, 9(5).
153. Wagner, F. W. "A classification system for the severity of diabetic foot lesions"
154. What You Need to Know About Body Composition Analysis. Augyst 2022 - <https://gleneagles.com.my/health-digest/body-composition-analysis>
155. WHO (2018). Diabetes key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes> 30 October 2018.
156. World alliance for patient safety, World Health Organization, Geneva, 2004.
157. World Health Organization (WHO). (2011). "Patient Consent for Transfusion of Blood and Blood Products: A Basic Guide."
158. Yumpu.com. Your Guide To: How to Self-Inject Low Molecular Weight Heparin, 2013. Dostupno na: <https://www.yumpu.com/en/document/read/38536248/your-guide-to-how-to-self-inject-low-molecular-weight-heparin> Datum pristupa informaciji: 01. listopad 2021.
159. Zakarija Grković, Irena. Vitalni znakovi, Sveučilište u Splitu: Medicinski fakultet, Split. Dostupno na: https://neuron.mefst.hr/docs/katedre/klinicke_vjestine/Dr.sc.%20Irena%20Zakarija%20Grkovi%20%20-%20VITALNI%20ZNAKOVI.pdf Datum pristupa informaciji: 13.02.2021.