



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

Ministria e Shëndetësisë - Ministarstvo Zdravstva - Ministry of Health

PRVI PRIRUČNIK
STANDARDNIH SESTRINSKIH
PROCEDURA U PRIMARNOJ
ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

Verzija 1.0

PRIŠTINA, 2022



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

PRVI PRIRUČNIK
STANDARDNIH SESTRINSKIH
PROCEDURA U PRIMARNOJ
ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

VERZIJA: [1.0]

DATUM ODOBRAVANJA: [08/12/2022]

AUTOR: [MZ]

BR. STANDARDNIH PROCEDURA: [45]

BR. KORAKA: [247]

BR. PODKORAKA: [1877.]

PRIŠTINA, 2022.



Republika e Kosoves
Republika Kosova-Republic of Kosovo
Qeveria-Vlada-Government
Ministria e Shendetesise-Ministarstvo Zdravstva-Ministry of Health
Zyra e Ministrit/Ured Ministra/Office of the Minister

Br. 17/1/2023

Datum: 16.01.2023

Ministar Ministarstva zdravlja, uz podršku člana 145 (tačka 2) Ustava Republike Kosovo, uzimajući u obzir članove 10 i 11 Zakona br. 06/L-113 o organizaciji i funkcionisanju državne uprave i nezavisnih agencija (Službeni list br. 7, 01. mart 2019. godine), na osnovu člana 8 Uredbe br. 02/2021 o oblastima administrativne odgovornosti Kancelarije premijera i Ministarstva (08.06.2020.), izdaje:

ODLUKU

- I. Odobrava se prvi Priručnik standardnih sestrinskih procedura u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
- II. Aneks ove odluke je prvi Priručnik standardnih sestrinskih procedura u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
- III. Odluka stupa na snagu danom potpisivanja od strane Ministra zdravlja.



Odluka upćena:

- Generalnom Sekretaru;
- Pravnom odeljenju;
- Arhivi Ministarstva zdravlja

PRVI PRIRUČNIK STANDARDNIH SESTRINSKIH PROCEDURA U PRIMARNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI - je isključivo pripremljen i OBAVEZAN ZA SPROVOĐENJE tokom stručnog/praktičnog rada medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Ovaj priručnik je zaštićen od strane Ministarstvo Zdravstva Republike Kosovo.

© MZ, 2022

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

Dizajnirao: N.Bardhi©

Prvi priručnik Standardnih sestrinskih procedura u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti sastavili su autori:

Niman Bardhi	Predsedavajući	Divizija za sestrinstvo – MZ
Albana Morina	Član	Divizija Primarne zdravstvene zaštite – MZ
Fekrije Hasani	Član	Divizija za sestrinstvo – MZ
Besa Balidemaj	Član	Divizija za strateško planiranje - MZ
Zana Haraqija	Član	Divizija za evropske integracije - MZ
Kadrije Sherifi	Član	Divizija za izradu i usklađivanje zakonodavstva - MZ
Myrvete Sopi	Član	Glavni centar porodične medicine – Priština
Elvana Podvorica	Član	Odeljenje za medicinske sestre/tehničara/tehničare – Univerzitet u Prištini
Hidajete Krasniqi	Član	Komora medicinskih sestara Kosova (KMSK)
Agron Bytyqi	Član	Udruženje za prava pacijenata na Kosovu (PRAK)
Elvane Kukalaj	Član	Divizija sestrinstva – MZ

Podržano od:

Projekat Pristupačne i kvalitetne zdravstvene zaštite (AQH) koji finansira Švajcarska agencija za razvoj i saradnju (SDC), a sprovodi Swiss TPH.

- - -

2022. Priština, REPUBLIKA KOSOVO

SPISAK SKRAĆENICA

AgNO ₃	Srebrni nitrat
AQH	Accessible Quality Healthcare (Dostupna kvalitetna zdravstvena zaštita)
CM	Centimetar
CVS	Chorionic Villus Sampling (Uzorkovanje horionskih resica)
PDR	Predviđeni datum rođenja
EKG	Elektrokardiogram
PE	Plućna embolija
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel (Evropski savetodavni panel za pritisak čira)
FR	French (proračun: 1 Fr = 0,33 mm)
g	Gram
HPR	Hemoragija pre rođenja
ID	Identity Card (lična karta)
ITM	Indeks telesne mase
IMP	Infekcije mokraćnih puteva
KED	Kendrick Extrication Device (Kendrick uređaj za izvlačenje)
Kg	Kilogram
PRR	Pretnja prevremenog rođenja
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
VF	Visina fundusa
VSP	Visina simfize pubisa
m ²	Kvadratni metar
MAST	Medical Antishock Trousers (Medicinska odeća protiv šoka)
mg	Miligram
MIN	Minuta
ml	Mililitara
MSKV	Merenje simfizne krajnje visine
MMHG	Milimetar žive (Manometrijska jedinica pritiska)

MMS	Mini Mental Status (Mini mentalni status)
MZ	Ministarstvo zdravstva
Br	Broj
PEF	Peak Expiratory Flow (Tačka ekspiratornog protoka – Maksimalni protok disanja)
PFM	Peak Flow Meter (Merač tačke protoka)
PNMP	Poslednji normalan menstrualni period
SOP	Standardne operativne procedure
PVC	Polivinilhloridi
ŠK	Šećer u krvi
CNS	Centralni nervni sistem
AP	Arterijski pritisak
UI	Merna jedinica
WHO (SZO)	World Health Organization (Svetska Zdravstvena Organizacija)

SADRŽAJ

UVOD	11
Povezivanje sa aktima	12
UPUTSTVA ZA IZRADU STANDARDNIH OPERATIVNIH PROCEDURA	14
Definicija i svrha SOP-a	14
Razlozi za određivanje procedura	14
Kada treba kreirati procedure	15
Šta treba uzeti u obzir pri pisanju procedura	15
Komponente SOP-ova	15
1. Poglavlje	15
2. Obavezni elementi sadržaja procedure	16
3. Usvajanje procedure	16
POGLAVLJE I – REGISTRACIJE I DOKUMENTOVANJE	19
1. Identifikacija pacijenta	21
2. Planiranje i ponovno zakazivanje termina za zdravstvene usluge	22
3. Dokumentovanje sestrinskih procedura	28
POGLAVLJE II – KONTROLA INFEKCIJE	33
4. Tehnika pranja i dezinfekcije ruku	35
5. Bezbedno upravljanje oštrim otpadom	39
6. Priprema i sterilizacija sanitarnih instrumenta i materijala	42
POGLAVLJE III – PROCEDURE MERENJA	49
7. Merenje telesne težine i visine i izračunavanje indeksa telesne mase	51
8. Merenje nivoa glukoze iz periferne krvi	54
9. Ostvarivanje elektro kardiograma	57
10. Merenje krvnog pritiska	62
11. Merenje pulsa palpacijom	64
12. Merenje telesne temperature	65
13. Antropometrijsko merenje deteta	68
POGLAVLJE IV – PROCEDURE ZA PRIMENE LEKOVIMA	75
14. Primena pet pravila pre primene lekova	77
15. Navlačenje leka iz bočice i ampule	78
16. Uspostavljanje venskog puta	80
17. Primena lekova intravenoznim putem	82

18.	Primena lekova kroz perifernu intravenoznu kanilu.....	85
19.	Primena infuzijskog rastvora	89
20.	Primena leka pod kožu.....	95
21.	Intramuskularna primena leka.....	99
22.	Primena leka u oko.....	103
23.	Primena leka u uvo.....	106
24.	Primena leka u nos	109
25.	Primena kiseonika.....	112
26.	Primena lekova putem inhalacije	117
POGLAVLJE V – DIJAGNOSTIČKO-TERAPIJSKI POSTUPCI.....		123
27.	Ispiranje uha.....	125
28.	Postavljanje fiksnog zavoja.....	127
29.	Tretiranje i zavijanje rane	132
30.	Tretiranje lakših opekotina	136
31.	Procena i tretiranje dekubitalne rane.....	139
32.	Imobilizacija	142
33.	Imobilizacija – posebne vrste.....	147
34.	Zdravstvena nega kolostome.....	154
35.	Postavljanje i održavanje urinarnog katetera	157
36.	Tretiranje pupčane vrpce kod novorođenčeta	161
37.	Tretiranje usne šupljine kod beba sa stomatitisom	164
GLAVA VI – POSTUPCI PROMOTIVNO – PREVENTIVNOG RADA.....		167
38.	Promotivno – preventivni rad medicinskih sestara/ tehničara	169
39.	Kućne posete trudnicama	176
40.	Kućna poseta deci 0 - 3 godine	181
41.	Kućne posete porodiljama.....	189
42.	Kućni pregled dojke u postnatalnom periodu	194
43.	Kućne posete pacijentima sa hroničnim bolestima.....	197
44.	Procena rizika i preventivne mere od dekubitalnog čira.....	202
45.	Kućne posete pacijentima u terminalnoj (palijativnoj) fazi bolesti	208
Literatura.....		211

PREDGOVOR

Zadovoljstvo mi je da vam predstavim prvi Priručnik standardnih sestrinskih procedura u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, ovaj priručnik će doprineti širenju rezultata, koji će poboljšati efikasnost medicinskih sestara na nivou primarne zdravstvene zaštite u Republici Kosovo. Ovaj priručnik je nastao zahvaljujući intenzivnom radu grupe stručnjaka iz Ministarstva zdravlja, uključujući terenski rad, analizu literature, diskusije i radionice sa aktivnim predstavljanjem zdravstvenih radnika, uz podršku projekta AQH.

Glavna svrha prvog Priručnika standardnih sestrinskih procedura u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je da ove standardne procedure doprinesu značajnom napretku, poboljšanjem rezultata, kvaliteta i efektivnosti sestrinskih usluga, na nivou primarne zdravstvene zaštite u Republici Kosovo. a njegova implementacija je veoma teška.

Kao i druge profesije, sestrinstvo se također suočava sa stalnim izazovima u pogledu javnog zdravlja, uključujući demografiju, iskustva stanovništva, zdravstveno znanje, tehnologiju i zdravstvene inovacije. Poznato je da je uloga sestrinstva veoma značajna u sistemu zdravstvene zaštite, jer obuhvata sve cikluse ljudskog života, od novorođenčadi do nege novorođenčadi do palijativnog zbrinjavanja, unapređenja zdravlja i prevencije bolesti, kao i učešća u ključnim zdravstvenim aktivnostima, politika, saradnja sa raznim udruženjima, zdravstvenim strukama i obrazovnim institucijama. Razvijanje sestrinstva kroz kontinuirano obrazovanje i rast, da je broj medicinskih sestara sa fakultetskim obrazovanjem u našoj zemlji nerazvrstan. Stoga je potrebno postići adekvatan pristup obrazovanju koji uključuje povećanje kompetencija uz poštovanje osnovnih principa sestrinske etike.

Uzimajući u obzir značaj sestrinstva u predlogu dizajna svih zdravstvenih politika i njihovu uspešnu implementaciju, Ministarstvo zdravlja je pružilo podršku za aktivnosti preko potrebne standardizacije sestrinske prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Republici Kosovo.

Na kraju, želeo bih da izrazim svoju zahvalnost svima koji su doprineli izradi ovog priručnika, obezbeđujući da usluge medicinskih sestara budu standardizovanog kvaliteta koje će se nuditi u svim Ustinova Centra za primarnu zdravstvenu zaštitu u Republici Kosovo, pojašnjavanje uloga i odgovornosti medicinskih sestara u poboljšanju sigurnosti, kvaliteta i efikasnosti sestrinske njege na kontinuiranoj osnovi i konačno osiguravanje zadovoljstva korisnika u pružanju zdravstvenih usluga.

Želim vam puno uspeha i pružam punu podršku u implementaciji ovog priručnika.



UVOD

Kao i svaki nivo zdravstvene zaštite na Kosovu koji ima svoju multiprofesionalnu grupu i detaljna uputstva koja mogu da obezbede kvalitet rada, ni nivo primarne zdravstvene zaštite nije izuzetak. Kontinuirano povećanje broja hroničnih bolesti, demografske promene i uticaj socio-ekonomskih faktora doveli su do toga da se zdravstveni sistem na Kosovu suoči sa povećanjem potreba za zdravstvenim uslugama. Na osnovu ovog konteksta, poznato je da je sestrinstvo glavni stub u sistemu zdravstvene zaštite i ima snažan potencijal da utiče na zdravstvene ishode i da poveća kvalitet života stanovništva na Kosovu.

Medicinske sestre /tehničari su operateri koji uz profesionalnu samostalnost obavljaju neposredne poslove na prevenciji, lečenju, zaštiti individualnog i kolektivnog zdravlja, vaspitanju i unapređenju zdravlja, obavljajući funkcije definisane odgovarajućim profesionalnim profilom i etičkim kodeksom, koristeći metodologije planiranja za ciljeve sestrinske nege. Da bi se obezbedila najprikladnija i najkvalitetnija nega za pacijente u institucijama primarne zdravstvene zaštite, medicinske sestre/tehničari i svaki profesionalac iz jedinica/odeljenja prate set smernica pod nazivom Standardne operativne procedure.

Aktivnosti u oblasti standardizacije sestrinske prakse u Republici Kosovo su od velikog značaja. Standardi sestrinstva su merljive definicije dogovorenog i prihvatljivog kvaliteta sestrinske nege na određenom radnom mestu i koriste se za procenu stvarne sestrinske prakse. Standardi deluju kao smernice ili ciljevi pomoću kojih utvrđujemo da li sestrinske aktivnosti ispunjavaju unapred određeni nivo kvaliteta ili ne. Standard definiše usklađen nivo kvaliteta i kvantiteta rada.

Na osnovu Zakona o zdravstvu, Zakona o javnom zdravlju, Zakona o otpadu, Zakona o medicinskim proizvodima i opremi, Zakona o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti i Zakona o sprečavanju i suzbijanju pandemije Covid-19 na teritoriji Republike Kosova, zdravstvene institucije su dužne da stvaraju, razvijaju i održavaju sistem bezbednosti i kvaliteta zdravstvenih usluga, što između ostalog podrazumeva pripremu i sprovođenje procedura za usluge koje nudi.

Na osnovu Strateškog i operativnog plana Vlade 2022-2025, strateškog cilja 3 i strateškog podcilja 3.1, generalni sekretar u MZ imenuje radnu grupu za izradu Standardnih operativnih procedura sestrinstva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, sa br. odluke 180/V/2022 od 11.05.2022. godine i br. protokol 05-2213 od 12.05.2022. Radna grupa je izradila 45 Standardnih procedura podeljenih u 6 poglavlja, 7 algoritama i 18 dodataka za sestrinstvo Primarne zdravstvene zaštite.

Prvi priručnik Standardnih sestrinskih procedura u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti izrađen je na osnovu iskustava institucija primarne zdravstvene zaštite na međunarodnom i regionalnom nivou. Ovaj priručnik je zasnovan na i sastavljen iz „Standardne operativne procedure: Sestrinstvo u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti, Deo I” u Sarajevu. Procedure su razvijene korišćenjem različite stručne literature, znanja, iskustva i dobre prakse.

Osnovna svrha prvog Priručnika o Standardnim sestrinskim procedurama u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti je da ove standardne procedure, koje su izradili stručnjaci Ministarstva zdravstva i podržani od strane AQH projekta, doprinesu poboljšanju rezultata, kvaliteta i efektivnosti sestrinskih usluga na nivou Primarne zdravstvene zaštite u Republici Kosovo.

Standardne procedure treba da budu dostupne svim medicinskim sestrama/tehničarima koje rade u institucijama Primarne zdravstvene zaštite u Republici Kosovo, pomažući da se razvija i ojača sestrinstvo, dostupno, sposobno, jedinstveno i standardizovano za sve medicinske sestre/tehničara koje rade u zdravstvenoj zaštiti, na taj način da se pruže usluge sestrinske nege sa krajnjim ciljem poboljšanja bezbednosti, kvaliteta i efikasnosti nege pacijenata.

Prvi priručnik Standardnih sestrinskih procedura u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti pripremljen je isključivo i OBAVEZAN je ZA SPROVOĐENJE tokom profesionalnog/praktičnog rada medicinskih sestara i tehničara u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Povezivanje sa aktima

U ovom priručniku su u taksativnom obliku navedeni podzakonski akti na snazi sa kojima su povezane izrađene Standardne procedure. Ovo doprinosi upoznavanju korisnika Standardnih procedura sa podzakonskim aktima kao i neophodnim referentnim materijalom u slučaju eventualnih problema tokom sprovođenja Standardnih procedura u praksi.

Podzakonski akti predstavljeni u ovom priručniku su:

- Zakon br. 02/L-78 Zakon o javnom zdravlju / 08.02.2008. / Priština.
- Zakon br. 04/L-060 o otpadu (prilog) – Službeni list Republike Kosovo / br. 17 / 29.06.2012., Priština.
- Zakon br. 04/L-125 o zdravstvu. Službeni list Republike Kosovo / br. 13 / 07.05.2013., Priština.
- Zakon br. 04/L-190 o medicinskim proizvodima i opremi. Službeni list Republike Kosovo / br. 27 / 25.04.2014., Priština.
- Zakon br. 08/L-071 o izmenama i dopunama Zakona br. 04/L-060 o otpadu - Službeni list Republike Kosovo / br. 29 / 1. septembar 2022., Priština.
- Zakon br. 02/L-109 o sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti. Službeni list Republike Kosovo / Priština: Godina III / br. 40 / 15.10.2008.
- Zakon br. 07/L-006 o sprečavanju i suzbijanju pandemije Covid-19 na teritoriji Republike Kosovo. Službeni list Republike Kosovo / br. 3 / 25. avgust 2020.
- Administrativno uputstvo (MZ) br. 03/2019 o kliničkim vodičima i protokolima.
- Administrativno uputstvo (u zdravstvu) br. 01/2010 Recepti u zdravstvenom sistemu u Republici Kosovo.
- Administrativno uputstvo (u zdravstvu) br. 02/2010 Zdravstveni dokumenti.
- Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 04/2020 Primarna zdravstvena zaštita.
- Administrativno uputstvo br. 11/2015 Prometnici na malo medicinskih proizvoda i opremi.
- Administrativno uputstvo br. 11/2013 – Zdravstveni informacioni sistem i izveštavanje zdravstveno statističkih podataka.

- Administrativno uputstvo MŽSPP - Br. 10/2015 o tretmanu otpada medicinskih proizvoda.
- Administrativno uputstvo br. 13/2013 o državnom katalogu otpada.
- Administrativno uputstvo br. 05/2011 za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija.

UPUTSTVA ZA IZRADU STANDARDNIH OPERATIVNIH PROCEDURA

Izrada Standardnih operativnih procedura (SOP) treba da obuhvati: zaposlene na koje se te procedure odnose, zaposlene u pravnoj službi koji usklađuju procedure sa zakonskim propisima na snazi i osoblje zaduženo za uspostavljanje, održavanje i unapređenje kvaliteta i bezbednosti zdravstvenih usluga u instituciji (koordinator, služba, sektor, odeljenje).

Definicija i svrha SOP-a

- Procedura podrazumeva niz aktivnosti, koraka i procesa koji se moraju preduzeti prema definisanom redosledu da bi se postigao određeni cilj.
- Svrha operativnih procedura je da se osigura da svi zaposleni obavljaju iste procedure na isti način.
- Standardna operativna procedura je skup pisanih uputstava koja se moraju poštovati da bi se rad obavljao bezbedno, bez štetnih uticaja na zdravlje pacijenata, zdravlje osoblja ili životnu sredinu.
- Procedure za dobru, bezbednu, kvalitetnu, kontinuiranu i transparentnu zdravstvenu zaštitu su neophodne kako bi se smanjila mogućnost grešaka u procesu rada.

Razlozi za određivanje procedura

- Procedure obezbeđuju da pružaoci usluga imaju sve potrebne informacije u vezi sa bezbednošću zdravlja pacijenata, okoline kao i odgovarajuće pripreme neophodne za adekvatan završetak posla.
- Procedure obezbeđuju da se koraci u pružanju usluga sprovode kontinuirano, kako bi se obezbedila kontrola kvaliteta usluga.
- Procedure osiguravaju da proces teče neometano i da se završi u određenom roku.
- Procedure osiguravaju da se greške ne dogode.
- Procedure obezbeđuju primenu propisa i dobre prakse.
- Procedure služe kao dokument za obuku u oblastima za koje su napisane i pomažu u obuci i obrazovanju novih radnika.
- Procedure služe kao kontrolne liste za nadzor i kontrolu učinka na radu.
- Procedure služe kao dokaz kako su se odvijali određeni procesi, koja oprema i materijali su korišćeni itd.
- Procedure pojašnjavaju korake u procesu i mogu se uzeti u obzir u slučaju negativnih rezultata kako bi se opravdale mere preduzete od strane zdravstvenih profesionalaca.

Kada treba kreirati procedure

Procedure treba kreirati:

- Za svaki postojeći proces;
- Kada se uvede novi proces;
- Kada se postojeći proces promeni;
- Kada se uvede nova oprema - tehnologija,
- Kada postoji pokazatelj da će primena novih znanja doneti korist kroz unapređenje radne prakse;
- Kada se zakonski standardi i propisi koji kreiraju procedure promene,
- Testiranje incidenata takođe može ukazati na potrebu za promenom ili pisanjem procedura.

Šta treba uzeti u obzir pri pisanju procedura

Procedura treba da bude kratka, jasna i razumljiva i ne više od 6 koraka. Ukoliko procedura ima više od 6 koraka, treba razmotriti sledeće opcije:

- Podelite je na nekoliko logičnih podkoraka.
- Napišite skraćeni oblik kao dodatak proceduri, koji će sadržati samo korake bez detaljnih objašnjenja (algoritam).
- Ako proces rada zahteva obimniju strukturu, moguće je kreirati dokument u obliku priručnika ili vodiča.

Komponente SOP-ova

1. Poglavlje

Svaka standardna operativna procedura treba da ima poglavlje, najčešće u tabelarnom obliku, koje sadrži:

1.1 Naziv zdravstvene institucije

Osigurajte se da napišite pun naziv zdravstvene institucije u kojoj se sprovodi procedura.

1.2 Naziv procedure

Naziv procedure mora odgovarati sadržaju. Ne koristite skraćenice u nazivu procedure.

1.3 Vrsta procedure

- Procedura prema standardima akreditacije (specificirajte standard i kriterijum).
- Procedura prema standardima sertifikacije (specificirajte standard i kriterijum).
- Procedure procesa rada, operativne procedure ili procedure rada (procedure koje opisuju procese).

1.4 Jedinstveni broj procedure

Broj procedura registrovanih u centralnim institucijama sastoji se od 3 broja:

- 1) prvi broj je broj evidencije;
- 2) drugi broj se odnosi na godinu kada je procedura usvojena ili pregledana,
- 3) treći broj je broj verzije procedure.

Moguće je dodati i četvrti broj koji se odnosi na organizacionu jedinicu.

1.5 Broj stranica procedure

- Specifikujte broj stranica.

1.6 Valjanost procedure

- Najviše 3 godine od usvajanja ili pregleda.

2. Obavezni elementi sadržaja procedure

2.1 Opšta izjava

Definiše svrhu/cilj i razlog za primenu procedure.

2.2 Oblast sprovođenja

Usvojene procedure su **OBAVEZNE ZA SPROVOĐENJE** tokom profesionalnog/praktičnog rada medicinskih sestara u organizacionim jedinicama – odeljenjima PZZ-a.

2.3 Raspodela i nadzor

Uverite se da je svo osoblje upoznato sa procedurom. Proceduru treba raspodeliti svim rukovodiocima najvišeg nivoa, koji će je raspodeliti nižim rukovodiocima. Rukovodioci organizacionih jedinica nižeg nivoa odgovorni su za dostavljanje procedure operativnom osoblju koje primenjuje proceduru. U ovom odeljku važno je napomenuti kome procedura mora biti dostupna i ko vrši redovan periodični nadzor nad njenim sprovođenjem. Takođe, nadzor se vrši po nivoima odgovornosti.

2.4 Procedura / tok radnji / proces / koraci

Treba da sadrži opis procesa, zasnovan na nizu zajedničkih međusobno povezanih koraka, metode pravilnog i bezbednog sprovođenja, zapise o sprovedenim procedurama, ako procedura zahteva, itd. Procedura sadrži opis koraka procesa rada koji je predmet postupka (vrsta delatnosti, lica odgovorna za obavljanje delatnosti, vreme i način obavljanja delatnosti).

2.5 Pregled procedure

Redovni pregled procedura vrši se svake tri godine, što se obično registruje na kraju procedure. Vanredna kontrola se može obaviti i ranije u slučaju izmena zakonskih akata, propisa po kojima je pisana procedura, ako se uvede nova oprema ili metode rada i sl. U slučaju pregledane procedure, navesti mesec i godinu u kojoj je procedura pregledana.

3. Usvajanje procedure

U nastavku su označeni početak i kraj procedure:

- Imena i potpisi lica koja su učestvovala u izradi ili reviziji SOP-a,
- Ime i potpis lica koje odobrava SOP,
- Datum odobrenja,
- Pečat institucije.

Odobrene procedure su OBAVEZNE ZA SPROVOĐENJE tokom profesionalnog/praktičnog rada medicinskih sestara u organizacionim jedinicama – odeljenjima PZZ-a prema određenim radnjama i nepoštovanje predstavlja povredu profesionalnih dužnosti i odgovornosti na radu.

Tabela br. 1 – Prvi priručnik Standardnih sestrinskih procedura u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti (podeljen na poglavlja, SOP, korake i podkorake)

Br. Poglavlja	Br. SOP-a	Br. koraka	Br. podkoraka
POGLAVLJE I	1	2	6
	2	3	36
	3	6	40
Ukupno Poglavlje I	3	11	82
POGLAVLJE II	4	4	27
	5	3	19
	6	6	42
Ukupno Poglavlje II	3	13	88
POGLAVLJE III	7	6	28
	8	5	25
	9	6	28
	10	4	22
	11	4	12
	12	5	34
	13	6	37
Ukupno Poglavlje III	7	36	186
POGLAVLJE IV	14	5	13
	15	4	37
	16	5	33
	17	6	49
	18	6	48
	19	8	83
	20	5	46
	21	5	44
	22	6	51
	23	5	37
	24	6	47
	25	6	67
	26	6	63
Ukupno Poglavlje IV	13	73	618
POGLAVLJE V	27	5	38
	28	5	36
	29	6	44
	30	5	28
	31	5	40
	32	6	53
	33	11	82
	34	6	52
	35	6	61
	36	6	45
	37	6	33
Ukupno Poglavlje V	11	67	512
POGLAVLJE VI	38	6	42
	39	4	32
	40	7	87
	41	6	60
	42	6	32
	43	6	59
	44	6	36
	45	6	43
Ukupno Poglavlje VI	8	47	391
Σ - SOP	45	247	1877

POGLAVLJE I – REGISTRACIJE I DOKUMENTOVANJE

1

IDENTIFIKACIJA PACIJENTA

2

**PLANIRANJE I PONOVO ZAKAZIVANJE TERMINA ZA ZDRAVSTVENE
USLUGE**

3

SESTRINSKO DOKUMENTOVANJE

1. IDENTIFIKACIJA PACIJENTA

Cilj: primenom ove procedure obezbediće se pravilna identifikacija pacijenta kako bi se sprečila zamena identiteta, zloupotreba usluga zdravstvenog sistema i moguće posledice koje one mogu doneti.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Identifikacija	1. Neophodna je tačna identifikacija pacijenta i nikakva medicinska procedura ne bi trebalo da se izvodi na pogrešnom pacijentu. 2. Identifikacija pacijenta se vrši imenom, prezimenom i Identifikacionim ličnim brojem. 3. Dokument koji sadrži sliku (lična kartu, vozačka dozvola, pasoš) upoređuje se sa slikom pacijenta, a zatim sa podacima u zdravstvenoj kartici/knjižici. 4. U nedostatku identifikacionog dokumenta za maloletna lica, predočava se izvod iz matične knjige rođenih od pratioca (roditelja, nastavnika, zakonskog staratelja) sa ličnim dokumentom koji sadrži sliku (lična karta, pasoš i/ili vozačka dozvola).
[II]	Odgovornost	1. Osnovna odgovornost za tačnu identifikaciju pacijenta je na medicinskoj sestri/tehničaru koja radi na prijemu, ali je i odgovornost medicinske sestre/tehničara tokom procesa davanja leka, procedura lečenja i dijagnostičkih procedura. 2. U slučaju lažnog identiteta, radni tim odmah prima informaciju i prijavljuje pravnoj kancelariji institucije.

2. PLANIRANJE I PONOVO ZAKAZIVANJE TERMINA ZA ZDRAVSTVENE USLUGE

Cilj: ove procedure je utvrđivanje osnovnih principa zakazivanja zdravstvenih usluga i načina registracije pacijenata.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Zakazivanje termina	1. Zakazivanje termina za zdravstvenu uslugu je unapred određen dan i vreme dolaska pacijenta sa očekivanim trajanjem zdravstvene usluge. 2. Pacijent, član porodice ili zakonski staratelj pacijenta može zakazati termin za zdravstvenu uslugu telefonom ili e-mailom. 3. Informacije o zakazivanju termina treba da budu prikazane na oglasnoj tabli (informacije za pacijente o pravima i obavezama) i usmeno saopštene pacijentu po prvom dolasku u instituciji.
[II]	Osnovni principi za zakazivanje/ određivanje termina	1. Zakazivanje termina treba prilagoditi prema potrebama pacijenata i prema mogućnostima tima. 2. Tokom zakazivanja termina, medicinska sestra/tehničar, kroz komunikaciju sa pacijentom ili članom porodice, dobija informacije o vrsti usluge koja je potrebna pacijentu. 3. Tokom dana treba ostaviti 2-3 slobodna mesta za hitne slučajeve. 4. U slučaju produžene usluge i korišćenja termina drugog pacijenta, osoblje tima mora odmah obavestiti pacijente u čekaonici o neočekivanoj promeni zakazanog termina. 5. Edukacija pacijenata o principima zakazivanja, promene i otkazivanja termina. 6. U slučaju promene termina od strane tima, medicinska sestra/tehničar blagovremeno obaveštava pacijenta. 7. U slučaju bilo kakve ispravke u obrascu za zakazivanje termina, upotreba korektora nije dozvoljena, nego ispravite gore jednom linijom i zabeležite razlog.
[III]	Registracije planiranih termina	1. Zabeležu se neophodne informacije o pacijentu za zakazivanje termina. 2. Odeljenje / Jedinica, da će se realizirati poseta.

	(Prilog 1 i Dodatak 2)	3. Ime lekara kod koga je pacijent određen za posetu. 4. Ime i prezime medicinske sestre/tehničara koja je zakazala termin. 5. Datum i dan kada medicinska sestra/tehničar popunjava obrazac. 6. Vreme (sat i minut) kada je pacijentu zakazan termin. 7. Ime i prezime pacijenta kome je zakazan termin. 8. Datum zakazivanja termina pacijentu. 9. Broj telefona pacijenta kome je zakazan termin. 10. Razlog posete (prva poseta ili kontrolna poseta). 11. Ako je pacijentu zakazan termin od strane člana porodice ili zakonskog staratelja (svi podaci o pacijentu se popunjavaju kako je definisano u koraku III, podkoraci 5-9 ove procedure), u rubrici za komentare se piše ime i prezime osobe koja je tražila da zakaže termin, kao i kontakt telefon. 12. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je zakazala termin. 13. Broj planiranih pacijenata. 14. Broj pregledanih pacijenata. 15. Broj pacijenata koji se nisu pojavili na zakazani termin. 16. Broj pacijenata koji su otkazali termin.
--	------------------------	---

Prilog 1 – Obrazac za zakazivanje prepodnevnog termina

Odeljenje / Jedinica:

Planiranje posete/konsultacija, sa:

Ime i prezime medicinske
sestre/tehničara koja je zakazala
termin:

Datum:

Dan:

Vreme	Ime i prezime pacijenta	Datum zakazivanja termina	Broj telefona	Razlog posete		Napomena	Potpis medicinske sestre/tehničara
				Prva poseta	Kontrolna poseta		
07:30							
07:45							
08:00							
08:15							
08:30							
08:45							
09:00							
09:15							
09:30							
09:45							
10:00							
10:15							
10:30							
10:45							

11:00							
11:15							
11:30							
11:45							
12:00							
12:15							
12:30							
12:45							
13:00							
13:15							

Br. planiranih
pacijenata

Br. pregledanih
pacijenata

Br. pacijenata koji
se nisu pojavili na
zakazani termin

Br. pacijenata koji su
otkazali termin

Prilog 2 – Obrazac za zakazivanje termina popodne

Odeljenje / Jedinica:

Planiranje posete/konsultacija, sa:

Ime i prezime medicinske
sestre/tehničara koja je zakazala
termin:

Datum:

Dan:

Vreme	Ime i prezime pacijenta	Datum zakazivanja termina	Broj telefona	Razlog posete		Napomena	Potpis medicinske sestre/tehničara
				Prva poseta	Kontrolna poseta		
13:30							
13:45							
14:00							
14:15							
14:30							
14:45							
15:00							
15:15							
15:30							
15:45							
16:00							
16:15							
16:30							
16:45							

17:00							
17:15							
17:30							
17:45							
18:00							
18:15							
18:30							
18:45							
19:00							
19:15							
19:30							

Br. planiranih
pacijenata

Br. pregledanih
pacijenata

Br. pacijenata koji
se nisu pojavili na
zakazani termin

Br. pacijenata koji su
otkazali termin

3. DOKUMENTOVANJE SESTRINSKIH PROCEDURA

Cilj: ove procedure je određivanje načina na koji se dokumentuje kvalitetan sadržaj sestrinskih procedura, koristeći elemente procesa sestrinske nege.

Dokumentovanje sestrinskih procedura je sastavni deo bezbedne i efikasne sestrinske prakse i predstavlja zbir podataka koji služi za evaluaciju, planiranje, sprovođenje, ponovnu procenu, kontrolu i praćenje planirane i sprovedene zdravstvene zaštite.

Dokumentaciju vodi medicinska sestra/tehničar, zapisujući podatke o svojim saznanjima, procedurama i pruženim zdravstvenim uslugama korisnicima zdravstvene zaštite.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[1]	Dokumentovanje (Prilog 3)	1. Medicinska sestra/tehničar vodi dokumentaciju o pacijentima kojima je potrebna zdravstvena nega za rešavanje njihovih trenutnih ili potencijalnih zdravstvenih problema, na osnovu potreba pacijenta ili lične procene. 2. Dokumentacija se vodi pojedinačno za svakog pacijenta i sastavni je deo zdravstvenog kartona pacijenta ili kartona zdravstvene zaštite. 3. Obrazac i sadržaj dokumentacije sa osnovnim elementima (naziv institucije, odeljenje, jedinica, služba) i proces sestrinske nege (procena, sestrinska dijagnoza, planiranje, sprovođenje i ponovna procena) je fleksibilan i može se prilagoditi specifičnostima pojedinih oblasti zdravstvene zaštite. 4. Podaci koje prikuplja medicinska sestra/tehničar mogu se čuvati na papiru ili u elektronskoj formi. 5. Citiranje klijenta/pacijenta je dozvoljeno. 6. Za tačnost, potpunost i blagovremenu registraciju podataka u dokumentaciji odgovorna je medicinska sestra/tehničar, koja podatke evidentira i potvrđuje svojim potpisom. 7. Svaka promena i dopuna informacije mora biti overeno potpisom i datumom. 8. Upotreba korektora nije dozvoljena. 9. Piše se hemijskom olovkom, uredno, čitko, jasno, sažeto, nedvosmisleno. 10. Izbegavajte skraćenice koje nisu opšte prihvaćene. 11. Da se poštuje poverljivost informacija.

		12. Registrovani podaci treba da odražavaju stanje klijenta/pacijenta i potrebe za zdravstvenom zaštitom. 13. Registrovani podaci moraju odražavati hronološki niz koji čini logičku celinu. 14. Registrovani podaci uvek treba da pokazuju šta, kako i kada je urađeno. 15. Nije dozvoljeno registrovati i potpisivati tuđe intervencije. 16. Nije dozvoljeno uništavanje, „gubljenje” dokumentacije. 17. Nije dozvoljen unos nepotpunih i neproverenih podataka. 18. Nije dozvoljeno pisati neprikladne komentare (negativne podsmehe, uvrede itd.).
[II]	Procena	1. Procena obuhvata: sistematsko, kontinuirano prikupljanje podataka o pacijentiu, analizu i identifikaciju problema ili potrebe pacijenta za zdravstvenom zaštitom. 2. Metode prikupljanja podataka su: zapažanje (posmatranje), intervjui, merenja (telesna težina, IMT visina, skala bola, temperatura, puls, krvni pritisak, PEF, itd.), analiza podataka postojeće medicinske dokumentacije. 3. Izvori podataka su: pacijent, pratilac, podaci iz zdravstvenog kartona, medicinski nalazi i neposredna zapažanja medicinske sestre/tehničara. 4. Sredstva za procenu su: skale i obrasci za procenu (Obrazac za procenu mobilnosti, skala bola, skala za procenu rizika od dekubitusa, Obrazac za procenu mentalnog statusa, Mini mentalni status – MMS, Skala za procenu flebitisa, Obrazac za procenu rizika od pada, Tabela za procenu kardiovaskularnog rizika itd.).
[III]	Sestrinska dijagnoza	1. Sestrinska dijagnoza je konačni rezultat, zaključak do kojeg se dolazi procenom ili identifikacijom problema. 2. Sestrinska dijagnoza je opisna i napisana je na službenim jezicima Republike Kosovo. 3. Tekst dijagnoze čine problemi, simptomi i uzroci (npr. nesanicu zbog učestalog noćnog mokrenja, nemogućnost samostalnog davanja insulina zbog oštećenja vida, gojaznost zbog nedovoljne fizičke aktivnosti i sl.).
[IV]	Planiranje	1. Planiranje sadrži ciljeve (željene ishode sestrinske nege) i sestrinske intervencije (potrebne za postizanje cilja).

		2. Ciljevi se definišu na osnovu očekivanja pacijenta (najbolje je zapisati pacijentove reči), raspoloživih ljudskih resursa i stručnosti i iskustva medicinske sestre/tehničara. 3. Ciljevi treba da budu realni, jasni, konkretni i obično uključuju vremenski period u okviru kojeg treba da budu postignuti i procenjeni (npr. „Da postigne telesnu težinu od 70 kg za 1 mesec” ili „Zabranjeno je da pušite do 1. juna”). 4. Plan treba imati registrovane planirane intervencije za koje se procenjuje da će pomoći u postizanju ciljeva. 5. Planovi mogu biti kratkoročni i dugoročni, sa rokovima postavljenim prema prioritetima (veći učinak postiže se sa više kratkoročnih ciljeva). 6. Pacijenti ili članovi porodice treba da budu uključeni u razvoj plana. 7. Plan za pacijenta mora da potpiše medicinska sestra/tehničar koja je izradila plan i pacijent koji svojim potpisom potvrđuje saglasnost na plan.
[V]	Sprovođenje	1. Sprovođenje predstavlja aktivnosti koje sprovodi medicinska sestra/tehničar, a koje se odnose na sprovođenje planiranih dijagnostičkih i terapijskih procedura, edukaciju, savetovanje, demonstraciju i praćenje pacijenta. 2. Ako se primenjuje savetovnje ili edukacija, obavezno uključite, pored vrste, i kraći sadržaj koji detaljnije opisuje savet ili edukativni sadržaj. 3. Registrovati da li je pacijentu obezbeđen pisani informativni ili promotivno – preventivni materijal. 4. Odrediti datum i potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvršila intervenciju i proceduru.
[VI]	Ponovna procena	1. Ponovna procena je procena ispunjenosti definisanih ciljeva. 2. Ukoliko cilj nije ispunjen, procena je negativna, potrebno je napraviti dodatnu procenu i izraditi novi plan. 3. U proceni zapišite sva odstupanja od dogovorenog plana, navodeći razloge odstupanja. 4. Ako ne postoji standardizovani obrazac sa osnovnim elementima procesa sestrinske nege, napomene u dokumentaciji mogu imati specifičan format registracije u obliku akronima 'SOAPIER':

		S – Subjektivni (subjektivni simptomi – šta pacijent kaže) O – Objektivni (objektivni znaci – merenja, dijagnostički nalazi) A – Analiza (dobijenih podataka i procene pacijenta) P – Plan (kursa radnje) I – Intervencije E – Evaluacija (procena) R – Revidiranje (modifikacija ili dopuna plana)
--	--	--

Prilog 3 – Dokumentovanje sestrinskih procedura (Proces sestrinske nege)

Ime i prezime pacijenta: _____ Br. protokola: _____
 Br. zdrav. Kartice: _____ Medicinska dijagnoza: _____
 Civilno stanje: _____ Profesija: _____ Zaposlen: DA NE Telefon: _____

PROCENA	Način života	Dijeta		Fizičke aktivnosti		Loše navike	Fizička procena	Telesne težine		Faktori rizika	duvan	
		raznolika		dobro				Visina tela			alkohol	
		neuravnotežena		umereno				IMT			gojaznost	
		umerena		slabo				obim struka			menopauza	
		povećan apetit		nepomično				TA				
		nizak apetit						PEF				
	Dodatna Procena:											
	Sestrinska dijagnoza											
Svrha	1.						3.					
	2.						4.					
PLAN	Planirane aktivnosti						Datum		Potpis medicinske sestre/tehničara			
SPROVOĐENJE	Izvedene aktivnosti						Datum		Potpis medicinske sestre/tehničara			
Odstupanja od plana												
Evaluacija	Edukacija		Interesovanje za učenje			Prepreke za učenje			CILj – ostvaren			
	Razumljivo		Postavlja prava pitanja			Nema barijera			DA NE			
	Dobro		Aktivno sluša			Nepismenost						
	Ograničeno		Ne poštuje vaspitača			Vizuelne, slušne						
	Slabo		Nezainteresovan			Zdrava presuda						
	Drugo (specificiraj):		Zbunjen			Motivacija						
Komentari/primedbe:												

POGLAVLJE II – KONTROLA INFEKCIJE

4

TEHNIKA PRANJA I DEZINFEKCIJE RUKU

5

BEZBEDNO UPRAVLJANJE OŠTRIM OTPADOM

6

**PRIPREMA I STERILIZACIJA SANITETSKIH INSTRUMENTA I
MATERIJALA**

4. TEHNIKA PRANJA I DEZINFEKCIJE RUKU

Cilj: ove procedure je utvrđivanje tehnike pravilnog pranja i dezinfekcije ruku, kako bi se sprečila pojava i širenje infekcija.

Pranje ruku je najvažnija individualna mera u prevenciji infekcija. Termin pranje ruku definiše višestruke radnje za uklanjanje prljavštine i smanjenje prolazne kolonizacije bakterijske flore koristeći tekuću vodu i tečni sapun. Institucija obezbeđuje prostorije za pranje ruku za pacijente i osoblje. Na mestima za pranje ruku treba postaviti uputstva sa procedurom za pravilno pranje ruku.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema pre pranja ruku	1. Zasukajte rukave, uklonite odeću sa podlakti. 2. Uklonite nakit sa ruku: sat, narukvice, bižuteriju, prstenje ili druge stvari. 3. Nokti moraju biti čisti i kratki; da nema veštačkih noktiju i proizvoda za nokte kao što su lak, gel itd. 4. Pokrijte moguće povrede kože (abrazije) hidrofobnim zavojima.
[II]	Higijensko pranje ruku	1. Pranje ruku je neophodno pre i posle svakog direktnog kontakta sa pacijentom i obavlja se tekućom vodom i tečnim sapunom kako bi se uklonila prljavština i prolazna flora, kao i nakon svakog direktnog kontakta sa pacijentovom kožom, telesnim tečnostima ili izlučevinama, prljavštinom na odeći i opremi, nakon skidanja rukavica i posle korišćenja toaleta.
[III]	Uputstva za pranje ruku (Prilog 4)	1. Trajanje čitavog postupka higijenskog pranja ruku traje 40-60 sekundi. 2. Operi ruke koristeći tekuću vodu (slavine za vodu treba lako da se otvaraju i zatvaraju). 3. Nanesite dovoljno tečnog sapuna da pokrijete celu površinu ruku (izbegavajte prskanje odeće i poda). 4. Trljajte ruke dlan o dlan. 5. Desni dlan na levoj strani sa isprepletanim prstima i obrnuto. 6. Dlan na dlan sa isprepletanim prstima. 7. Zadnji deo prstiju na suprotnom dlanu, sa spojenim prstima. 8. Rotaciono trljanje palca stegnutog desnim dlanom i obrnuto.

		9. Rotaciono trljanje napred-nazad sa prstima desne ruke spojenim u dlan leve i obrnuto. 10. Temeljno isperite ruke tekućom vodom. 11. Dobro osušite ruke papirom za jednokratnu upotrebu. 12. Koristite papir da zatvorite slavinu. 13. Sada su vam ruke sigurne.
[IV]	Uputstva za dezinfekciju ruku (Prilog 5)	1. Izvodi se pre bilo kakvog antiseptičkog dejstva zbog uništavanja mikroorganizama iz ruku zdravstvenih radnika i odnosi se na svaku radnju gde se antiseptički rastvor koristi za čišćenje i dezinfekciju ruku. 2. Higijensko trljanje ruku dezinfekcionim sredstvom se sastoji od trljanja ruku sa malom količinom od oko 3-4 ml veoma efikasnog i brzog antiseptika, u trajanju od 20-30 sekundi, dok se koža ne osuši da bi se postigao bakterijski i fungicidni efekat. 3. Trljajte ruke dlan o dlan 4. Desni dlan po levoj strani sa prepletanjem prstiju i obrnuto. 5. Dlan sa dlanom sa prepletanjem prstiju. 6. Zadnji deo prstiju na suprotnom dlanu sa prepletanjem prstiju. 7. Rotaciono trljanje palca leve ruke sklopljene desne ruke levom šakom i obrnuto. 8. Rotaciono trljanje napred-nazad prstima desne ruke spojenim u dlan leve ruke i obrnuto. 9. Kada se osuše, vaše ruke su bezbedne.

Prilog 4 – Higijensko pranje ruku



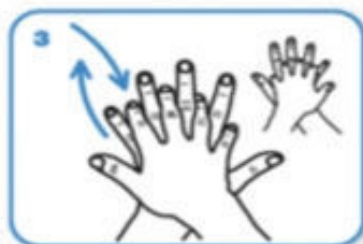
Operite ruke koristeći tekuću vodu



Nanosite dovoljno tečnog sapuna da pokrijete celu površinu ruku



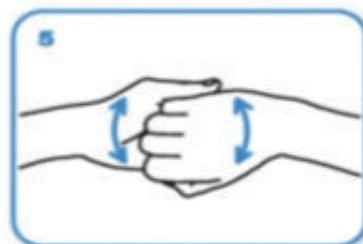
Trljajte ruke dlan o dlan.



Desni dlan na levoj strani sa isprepletanim prstima i obrnuto



Dlan o dlan si isprepletanim prstima



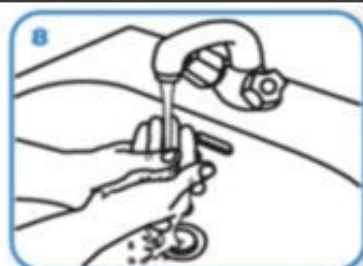
Zadnji deo prstiju na suprotnom dlanu, sa spojenim prstima



Rotaciono trljanje palca stegnutog desnim dlanom i obrnuto



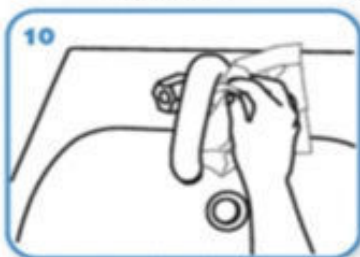
Rotaciono trljanje napred-nazad sa prstima desne ruke spojenim u dlan leve i obrnuto



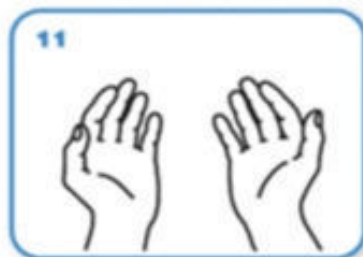
Temeljno isperite ruke tekućom vodom



Dobro osušite ruke papirom za jednokratnu upotrebu



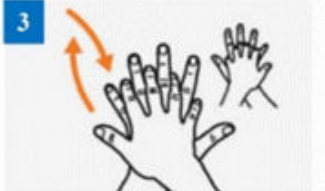
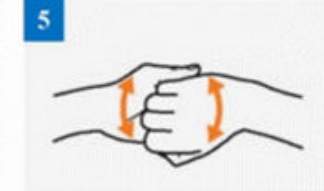
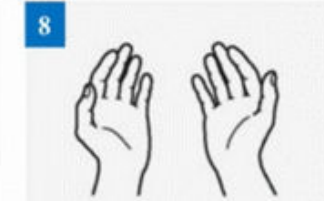
Koristite papir da zatvorite slavinu



... sada su vam ruke sigurne

Trajanje čitavog postupka higijenskog pranja ruku je 40-60 sekundi.

Prilog 5 – Dezinfekcija ruku

		
Higijensko trljanje ruku dezinfekcionim sredstvom		Trljajte ruke dlan o dlan
		
Desni dlan po levoj strani sa prepletanjem prstiju i obrnuto	Dlan sa dlanom sa prepletanjem prstiju	Zadnji deo prstiju na suprotnom dlanu se prepletanjem prstiju
		
Rotaciono trljanje palca leve ruke sklopljene desne ruke levom šakom i obrnuto	Rotaciono trljanje napred-nazad prstima desne ruke spojenim u dlan leve ruke i obrnuto	Kada se osuše, vaše ruke su bezbedne

Trajanje celog postupka dezinfekcije ruku je 20-30 sekundi.

5. BEZBEDNO UPRAVLJANJE OŠTRIM OTPADOM

Cilj: ove procedure je smanjenje/sprečavanje potencijalnih povreda i infekcija bezbednim i pravilnim odlaganjem oštrog otpada.

Oštri otpad su bolnički opasni otpad koji uključuje sve zaražene ili ne inficirane predmete uključujući ali ne ograničavajući se na igle, špriceve, lancete, skalpele, makaze, kapilarne cevi i druge oštre instrumente koji mogu da izazovu infekciju ili povrede kao što su ogrebotine, ubode, posekotine itd.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Sigurnosna kutija za odlaganje oštrog predmeta za jednokratnu upotrebu	- Oštar otpad, kao što su: igle, skalpeli, lancete i medicinski instrumenti za jednokratnu upotrebu, odlažu se u sigurnosnu kutiju napravljenu za tu svrhu. - Sigurnosna kutija mora biti od čvrstog kartona ili čvrste plastike, nepropusna za sadržaj i konstruisana tako da oštri otpad ne može da je probije, da spreči padanje sadržaja, kao i oštećenje i prenošenje zaraze na lica koja odlažu otpad ili čiste otpad. - Medicinska sestra/tehničar priprema bezbednosnu kutiju za oštre predmete i označava je. - Zapišite informacije na etiketi: - izvor otpada (naziv jedinice/odeljenja); - kategorija i šifra otpada (naziv oštrog otpada i šifra ____); - zatvorite bezbednosnu kutiju; - napišite vreme i datum zatvaranja. - Bezbednosna kutija treba da se nalazi što bliže mestu gde se koriste oštri predmeti, koliko to dozvoljava praktičnost (na terapijskim kolicima).
[II]	Odlaganje oštrog predmeta	- Odlaganje oštrog predmeta mora se obaviti na siguran način koji neće ugroziti osobu koja odlaže kontaminirane oštre predmete. - U zavisnosti od mase materijala za jednokratnu upotrebu za koju je sigurnosna kutija projektovana, otvor mora, pod normalnim uslovima upotrebe, da spreči uklanjanje sadržaja. - Otvor treba da bude dovoljno širok da omogućí ubacivanje materijala za jednokratnu upotrebu u kutiju samo jednom rukom [npr.: nakon upotrebe igle ne preporučuje se vraćanje

		štitnika (poklopca) na iglu, već se igla baca zajedno sa špricom u sigurnosnoj kutiji. U slučajevima kada je potrebno vratiti štitnik igle (poklopac) koristite metod „jednom rukom” (npr. insulinska olovka)]. 4. Ako sigurnosna kutija nije na mestu intervencije, onda se kontaminirana igla ne nosi rukom, već u bubrežnom posuđu, a zatim se pincetom ubacuje u sigurnosnu kutiju. 5. Tokom kućne posete pacijenta, odgovornost je svakog zdravstvenog radnika da bezbedno vrati upotrebljene oštre predmete u instituciju, a zatim nastavi sa procedurom.
[III]	Upravljanje sigurnosnom kutijom za oštre predmete	1. Kutija za odlaganje oštih predmeta treba da bude u skladu sa Britanskim standardom BS 7320:1990 u pogledu otpornosti na prodiranje i curenje nakon vertikalnog pada i prevrtanja ili sličnih specifikacija za kontejnere za oštre predmete. 2. Ako su uključeni pokretni poklopci, oni treba da budu dizajnirani tako da nikada nije potrebno ručno gurati materijale u kutiju. 3. Kutija mora biti takva da se sigurno zatvara, da ostane zatvorena tokom transporta i da ne dozvoljava curenje. 4. Kada je moguće, da bude opremljena ručkom koja nije deo uređaja za zaključavanje. 5. Može bezbedno da gori i ne sme da se sastoji od polivinil hlorida (PVC). 6. Sigurnosna kutija mora biti napunjena do 2/3 svoje zapremine, a zatim se zatvara, bez mogućnosti da se ponovo otvori (da bude vidljivo označena horizontalnom linijom koja označava kada je kutija za oštre predmete puna između 70% i 80% svoje maksimalne zapremine. 7. Nakon zatvaranja sigurnosne kutije, medicinska sestra/tehničar predaje sigurnosnu kutiju higijeničaru, koji je postavlja u prostor za privremeno skladištenje otpada u instituciji, a zatim prema dnevnom rasporedu odlaganja otpada prenosi sigurnosnu kutiju u centralni prostor za odlaganje otpada, skladištenjem infektivnog otpada u instituciji. 8. Svaka primo-predaja medicinskog otpada se registruje: - lokacija stvaranja otpada, - vrsta otpada sa šifrom otpada, - količina otpada,

		- datum i vreme predaje, - potpis lica koje je predalo otpad, - potpis lica koje je primio otpad. 9. Svaki radnik u slučaju povrede oštrim predmetom mora se prijaviti glavnoj sestri i koordinatoru za kvalitet institucije.
--	--	--

6. PRIPREMA I STERILIZACIJA SANITARNIH INSTRUMENTA I MATERIJALA

Cilj: ove procedure procesa sterilizacije je izvođenje na jedinstven i bezbedan način kojim se u potpunosti uklanjaju svi oblici mikroorganizama i njihove spore iz sanitarnih instrumenata i materijala.

Priprema za sterilizaciju, sterilizacija medicinskih instrumenata i sanitetskog materijala vrši se u cilju sprečavanja nastanka i prenošenja infekcije na pacijente, sebe i životnu sredinu.

Kontrola sterilizacije je proces kojim se u svakom trenutku proverava ispravnost i uspešnost obavljanja sterilizacije.

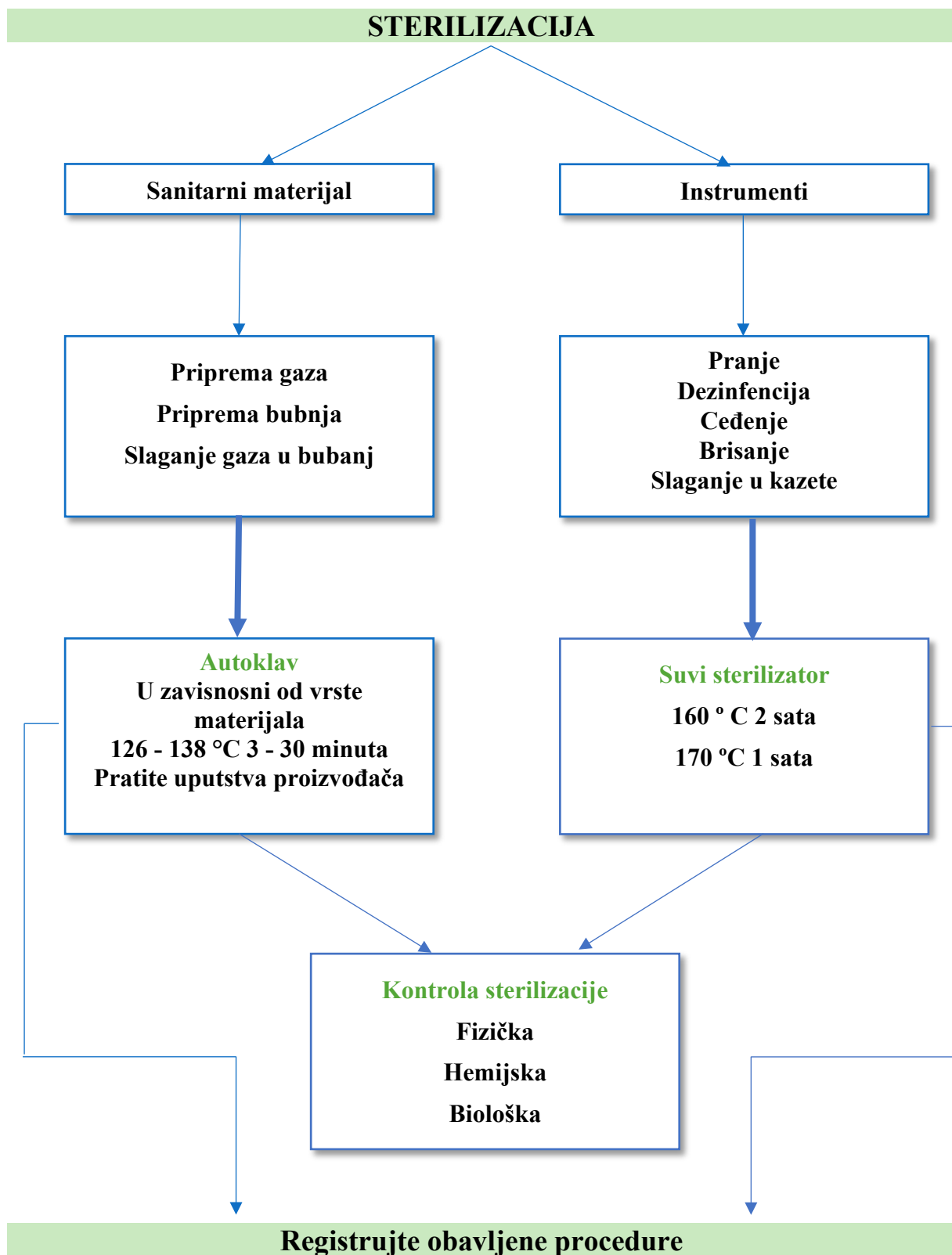
PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema instrumenata za sterilizaciju	1. Korišćeni instrumenti moraju proći proces pranja i mehaničkog čišćenja od osušene krvi, gnoja i drugih sekreta. 2. Mekom četkom operite svaki instrument posebno i svaki deo, posebno delove spojeva i neravne površine (ne koristite metalne četke za pranje instrumenata). 3. Instrumente operite hladnom, zatim toplom vodom i potopite u dezinfekciono sredstvo odgovarajuće koncentracije prema uputstvu proizvođača. 4. Dezinfikovani instrumenti se pažljivo peru pod pritiskom vode, uz obaveznu zaštitu materijala i instrumenata od fizičkih i termičkih oštećenja, jer grub i neadekvatan tretman može prouzrokovati oštećenje instrumenata. 5. Stavite oprane i dezinfikovane instrumente u obloge višeslojne gaze i na površinama namenjenim za sušenje i brisanje. 6. Dobro osušeni instrumenti se pakuju posebno ili stavljaju u metalnu kutiju, broj i vrsta instrumenata zavisi od intervencije za koju se ovi setovi koriste. 7. U metalnu kutiju se stavlja indikatorska traka za kontrolu sterilizacije, beleže se datum i vreme sterilizacije. 8. Poluotvorena metalna kutija sa instrumentima stavlja se u sterilizator.
[II]	Priprema sanitetskog materijala za sterilizaciju	1. U metalni bubanj se stavljaju gaze različitih oblika i veličina. 2. Metalni bubanj je napunjen gazama koje se koriste u roku od 24 sata.

		3. Gaze se slažu “na preklop” radi lakše cirkulacije vodene pare u cilju efikasne sterilizacije. 4. Otvorite bočne otvore u bubnju.														
[III]	Sterilizacija parom pod pritiskom – autoklav (Prilog 6)	1. Sterilizacija vrelom parom pod pritiskom je proces uništavanja svih vrsta mikroorganizama i njihovih spora iz sanitarnih instrumenata i materijala. 2. U autoklav se stavlja pripremljena metalna kutija sa instrumentima i metalni bubanj sa sanitetskim materijalom. Vreme, pritisak i temperatura moraju se podesiti prema uputstvima proizvođača. 3. Temperaturu za sterilizaciju materijala parom treba meriti do dostizanja ciljne temperature: od 121 – 138 °C pod pritiskom od 1,0 – 2,5 bara i vreme sterilizacije od 3 – 30 min. <table><thead><tr><th>Ciljna temperatura (°C)</th><th>Vreme sterilizacije (min)</th></tr></thead><tbody><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></tbody></table> 4. Nakon sterilizacije i vremena hlađenja, zatvorite bubanj i bočne otvore u bubnju i stavite bubanj na određeno i bezbedno mesto.	Ciljna temperatura (°C)	Vreme sterilizacije (min)	132 – 138	3 – 10	121	8 – 30	115	35 – 45	111	80 – 180				
Ciljna temperatura (°C)	Vreme sterilizacije (min)															
132 – 138	3 – 10															
121	8 – 30															
115	35 – 45															
111	80 – 180															
[IV]	Sterilizacija suvom toplotom (Prilog 7)	1. Suva toplota steriliše predmete koji su otporni na visoke temperature – staklene i metalne alate (instrumente). 2. Temperaturu za sterilizaciju instrumenta u suvom sterilizatoru treba meriti po vremenu dostizanja ciljne temperature: <table><thead><tr><th>Ciljna temperatura (°C)</th><th>Vreme sterilizacije (min)</th></tr></thead><tbody><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>Tokom noći</td></tr></tbody></table> 3. Ako se koriste više temperature, oštri instrumenti se mogu oštetiti. 4. Nakon sterilizacije i vremena hlađenja (optimalno vreme je 60 minuta), zatvorite metalnu kutiju i njene otvore i stavite na za to određeno i bezbedno mesto.	Ciljna temperatura (°C)	Vreme sterilizacije (min)	190	6	180	30	170	60	160	120	150	150	105 – 135	Tokom noći
Ciljna temperatura (°C)	Vreme sterilizacije (min)															
190	6															
180	30															
170	60															
160	120															
150	150															
105 – 135	Tokom noći															

[V]	Registracija procedure sterilizacije	U registru treba obeležiti sledeće: 1. Datum (datum, mesec, godina). 2. Vrsta materijala koji se sterilize. 3. Vreme kada je sterilizator aktiviran (početak). 4. Visina temperature sterilizacije (°F ili °C). 5. Vreme dostignuto do potrebne temperature (minuta). 6. Trajanje sterilizacije (minuta). 7. Vreme kada je sterilizator zatvoren. 8. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvršila pripremu i sterilizaciju.
[VI]	Kontrola sterilizacije i mere opreza	1. Fizička metoda je indirektna metoda kojom se utvrđuje da su temperatura i pritisak u autoklavu, odnosno temperatura u suvom sterilizatoru, dostignuti i postiže se praćenjem termometra i manometra. 2. Hemijska metoda je indirektna metoda i zasniva se na promeni hemijske supstance usled dejstva temperature. Realizuje se korišćenjem specijalnih indikatorskih traka koje menjaju boju kada se dostigne temperatura od 160 °C. 3. Biološka metoda je direktna metoda i takođe pouzdanija, jer direktno kontroliše efikasnost eliminacije mikroorganizama. Realizuje se korišćenjem bakterioloških spora u vidu bioloških pokazatelja. 4. Svaki proces sterilizacije se registruje u knjizi sterilizacije, kao dokaz o nalazima kontrola sterilizacije i valjanosti sterilizacije. Mere opreza: 5. Proverite čistoću i funkciju instrumenata nakon pranja instrumenata. 6. Pre sterilizacije zatvorite instrumente na prvi zub. 7. Održavajte instrumente sa zglobnim površinama (zglobovima) prema uputstvima proizvođača. 8. Medicinska sestra/tehničar je dužna da prati učinak uređaja (dostignutu temperaturu, pritisak, pad napona ili nestanak struje). 9. U slučaju nestanka struje, ponovite procedura sterilizacije, osim ako je kvar veoma kratak i nije uticao na smanjenje temperature.

		10. Ukoliko ista osoba koja je započela proces ne završi sterilizaciju, u dnevnik sterilizacije upisati ime i prezime medicinske sestre/tehničara koja je završila procedura. 11. Ne otvorene metalne kutije za instrumente smatraju se sterilnim 72 sata. 12. Sterilni materijal koji se koristi 24 sata nakon sterilizacije više nije sterilan. 13. Sigurnost sterilnog materijala mora biti obezbeđen. 14. Kada postoji sumnja u sterilizaciju materijala, ponovite proces sterilizacije.
--	--	---



POGLAVLJE III – PROCEDURE MERENJA

7	MERENJE TELESNE TEŽINE I VISINE I IZRAČUNAVANJE INDEKSA TELESNE MASE
8	MERENJE NIVOVA GLUKOZE IZ PERIFERNE KRVI
9	REALIZACIJA ELEKTROKARDIOGRAMA
10	MERENJE KRVNOG PRITISKA
11	MERENJE PULSA PALPACIJOM
12	MERENJE TELESNE TEMPERATURE
13	ANTROPOMETRIJSKO MERENJE DETETA

7. MERENJE TELESNE TEŽINE I VISINE I IZRAČUNAVANJE INDEKSA TELESNE MASE

Cilj: ove procedure je tačno merenje telesne mase i visine i tačno određivanje Indeksa telesne mase (ITM).

ITM je osnovni pokazatelj ishrane koji povezuje težinu i visinu i primenjuje se na osobe starije od 18 godina, osim za trudnice i sportiste sa povećanom mišićnom masom. Izračunava se tako što se vrednost telesne mase osobe merene u kilogramima podeli sa visinom izraženo u kvadratnim metrima (m²).

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Neophodna oprema	1. Vaga postavljena na ravnu površinu. 2. Merač visine postavljen na pravu i ravnu površinu. 3. Tabela za izračunavanje ITM-a ili kalkulator na osnovu formule.
[II]	Priprema pacijenta	1. Pacijentu se objašnjava svrha, značaj i način izvođenja procedure. 2. Zamolite pacijenta da skine cipele i većinu odeće, kao i naočare, velike ukosnice ili masivni nakit, ako ga ima. 3. Ukoliko pacijent koristi ortopedska pomagala (proteze, stezaljke), pacijent se prvo meri zajedno sa pomagalima, a zatim se pomagalima mere posebno i oduzimaju od ukupne težine pacijenta.
[III]	Merenje telesne težine	1. Proverite ispravnost vage (vaga treba da bude postavljena na ravnu površinu, broj/strelica na skali treba da bude na 0). 2. Pomozite pacijentu da stane na vagu ako je potrebno. 3. Pacijent treba da stoji na vagi leđima naslonjen na šipku za merenje visine, a ruke se spuštaju ispod tela. 4. Objasnite pacijentu da se ne pomera tokom merenja. 5. Pročitajte težinu pacijenta. 6. Pomozite pacijentu da siđe sa vage.
[IV]	Merenje telesne visine	1. Pacijent stoji uspravno na postolju za merenje visine. 2. Podignite mernu šipku iznad glave pacijenta. 3. Spustite šipku dok ne dodirne vrh glave pacijenta. 4. Pročitajte visinu pacijenta.

		5. Pomozite pacijentu da pomagalima, sa merača visine.										
[V]	Izračunavanje ITM (Prilog 8)	1. Uključite vrednosti dobijene merenjem visine/dužine u (m) i težine u (kg) u formulu ili koristite tabele sa ITM vrednostima. 2. Izračun prema formuli: $\text{ITM} = \text{masa (kg)} / \text{visina/dužina}^2 \text{ (m}^2\text{)}.$ 3. Tabela za klasifikaciju težinskih grupa: <table><tr><th>ITM</th><th>Distribucija</th></tr><tr><td><18</td><td>Nedovoljna težina</td></tr><tr><td>19 – 25</td><td>Normalna težina</td></tr><tr><td>26-30</td><td>Prekomerna težina</td></tr><tr><td>> 31</td><td>Gojaznost</td></tr></table>	ITM	Distribucija	<18	Nedovoljna težina	19 – 25	Normalna težina	26-30	Prekomerna težina	> 31	Gojaznost
ITM	Distribucija											
<18	Nedovoljna težina											
19 – 25	Normalna težina											
26-30	Prekomerna težina											
> 31	Gojaznost											
[VI]	Dokumentacija	Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar registruje podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšti podaci o pacijentu. 2. Datum i vreme merenja težine i visine/dužine. 3. Izračunata ITM vrednost. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila proceduru.										

Prilog 8 – Vrednosti za izračunavanje Indeksa telesne mase (ITM)

$\frac{\text{kg}}{\text{cm}}$	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
110	60	56	52	48	45	43	40	38	36	34	32	30	29	27
105	57	53	50	46	43	41	38	36	34	32	31	29	28	26
100	55	51	47	44	41	39	37	34	33	31	29	28	26	25
95	52	48	45	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	24
90	49	46	43	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23
85	46	43	40	38	35	33	31	30	28	26	25	24	22	21
80	44	41	38	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20
75	41	38	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20	18
70	38	35	33	31	29	27	26	24	23	22	21	20	19	18
65	35	33	31	29	27	26	24	23	21	20	19	18	17	16
60	33	30	28	27	25	24	22	21	20	19	18	17	16	15
55	30	28	26	25	23	22	20	19	18	18	16	16	15	14
50	27	25	23	22	21	20	19	18	18	18	15	14	13	13
45	24	23	21	20	19	18	18	18	18	18	14	13	12	12
40	22	20	19	18	18	18	18	18	18	18	11	11	10	10
35	19	18	16	15	14	13	13	12	11	11	10	9	9	9

ITM	Klasifikacija
<18	Nedovoljna težina
19 – 25	Normalna težina
26-30	Prekomerna težina
> 31	Gojaznost

8. MERENJE NIVOA GLUKOZE IZ PERIFERNE KRVİ

Cilj: ove procedure je da se obezbedi tačno merenje glukoze iz periferne krvi elektronskim uređajem (glukometrom).

Upotreba glukometra ima svoje prednosti: to je jednostavna procedura, brzi rezultati i smanjenje komplikacija vezanih za punkcijom vena. Nivo glukoze u perifernoj krvi se meri na zahtev lekara i prema stanju pacijenta prema proceni medicinske sestre/tehničara.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Glukometar. 2. Trake za merenje glukoze u krvi. 3. Lanceta. 4. Rukavice. 5. Bubrežnjak. 6. Kutija za odlaganje oštih predmeta. 7. Dezinfekciono sredstvo. 8. Pamučni tupfer.
[II]	Priprema pacijenta	1. Procedura se izvodi uz saglasnost pacijenta i uz objašnjenje razloga zašto se procedura sprovodi.
[III]	Procedura merenja	1. Operite ruke sapunom, toplom vodom, osušite ih i stavite rukavice. 2. Uključite glukometar u skladu sa uputstvima proizvođača. 3. Postavite odgovarajuću traku na glukometar. 4. Kontrolišite kod trake 5. Obrišite jagodicu palca ne dominantne ruke dezinfekcionim sredstvom i ostavite da se osuši. 6. Izvršite ubod 7. Iskapite krv na traku, u zavisnosti od vrste glukometra. 8. Nakon što je uzet uzorak krvi, stavite tupfer na mesto uboda. 9. Pročitajte rezultat merenja na glukometru, zabeležite rezultat i obavestite lekara o vrednosti glukoze kod pacijenta.

[IV]	Odlaganje upotrebljenog materijala	1. Odložite lancetu u kutiji za odlaganje oštih predmeta. 2. Upotrebljenu traku odložite u kesu/kutiji za infektivni otpad. 3. Odložite rukavice u kesi/kutiji za infektivni otpad.
[V]	Dokumentovanje (Prilog 9)	Po obavljenoj proceduri medicinska sestra/tehničar evidentira podatke u postojećoj dokumentaciji institucije i pacijenta: 1. Opšti podaci o pacijentu. 2. Datum i vreme merenja glukoze u krvi. 3. Vrednost glukoze merene u krvi. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri

Prilog 9 – Mesečna evidencija šećera u krvi

GCPM/CPM/APM: _____ Odeljenje: _____ Jedinica: _____

Lični podaci:

Ime i prezime: _____ Pol: ☐ M ☐ F

Datum	Mesto	Telefon
-------	-------	---------

Rodenja: _____ **Rodenja:** _____ **Telefon:** _____

Adresa stanovanja:

Nadzorni lekar: _____ **Telefon:** _____

TABELA MESEČNE EVIDENCIJE ŠEĆERA U KRVI[illegible]

Referenca: h- Čas; Prepodne (07.00 – 10.00); U podne (10.00 – 14.00); Po popodne (14.00 – 19.00)

9. OSTVARIVANJE ELEKTRO KARDIOGRAMA

Cilj: ove procedure ima za cilj da se obavi tehničko ispravno snimanje elektrokardiograma (EKG). Intervencija se obavlja po jedinstvenoj proceduri od strane medicinske sestre/tehničara, samostalno ili na zahtev lekara.

Elektrokardiografija je neinvazivna procedura za snimanje električnih potencijala, koje srce proizvodi svojim radom. Standardni elektrokardiogram se sastoji od 12 odvoda, 3 standardna odvoda (I, II, III), 3 jedinstvena odvoda udova (aVR, aVL, aVF) i 6 prekodrinskih odvoda (V1 do V6).

Nadgledanje rada srca pomoću grafičkog snimanja električnog potencijala srca ima za cilj dijagnostiku srčanih oboljenja, brzu kliničku orijentaciju o stanju pacijenta ili odluku o terapijskom lečenju.

Primena EKG dijagnostičke procedure obavlja se u hitnim slučajevima, kada pacijent ima bolove u grudima, otežano disanje, aritmiju ili druge znakove i simptome koji ukazuju na mogućnost akutnog kardio-vaskularnog oboljenja.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Materijal i oprema za obavljanje EKG procedure	1. EKG aparat. 2. EKG traka. 3. Elektrode. 4. Elektroprovodljivi gel. 5. Papirnate maramice za brisanje.
[II]	Priprema pacijenta	1. Obezbedite privatnost (zatvorite vrata, postavite paravan). 2. Ako stanje pacijenta dozvoljava, objasnite pacijentu proceduru EKG-a. 3. Uputite pacijenta da oslobodi grudni koš i ekstremitete od odeće i nakita (pomozite pacijentu ako mu je pomoć potrebna). 4. Ako je potrebno, obrijati grudi pacijenta. 5. Postavite pacijenta u udoban ležeći ili sedeći položaj (visoki Fowler položaj). 6. Postavite elektrode uz prethodno nanošenje gela na kožu, ili koristite vodu u odsustvu gela.
[III]	Uklonite sve faktore koji mogu da ometaju	1. Kontakt pacijenta sa metalnim delovima. 2. Slab kontakt elektroda sa kožom. 3. Dodirivanje pacijenta tokom registracije.

	ispravno snimanje EKG-a	4. Zapetljani kablovi. 5. Savetujte pacijenta da se opusti.
[IV]	Postavljanje elektroda	1. Postavljanje elektroda na ekstremitete: - CRVENA elektroda – unutrašnja strana zgloba desne ruke, - ŽUTA elektroda – unutrašnja strana zgloba leve ruke, - ZELENA elektroda – unutrašnja strana skočnog zgloba leve noge, - CRNA elektroda- unutrašnja strana skočnog zgloba desne noge – - U slučaju amputiranog ekstremiteta, koristite preostali deo tela. 2. Postavljanje elektroda na grudi: - V1 – 4. parasternalni međurebreni prostor, desno; - V2 – 4. parasternalni međurebreni prostor, levo; - V4 – ictus – jedan prst medijalno od medio klavikularne linije, 5. međurebreni prostor; - V3 – između V2 i V4; - V5 – 5. međurebreni prostor u prednjoj aksilarnoj liniji; - V6 – 5. međurebreni prostor u srednjoj aksilarnoj liniji; 3. Prilikom pokretanja EKG aparata, moraju se poštovati uputstva proizvođača za upotrebu. 4. Kada uređaj završi sa snimanjem, uklonite elektrode, obrišite ostatke gela ili vode sa pacijentove kože i elektroda i uredno ih preklopite (odvojite kablove). 5. Unesite u EKG podatke: ime pacijenta, starost, datum i vreme snimanja.
[V]	Održavanje uređaja	1. Isključite uređaj iz napajanja električnom energijom. 2. Očistite površinu uređaja blagim rastvorom deterdženta i osušite papirom. 3. Očistite površinu kabla sa blagim rastvorom deterdženta i osušite papirom. 4. Dezinfikujte elektrode alkoholnim dezinfekcionim sredstvom.

[VI]	Dokumentovanje	Nakon završetka ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšti podaci o pacijentu. 2. Datum i vreme kada je EKG urađen. 3. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljanju procedure
------	----------------	---

ALGORITAM ZA SPROVOĐENJE EKG PROCEDURE

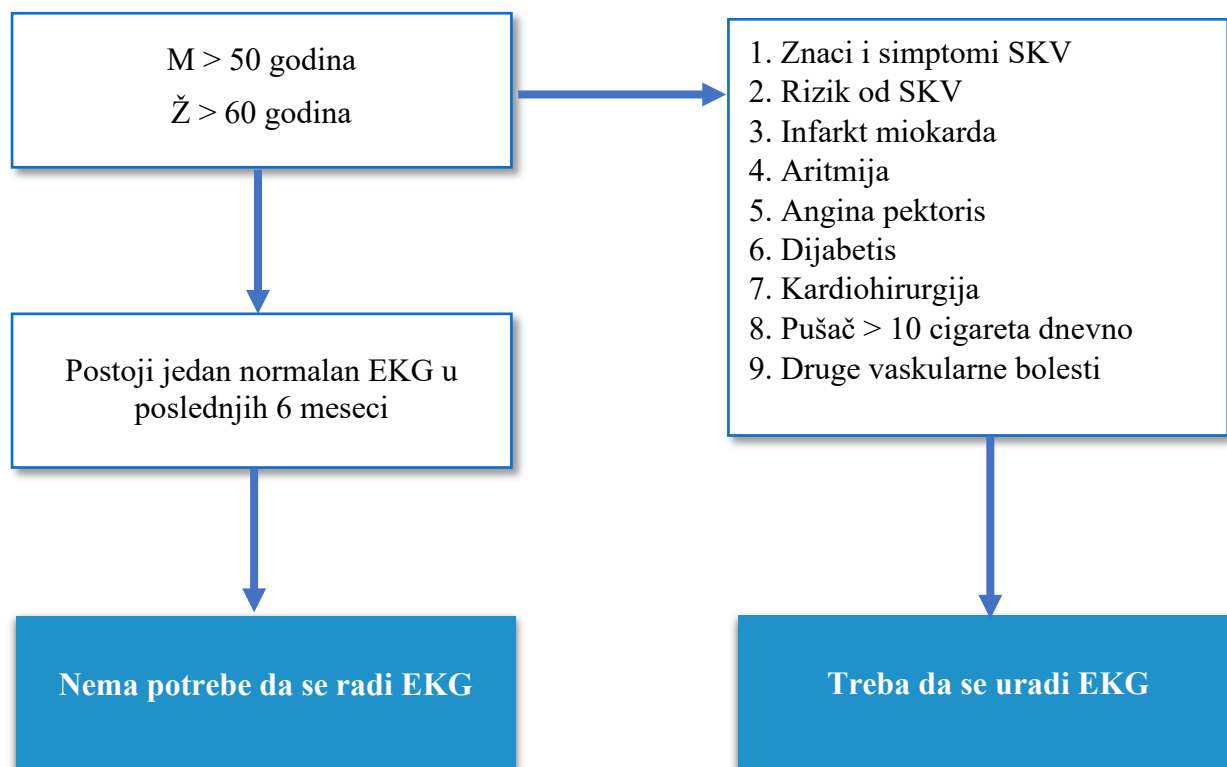
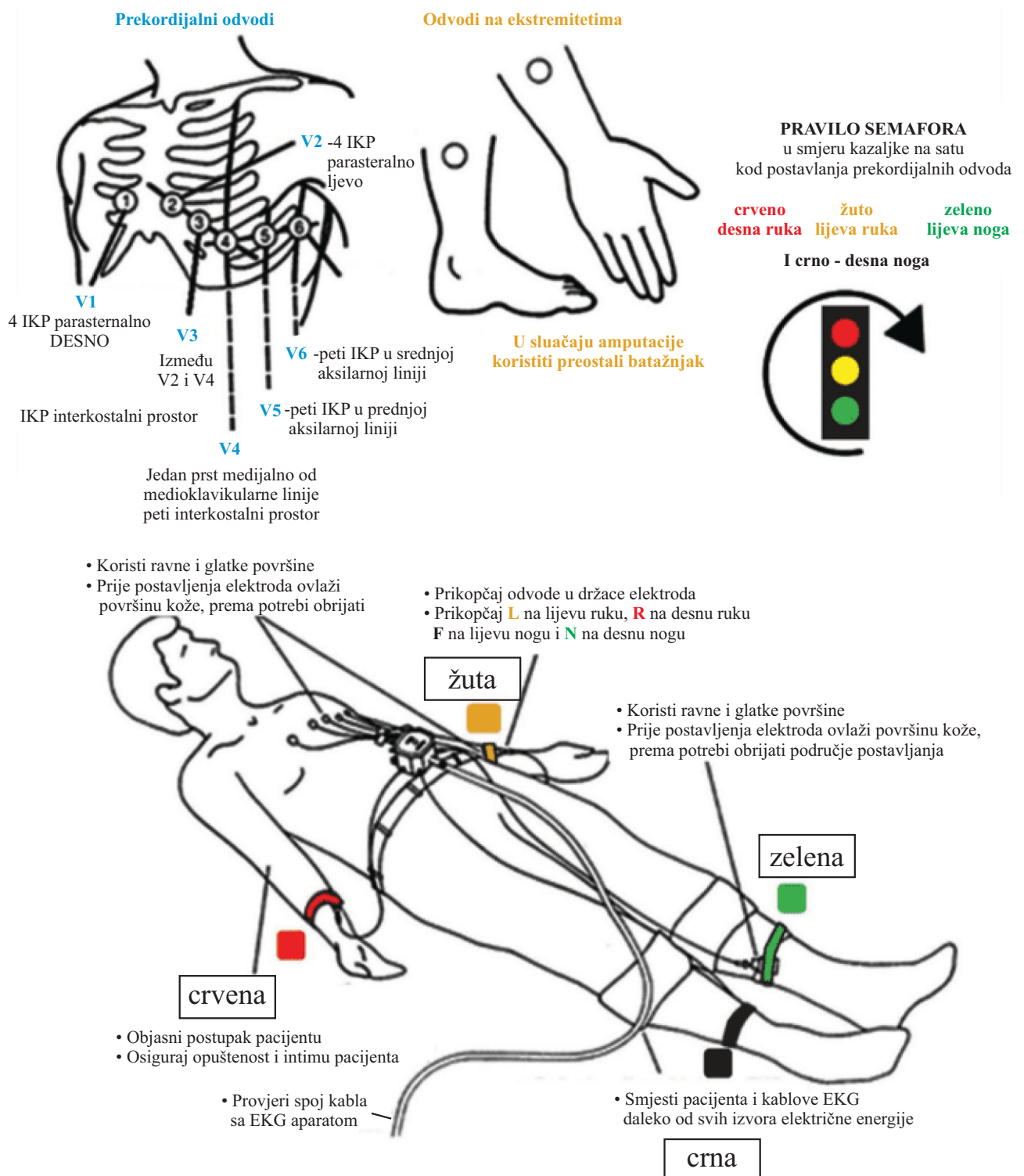


Figura br. 1 – Uputstva za EKG



10. MERENJE KRVNOG PRITISKA

Cilj: ove procedure je merenje krvnog pritiska na jedinstven i bezbedan način.

Merenje krvnog pritiska je važna dijagnostička metoda i sprovodi je lekar ili medicinska sestra/tehničar u okviru fizičkog pregleda ili praćenja terapijskog efekta.

Merenje krvnog pritiska se vrši aneroidnim sfigmomanometrom sa stetoskopom ili elektronskim uređajem koji određuje sistolni i dijastolni pritisak izražen u mmHg.

PROCEDURA

Br..	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Aneroidni sfigmomanometar i stetoskop ili elektronski uređaj.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikacija pacijenata. 2. Informisanje pacijenta o postupku merenja krvnog pritiska, kao i saradnji koja se od njega očekuje. 3. Postavite pacijenta u sedeći ili ležeći položaj, tako da ruka lagano počiva u nivou srca na ravnoj podlozi i dlanom okrenutim nagore. 4. Merenje treba obaviti posle 5 minuta odmora, ako to dozvoljavaju okolnosti i stanje pacijenta.
[III]	Procedura merenja krvnog pritiska	1. Merenje pritiska treba obaviti na obe ruke pacijenta. 2. Manžetna uređaja mora biti izduvana, postavljena na pacijentovu golu nadlakticu, iznad antekubitalne jame (unutrašnji lakat). 3. Prilikom merenja krvnog pritiska kod odraslih, postavite donju ivicu manžetne približno 2,5 cm iznad pregiba lakta. 4. Centralni deo manžetne treba da bude tačno iznad sredine lakatne jame (većina manžetna ima strelicu koja treba da bude postavljena iznad brahijalne arterije). 5. Manžetna mora pokrivati najmanje 80% obima ruke i pokrivati 2/3 dužine nadlaktice (mala dimenzija manžete je 9x28 cm, standardna 12x35 cm i velika 15x34 cm). 6. Stavite stetoskop u uši i preko brahijalne arterije. 7. Palcem i kažiprstom druge ruke zatvorite ventil vazdušne pumpe. 8. Naduvajte manžetnu pritiskanjem gumene pumpe za 20 – 40 jedinica iznad nivoa poslednjeg zvučnog zvuka (ne

		naduvajte manžetnu polako jer će se dobiti lažna očitavanja). - Otvorite ventil i polako ispuštajte vazduh iz manžetne, ne brže od 2 – 3 mm u sekundi. - Pažljivo slušajte i snimite prvi otkucaj (sistolni pritisak), a zatim snimite poslednji ton (dijastolni pritisak). - Ispraznite manžetnu otvaranjem ventila. - Ako je potrebno ponoviti merenje, sačekajte 2 – 3 minuta pre nego što ponovo naduvate manžetnu. - Po završenom merenju, medicinska sestra/tehničar koja je izvršila merenje krvnog pritiska dezinfikuje stetoskop i membranu stetoskopa i postavlja ih na za to predviđeno mesto.
[IV]	Dokumentovanje	Po obavljenom merenju medicinska sestra/tehničar beleži podatke u postojeću medicinsku dokumentaciju institucije: - Opšti podaci o pacijentima. - Datum i vreme kada je merenje izvršeno. - Vrednost pritiska dobijena tokom merenja. - Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila proceduru.

11. MERENJE PULSA PALPACIJOM

Cilj: Procedura merenja je procena frekvencije pulsa, ritma i jačine zvuka na bezbedan i jedinstven način.

Normalan broj otkucaja srca za zdravu odraslu osobu u mirovanju je između 60 i 80 otkucaja u minuti. Merenje pulsa je procedura za dobijanje važnih dijagnostičkih informacija neophodnih za uspešno lečenje određenih bolesti i stanja.

Pre merenja pulsa treba obratiti pažnju na faktore koji mogu uticati na vrednost pulsa, kao što su: kardio-vaskularni status, lekovi, godine, pol, telesna temperatura, stres, kao i vreme koje je proteklo od poslednje fizičke aktivnosti pacijenta.

Puls se najčešće meri u radijalnoj arteriji, ali se može meriti i u arteriji: brahialis, temporalis, karotis, femoralis, poplitea, dorsalis pedis i tibialis posterior arteriju.

PROCEDURA

Br..	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Štoperica/ili sat sa sekundama/ili digitalni sat.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Objasniti procedura merenja pulsa. 3. Dozvoli pitanja. 4. Postavite pacijenta u ispravan položaj.
[III]	Obavljanje procedure za merenje pulsa	1. Operite ruke pre i posle palpacije pulsa. 2. Palpacijom treba pronaći pulsacije u arterijama. 3. Izmeriti jagodicama 2, 3. i 4. prsta nežnim pritiskanjem arterija 1 minut (za aritmije meriti 2 minuta, a po proceni i duže), frekvenciju preko kontrole štoperice/sata, proceniti ritam (ritmičko-aritmičko) i volumen (veoma pun, normalan, slabo pun, bez palpacije).
[IV]	Dokumentovanje	Po obavljenom merenju medicinska sestra/tehničar beleži podatke u postojeću medicinsku dokumentaciju institucije: 1. Opšti podaci o pacijentu. 2. Datum i vreme merenja pulsa. 3. Frekvencija, ritam i jačina. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je izvršila merenje pulsa.

12. MERENJE TELESNE TEMPERATURE

Cilj: Procedure je precizno i bezbedno merenje temperature ljudskog tela korišćenjem jedinstvene procedure.

Telesna temperatura je razlika između količine toplote proizvedene telesnim procesima i količine telesne toplote izgubljene u spoljašnjoj sredini. Prosečna temperatura ili temperatura dubokog tkiva je pod kontrolom hipotalamusa i kreće se u uskom opsegu.

Spektar normalne telesne temperature merene aksilarnom metodom je od 36,0 – 37,2°C. Promene telesne temperature tokom dana zavise od niza faktora: doba dana, fizičke aktivnosti, emocionalnog statusa, menstrualnog ciklusa, trudnoće, bolesti i sl.

U PZZ, temperatura ljudskog tela se najčešće meri aksilarnom i/ili rektalnom metodom. Temperatura se meri aksilarno pomoću živinog termometra ili elektronskog/digitalnog termometra. Kontraindikacije za merenje aksilarne temperature su: inflamatorni proces u pazuhu, nepristupačnost, invalidnost i veoma slabe osobe. Indikacije za merenje rektalne temperature su kod male dece, kontraindikacija za merenje aksilarne temperature i sumnja na inflamatorni proces u abdomenu. Kontraindikacije za rektalno merenje temperature su: inflamatorni proces u rektumu, dijareja i uznemireni bolesnici.

Proceduru izvodi medicinska sestra/tehničar.

PROCEDURA

Br..	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala i pacijenta za merenje aksilarne temperature	1. Termometar. 2. Sat. 3. Papiрни ili pamučni tupfer. 4. Dezinfekciono sredstvo. 5. Bubrežnjak. 6. Identifikujte pacijenta. 7. Objasnite pacijentu procedura merenja i postavite ga u odgovarajući/udoban položaj. 8. Zamolite pacijenta da obriše pazuh papirom, pomozite pacijentu ako je potrebno.
[II]	Procedura za merenje aksilarne telesne temperature	1. Ako je u pitanju termometar sa živom, proverite da li je živa u koloni ispod 36°C. 2. Stavite vrh termometra u centralni deo pazuha između kožnih nabora tako da ne izlazi na suprotnu stranu. 3. Uputite pacijenta da ruku koja drži termometar usmeri ka suprotnoj ruci.

		4. Ukoliko stanje pacijenta to ne dozvoljava, medicinska sestra/tehničar drži pacijenta za ruku. 5. Merite temperaturu 3 – 5 minuta živinim termometrom, dok elektronski/digitalni termometar signalizira sam izmerenu temperaturu. 6. Temperatura se očitava i vrednost se upisuje u medicinski karton. 7. Nakon merenja, operite termometar mlakom vodom i tečnim deterdžentom, ocedite, odložite i dezinfikujte.
[III]	Priprema materijala i pacijenta za rektalno merenje temperature	1. Rektalni termometar. 2. Sat. 3. Vazelin ili parafinsko ulje. 4. Papirni ili pamučni tupfer. 5. Dezinfekciono sredstvo. 6. Bubrežnjak. 7. Identifikujte pacijenta. 8. Objasniti pacijentu proceduru merenja i postaviti ga u odgovarajući/udoban položaj (bočni položaj sa nogama savijenim ka stomaku; deca zauzimaju ležeći položaj sa podignutim nogama koje drži medicinska sestra/tehničar).
[IV]	Procedura merenja rektalne temperature	1. Stavite rukavice na ruke. 2. Jednom rukom razmaknite gluteuse, a drugom rukom obrišite analnu šupljinu pamučnim tupferom natopljenim tečnim sapunom. 3. Namažite vrh termometra vazelinom ili parafinom i polako uvucite vrh termometra u rektum: kod novorođenčadi do 1,5 cm, kod male dece do 2,5 cm, a kod odraslih od 3 – 5 cm. 4. Tokom merenja, držite i posmatrajte živin termometar 3 – 5 minuta; ako je termometar elektronski/digitalni, sačekajte do zvučnog signala. 5. Uklonite termometar, obrišite ga pamučnim štapićem i očitajte izmerenu vrednost. 6. Nakon merenja, operite termometar mlakom vodom i tečnim deterdžentom, ocedite, osušite, čuvajte i dezinfikujte. 7. Skinite rukavice i operite ruke.

[V]	Dokumentovanje	Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira podatke u medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšti podaci o pacijentima. 2. Datum i vreme merenja temperature. 3. Izmerena vrednost temperature. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri.
-----	----------------	--

13. ANTROPOMETRIJSKO MERENJE DETETA

Cilj: ove procedure je merenje antropometrijskih parametara kod dece (procentualne krive) na jedinstven i bezbedan način.

Antropometrijska merenja dece deo su svakodnevnih rutinskih aktivnosti medicinskih sestara/bolničara u pružanju zdravstvenih usluga za decu predškolskog i školskog uzrasta. Antropometrijsko merenje dece je jedna od metoda praćenja normalnog rasta i sprovodi se merenjem obima glave, dužine/visine i telesne mase, upoređujući dobijene vrednosti sa standardima Svetske zdravstvene organizacije. (Prilog 10, 11, 12 i 13)

PROCEDURA

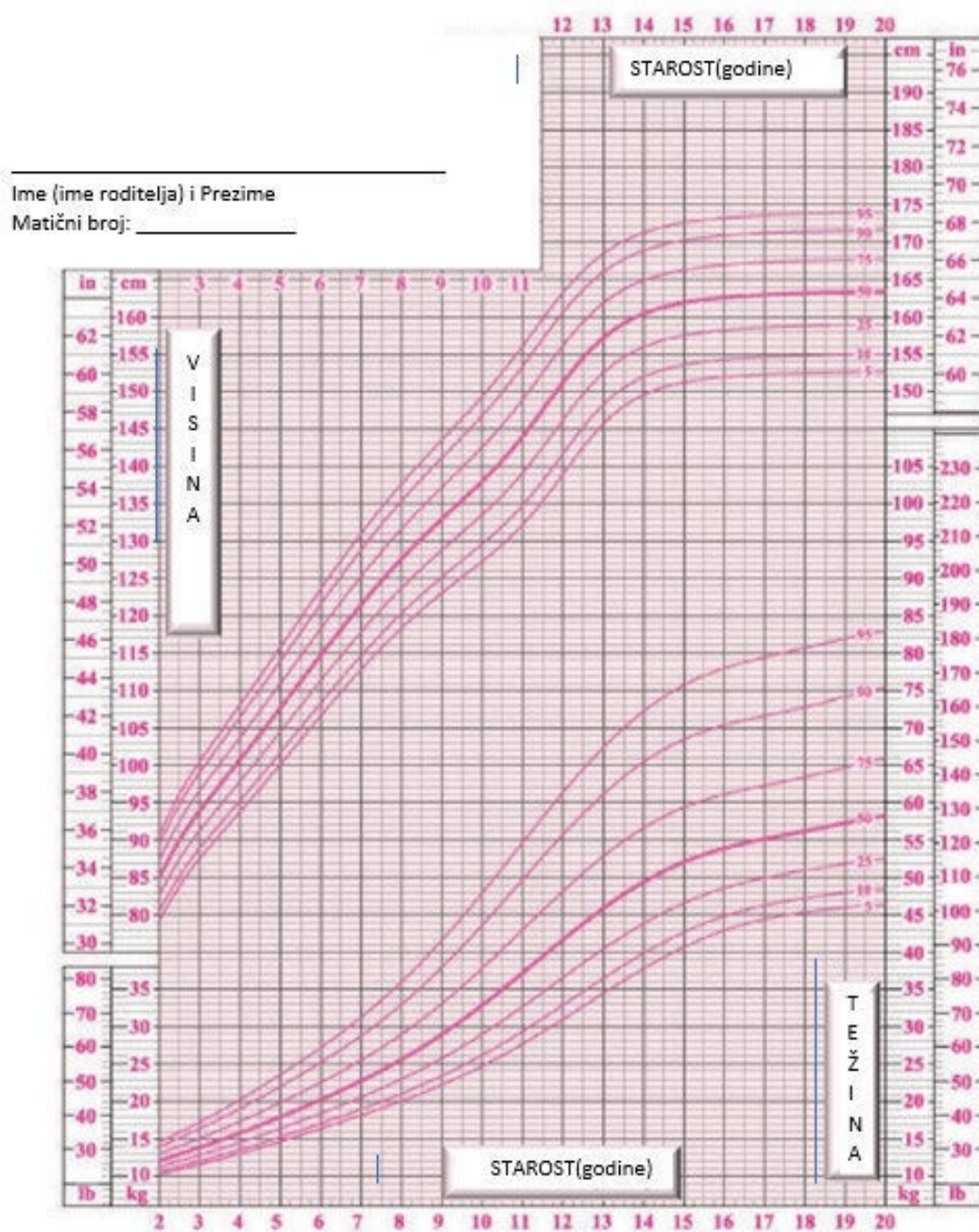
Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Praćenje rasta deteta	1. Merenje obima glave, telesne visine/dužine i telesne težine. 2. Registracija dobijenih podataka u zdravstveni karton deteta. 3. Poređenje dobijenih podataka sa standardima dece istog pola i uzrasta. 4. Identifikacija dece sa smetnjama u rastu i razvoju.
[II]	Priprema prostorije, neophodne opreme i deteta	1. Prostorija za merenje treba da bude osvetljena, čista i topla. 2. Plastificirani centimetar (ne pleteno, jer se rasteže upotrebom). 3. Vaga i merač visine. 4. Sto ili krevet za merenje dužine deteta. 5. Obrazac grafikona u procentima za devojčice/dečake. 6. Objasnite majci ili pratiocu svrhu, značaj i način izvođenja procedure. 7. Zatražite majci (osobu u pratnji) da svlači dete. 8. Poželjno je da se merenja vrše pre obroka.
[III]	Merenje težine i dužine beba	1. Izmerite težinu bebe kalibrisanom, digitalnom ili mehaničkom vagom, dezinfikovanom i prekrivenom čistom kompresom ili pelenom. Stavite na vagu neobučeno (golo) dete i na vagi očitajte telesnu težinu. 2. Dužinu deteta merite meračem dužine na stavljaajući dete na dezinfikovani sto/krevet prekriven čistom kompresom ili pelenom, ali sa ispruženim donjim ekstremitetima. Izmerite od vrha glave do dna stopala.

		3. Dobijene vrednosti stavite na grafikon procentualne krive za dužinu, označavajući na horizontalnoj liniji koordinate uzrasta deteta u mesecima, a na vertikalnoj ili uzdužnoj liniji, dužinu tela u centimetrima. 4. Dobijene vrednosti moraju biti povezane (spojene) u jednu tačku. Više mernih tačaka se spajaju u krivu koja se upoređuje sa standardnom krivom.
[IV]	Merenje obima glave	1. Izmerite obim glave prateći frontookcipitalnu liniju. 2. Postavite centimetar na potiljak, zatim oko glave iznad gornje ivice ušiju, na obrve i na okcipitalne izbočine (pomeranjem centimetra ka potiljku traži se najveći obim glave). 3. Izmeriti obim glave deteta do druge godine života ili dok se ne zatvori velika Fontanela. 4. Dobijene vrednosti postavite na grafikon procentualne krive za obim glave, prikazujući koordinate uzrasta deteta u mesecima na horizontalnoj liniji i obim glave deteta u centimetrima na vertikalnoj ili uzdužnoj liniji. 5. Dobijene vrednosti moraju biti povezane (spojene) u jednu tačku. Više mernih tačaka se spaja u krivu koja se upoređuje sa standardnom krivom.
[V]	Merenje visine (dužine) i težine dece	1. Težina i visina (dužina) dece meri se vagom za merenje težine sa šipkom merenja dužine, najmanje dva puta godišnje, na sistematskim pregledima i na zahtev lekara. 2. Skinite dete, osim donjeg veša, neka stane leđima naslonjen na šipku za merenje visine, ruke spuštene i oslonjene uz telo, podignuta glava i spojene noge. 3. Objasnite detetu da je važno da miruje i da se ne kreće tokom merenja. Merenje visine (dužine): 4. Podignite šipku za merenje dužine iznad glave deteta. 5. Spustite šipku za merenje dužine dok ne dodirne vrh glave deteta. 6. Zabeležite izmerenu vrednost na grafikonu praćenja rasta. Merenje težine: 7. Težinu treba meriti kalibrisanom, digitalnom ili mehaničkom vagom, dezinfikovanu i prekrivenu čistom kompresom ili pelenom. 8. Ako je vaga mehanička:

		- težinu treba meriti pomeranjem velikog mernog tereta koji predstavlja moguću težinu deteta (opseg merenja između otvora je 10 kg), - Kliznite/pomerite mali uteg balansa sve dok pokazivač ne bude u sredini („perje” vage treba da se izjednače). Gradacija težine je 100 g, - Dodajte brojeve sa donje i gornje skale i zabeležite vrednost na grafikonu praćenja rasta. 9. Vratite vrednosti skale na “0” (nula). 10. Pomozite detetu da izađe sa vage. 11. Dobijene vrednosti postavite na grafikon procentualne krive telesne težine i visine, navodeći na horizontalnoj liniji koordinate uzrasta deteta u mesecima, a na vertikalnoj ili uzdužnoj liniji, telesnu težinu u kilogramima i dužinu u centimetrima. 12. Dobijene vrednosti moraju biti povezane (spojene) u jednu tačku. Više mernih tačaka se spaja u krivu koja se upoređuje sa standardnom krivom.
[VI]	Dokumentovanje	Po obavljenoj proceduri medicinska sestra/tehničar upiše podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšti podaci o detetu (pacijentu). 2. Datum merenja. 3. Vrednosti dobijene merenjem i proračunom. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri

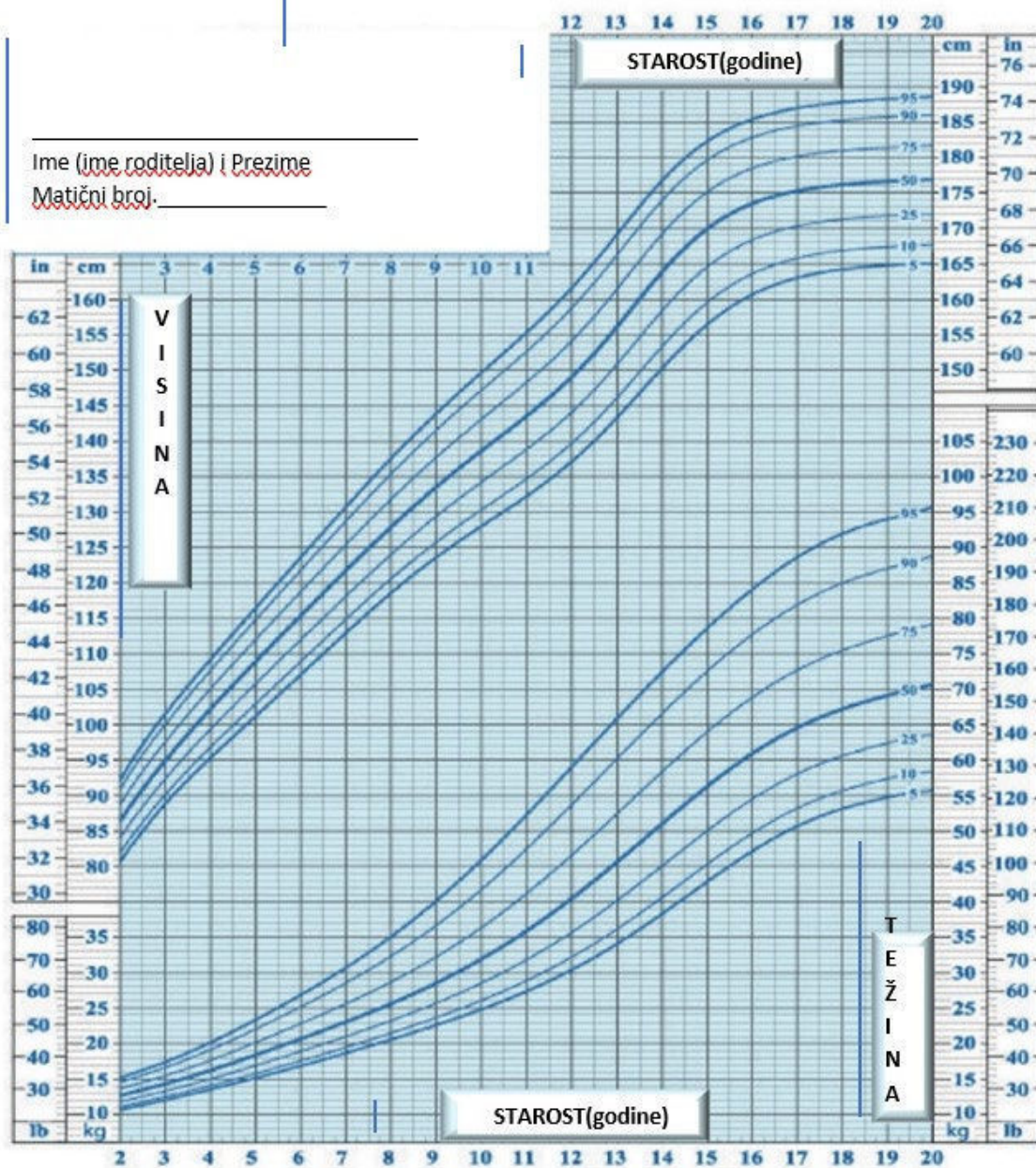
Prilog 10 – Grafikon rasta – Devojčice (uzrasta od 2 do 20 godina)

**Grafikon rasta – devojke
(od 2 do 20 godina)**



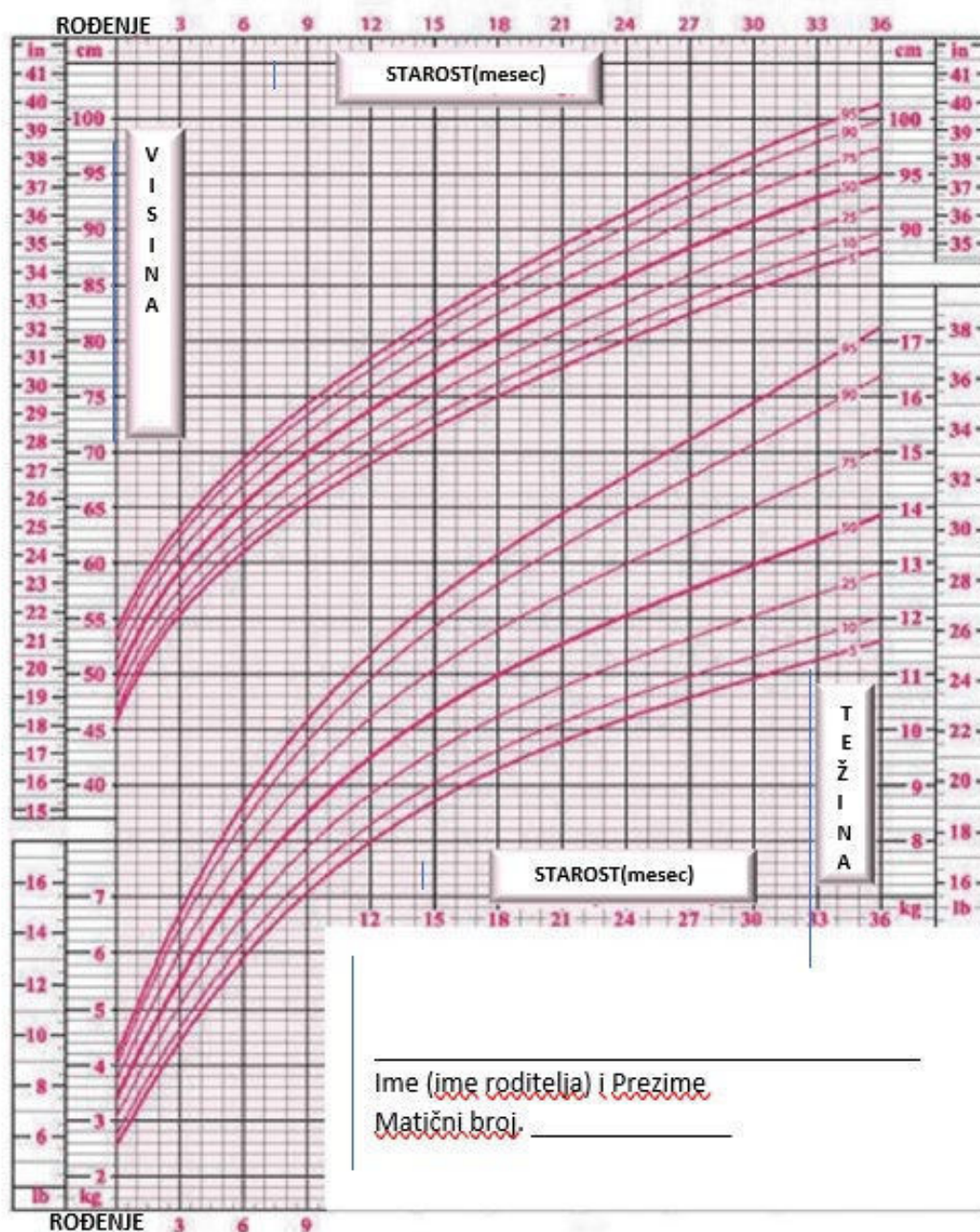
Prilog 11 – Grafikon rasta – Dečaci (uzrast od 2 do 20 godina)

Grafikon rasta – Dečaci (uzrast od 2 do 20 godina)



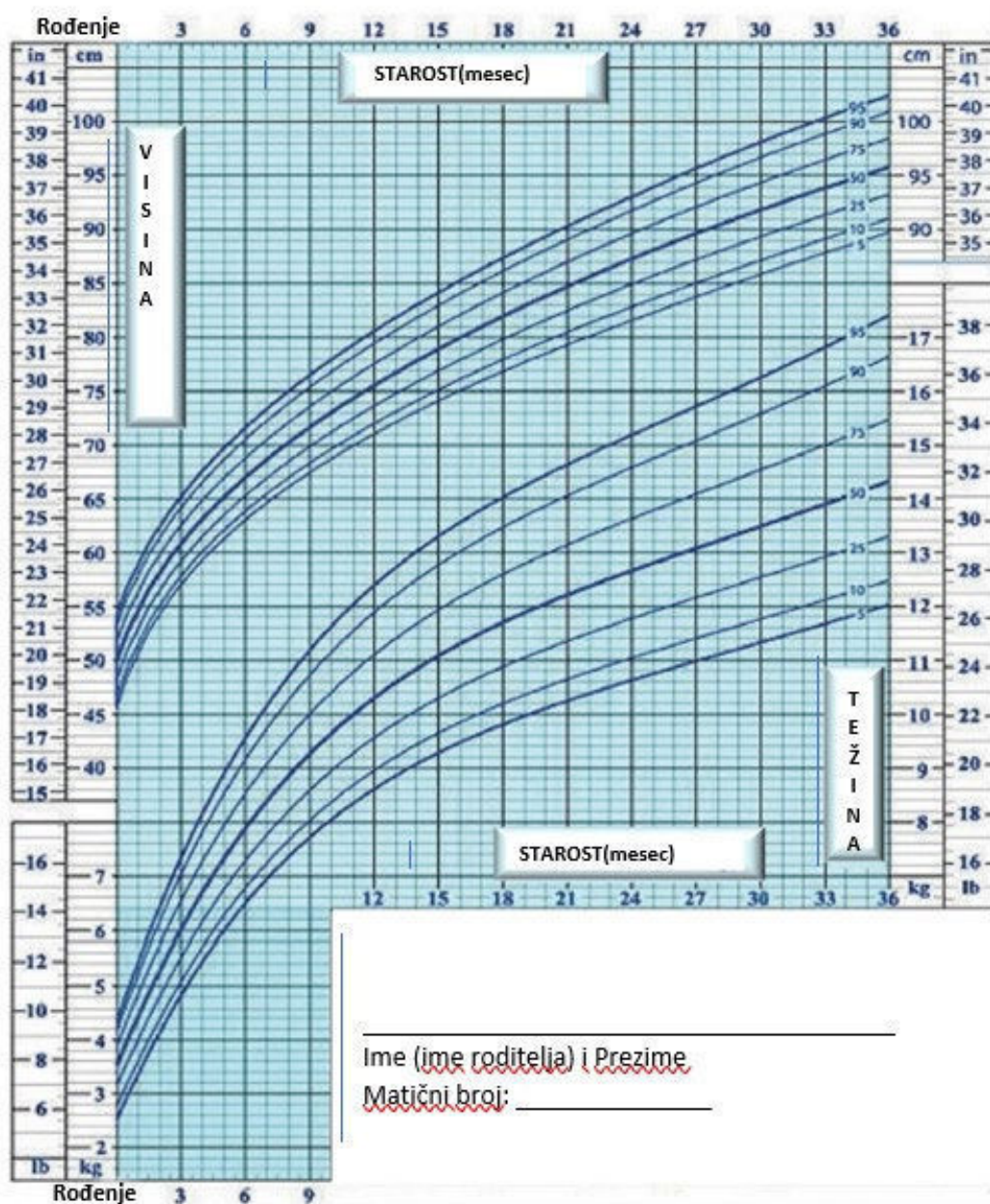
Prilog 12 – Grafikon rasta – Devojčice (od rođenja do 36 meseci)

Grafikon rasta - Devojčice (od rođenja do 36 meseci)



Prilog 13 – Grafikon rasta – Dečaci (od rođenja do 36 meseci)

Grafikon raste – Dečaci (od rođenja do 36 meseci)



POGLAVLJE IV – PROCEDURE ZA PRIMENE LEKOVIMA

- 14** PRIMENA PET PRAVILA PRE PRIMENE LEKOVA
- 15** NAVLAČENJE LEKA IZ BOČICE I AMPULE
- 16** USPOSTAVLJANJE VENSKOG PUTA
- 17** PRIMENA LEKOVA INTRVENOZNIM PUTEM
- 18** PRIMENA LEKOVA PREKO PERIFERNE INTRAVENOZNE KANILE
- 19** PRIMENA INFUZIJSKOG RASTVORA
- 20** PRIMENA LEKOVA POD KOŽU
- 21** INTRAMUSKULARNA PRIMENA LEKOVA
- 22** PRIMENA LEKOVA U OKO
- 23** PRIMENA LEKOVA U UVO
- 24** PRIMENA LEKOVA U NOS
- 25** PRIMENA KISEONIKA
- 26** PRIMENA LEKOVA INHALACIJOM

14. PRIMENA PET PRAVILA PRE PRIMENE LEKOVA

Cilj: ove procedure je bezbedna primena svih lekova koje prepíše lekar.

Pet pravila (5P) je obavezna procedura koju mora da obavi svaka medicinska sestra/tehničar pre primene leka. Pre primene, pročitajte uputstva za lek, pratite preporuke proizvođača i rok trajanja.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Pr. 1 – Pravi pacijent	1. Identifikujte pacijenta.
[II]	Pr. 2 Pravi lek	1. Uporedite naziv leka propisanog u receptu sa nazivom leka u originalnom pakovanju. 2. Proverite boju, izgled i svojstva leka. 3. Proverite rok trajanja.
[III]	Pr. 3 – Prava doza	1. Pripremite propisanu dozu i količinu (posebna pažnja je potrebna ako lek ima merne jedinice navedene na omotu/etiketi leka i propisanu jedinicu mere, npr. mg/ml, merna jedinica 'UI').
[IV]	Pr. 4 – Pravo vreme	1. Koristite propisani lek u propisano vreme.
[V]	Pr. 5 – Pravi način	1. Proverite način primene leka propisanog u receptu, upoređujući ga sa uputstvima na originalnom pakovanju. 2. Poštujte uputstva proizvođača. 3. Proverite sve nejasnoće propisane u receptu pre uzimanja leka. 4. Primenu leka prema receptu evidentirati u zdravstvenoj dokumentaciji. 5. Ne preporučuje se davanje leka pripremljenog od drugih. 6. Uvek pripremite i primenite lek na pacijenta lično. 7. Pacijenta treba obavestiti pre primene leka, a zatim dobiti njegovu/njenu saglasnost za parenteralnu terapiju.

15. NAVLAČENJE LEKA IZ BOČICE I AMPULE

Cilj: ove procedure je da utvrđuje pravilno i bezbedno navlačenje leka iz bočice ili ampule iglom i špricom za parenteralnu primenu.

Navlačenje leka iz ampule ili bočice vrši medicinska sestra/tehničar, koja primenjuje lek. Navlačenje prepisanog leka ili pripremljenog rastvora, izvodi se u aseptičnim uslovima. Lek može biti u ampuli ili bočici, kao pripremljena formula, ili u obliku praha, koji se rastvara pre unošenja u špic. Lek treba primeniti odmah nakon navlačenja

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Mere bezbednosti koje treba preduzeti tokom pripreme leka	1. Proverite pravilnost pakovanja leka. 2. Proverite naziv i dozu (uporedite sa receptom). 3. Način primene i koncentraciju rastvora prema uputstvu treba uporediti sa receptom lekara. 4. Pogledajte izgled rastvora – organoleptička svojstva (fizička, hemijska i farmakološka svojstva leka). 5. Proverite rok trajanja leka.
[II]	Priprema opreme i materijala	1. Radni prostor i površine za primenu procedure moraju biti čisti i uredni. 2. Tacna ili kolica. 3. Pravi lekovi. 4. Dezinfekciono sredstvo. 5. Špricevi i igle sa potrebnim lumenom i veličinom. 6. Tupfer od pamuka. 7. Posuda (bubrežnjak) za nečiste stvari. 8. Kutija za odlaganje oštih predmeta. 9. Rukavice.
[III]	Sprovođenje procedure za navlačenje leka iz ampule	1. Operite ili dezinfikujte i osušite ruke, stavite rukavice. 2. Polukružnim pokretima spustite lek sa vrha ampule na dno ampule. 3. Dezinfikujte deo (vrat) gde treba da se preseče ampula. 4. Na naznačenoj oznaci slomite vrat ampule. 5. Spojite iglu na špic, ubacite iglu u dno ampule i navucite lek.

		6. Bez izvlačenja igle iz ampule, okrenite špric naopako i oslobodite mehuriće vazduha u ampuli, pazeći da se lek ne oslobodi. 7. Bacite iskorišćenu iglu u kutiju za odlaganje oštih predmeta. 8. Postavite novu sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na špric. 9. U slučaju intravenozne primene leka, uklonite vazduh iz šprica. 10. Čuvajte ampulu dok se ne završi primena leka, a zatim je odložite u kutiju za oštre predmete.
[IV]	Izvođenje procedure za navlačenje leka iz bočice	1. Operite ili dezinfikujte i osušite ruke, stavite rukavice. 2. Uklonite aluminijumski ili plastični poklopac sa bočice. 3. Dezinfikujte gumeni poklopac bočice pamučnim tupferom ili gazom natopljenom dezinfekcionim sredstvom. 4. Navucite potrebnu količinu rastvarača u špric i ubacite iglu u bočicu kroz gumeni poklopac i ubrizgajte rastvarač. 5. Ostavite iglu i špric u bočici (mala količina vazduha će ući u špric zbog povećanog pritiska u bočici, nemojte odvajati iglu od šprica i bočice). 6. Lagano zavrtite bočicu i sačekajte da se lek rastvori. 7. Držite bočicu za klip šprica vertikalno sa dnom nadole, ispustite vazduh iz šprica u bočicu i pažljivo izvucite iglu do nivoa čepa. 8. Polako povucite lek u špric. 9. Odvojite špric i iglu od bočice i stavite iglu u kutiju za oštre predmete. 10. Postavite novu sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa poklopcem na špric. 11. U slučaju intravenozne primene leka, uklonite vazduh iz šprica. 12. Sačuvajte bočicu do kraja primene leka, a zatim je stavite u kutiju za oštre predmete. 13. Skinite rukavice, operite i osušite ruke.

16. USPOSTAVLJANJE VENSKOG PUTA

Cilj: ove procedure je uspostavljanje venskog puta rute na bezbedan i jedinstven način.

Najčešće se intravenozna put uspostavlja za dijagnostičke ili terapijske potrebe pacijenta. Izbor mesta i opreme za uspostavljanje intravenoznog puta zavisi od opšteg stanja pacijenta, vrste rastvora koji se primenjuje, brzine i trajanja primenjene terapije i starosti pacijenta. Najčešće se za uspostavljanje venske puta koristi intravenska kanila odgovarajuće veličine. Postavljanje venskog puta je od vitalnog značaja u hitnim slučajevima.

Indikaciju za postavljanje venskog puta određuje lekar. Medicinska sestra/tehničar priprema materijal, pacijenta i postavlja venski put

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema materijala	1. Kanila odgovarajuće veličine (14G – 24G). 2. Dezinfekciono sredstvo. 3. Veza do Esmarch-a. 4. Flaster. 5. Pamuk i gaza. 6. Kutija za oštre predmete. 7. Bubrežnjak. 8. Pokrivač. 9. Rukavice.
[II]	Pripremanje pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Obavestite pacijenta o proceduri i značaju. 3. Obavestiti pacijenta o saradnji koja se od njega očekuje. 4. Postavite pacijenta u ispravan položaj. 5. Proverite područje (mesto) gde će se kanila postaviti. 6. U slučaju bolesti dojke, ubacite uvesti na suprotnu stranu tela. 7. Kod pacijenata na hemodijalizi, uvesti kanilu na suprotnu stranu fistule. 8. Kod pacijenata sa ožiljnim tkivom, nemojte postaviti kanilu u taj ekstremitet. 9. U slučaju kada se kanila mora postaviti na mesto koje nije pogodno za primenu, lekar/medicinska sestra/tehničar ekipe odlučuje o tome.

[III]	Procedura za postavljanje kanile	1. Operite i osušite ruke i stavite rukavice. 2. Palpirajte područje (mesto) i izaberite venu. 3. Postavite Esmarch povezak 10 cm iznad unapred određenog mesta za primenu kanile. 4. Dezinfikujte mesto uboda i nemojte ga palpirati nakon dezinfekcije. 5. Ne dominantnom rukom stisnite kožu preko krvnog suda dok držite iglu u dominantnoj ruci pod uglom od 30 – 45°. 6. Sa otvorom igle prema gore, probušite kožu i uđite u venu. 7. Smanjite ugao prodiranja tako da igla bude skoro paralelna sa kožom i uđe u venu. 8. Kada se krv pojavi na plastičnom poklopcu igle, izvucite iglu i umetnite kanilu do krvnog suda. 9. Skinite povezak, zatvorite kanilu i fiksirajte njena krila flasterima. 10. Ako se lek ne primenjuje, proverite prolaz kanile ispiranjem sa 2 – 5 ml 0,9% rastvora NaCl sa pauzom pulsiranja da biste konačno isprali kanilu nakon što se odvoji od in fuzionog seta. 11. Treba koristiti tehniku ispiranja.
[IV]	Odlaganje otpada	1. Nastali otpad se odlaže u skladu sa procedurom upravljanja kliničkim otpadom.
[V]	Dokumentovanje	Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar u postojeću medicinsku dokumentaciju institucije evidentira: 1. Opšte podatke o pacijentu. 2. Datum i vreme postavljanja venskog puta. 3. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri

17. PRIMENA LEKOVA INTRAVENOZNIM PUTEM

Cilj: ove procedure je obezbeđivanje jedinstvene i bezbedne primene leka koji je propisan za intravenoznu primenu.

Intravenozna primena leka je metoda primene leka pomoću igle ili bebi sistema i šprica direktno u venu, u krv koja cirkuliše. Proceduru obavlja medicinska sestra/tehničar uz pismeni nalog/recept lekara pod strogim aseptičnim uslovima.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema prostorije	1. Obezbedite privatnost pacijenata. 2. Obezbedite povoljne uslove u prostoriji (soba mora biti provetrena i osvetljena).
[II]	Priprema materijala	1. Prepisani lekovi (primeniti pravilo 5P). 2. Sterilni špricevi odgovarajuće zapremine. 3. Odgovarajuće sterilne igle. 4. Esmarcho-v povezak. 5. Pilica za otvaranje ampula. 6. Sredstvo za dezinfekciju kože i opreme/sredstva. 7. Pamučni tupfer ili gaza. 8. Rukavice za jednokratnu upotrebu. 9. Flaster 10. Kutija za odlaganje oštih predmeta. 11. Bubrežnjak. 12. Zaštitni podložak
[III]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Objasnite pacijentu proceduru, potencijalna uznemirenja i reakcije na lek. 3. Proverite za alergiju na lekove. 4. Postavite pacijenta u ispravan sedeći ili ležeći položaj. 5. Postavite pacijentovu ruku na čvrstu površinu i postavite zaštitni podložak.
[IV]	Procedura postavljanja	1. Operite i osušite ruke i stavite rukavice.

	kanile i primene leka	2. Pregledom i palpacijom izaberite najprikladniju venu, po mogućnosti venu ne dominantne ruke. 3. Postavite povezak oko 10 cm iznad planiranog mesta injekcije, palpirajte venu. 4. Kada se pronade odgovarajuću venu, dezinfikujte kožu kružnim pokretima od centra ka periferiji najmanje 3 puta, sačekajte 15 – 30 sekundi da se koža osuši. 5. Ako iz nekog razloga vena nije palpirana, olabavite povezak i palpirajte dalje. 6. Dominantnom rukom uzmite špric sa iglom i pripremljeni lek, skinite zaštitni poklopac. 7. Koristeći ne dominantnu ruku, držite ruku pacijenta i stisnite kožu. 8. Probušite kožu pod uglom od 30 – 45°, 1 cm ispod tačke ulaska u venu, spustite iglu za 10° i ubacite je u lumen vene za 0,5 – 1 cm. 9. Aspirirajte, ako se pojavi krv, opustite povezak. 10. Ubrizgajte lek polako, 1 ml/1 min, osim ako nije drugačije propisano. 11. Povremeno aspirirajte da biste bili sigurni da ste u veni. 12. U slučaju perforacije zida krvnog suda ili pojave bola, peckanja ili bilo koje vrste neprijatnosti prema izjavi pacijenta, primenu treba odmah prekinuti. 13. Nakon nanošenja leka, nežno pritisnite mesto ubrizgavanja pamučnim tupferom ili gazom i stavite flaster. 14. Izvadite iglu, pritisnite tupferom i držite 3 minuta (u slučaju produženog krvarenja držite duže). 15. Bacite iglu u kutiju za oštre predmete (ne vraćajte zaštitni poklopac na iglu) i špric u infektivni otpad. 16. Skinite rukavice i odložite ih u vreću za infektivni otpad. 17. Operite i osušite ruke.
[V]	Mere opreza	1. Proverite rok trajanja šprica i igle za primenu leka i moguće oštećenje pakovanja šprica i igle. 2. Uzmite informacija o specifičnostima pojedinih lekova i neželjenim efektima koje lekovi mogu izazvati (uputstvo za lekove iz originalnog pakovanja). 3. Zamolite pacijenta da ostane u čekaonici još 15 minuta zbog mogućih neželjenih efekata.

		4. Obavestite lekara u slučaju neželjenih efekata i zabeležite ih. 5. Mogu se koristiti samo čisti vodeni, sterilni rastvori bez pirogena. 6. Posmatrajte mesto ubrizgavanja da biste izbegli paravenoznu primenu rastvora ili pojavu flebitisa. 7. Ne preporučuje se primena intravenoznih lekova u donjim ekstremitetima, posebno u ekstremitetima gde su proširene vene, poremećena periferna cirkulacija, u ekstremitetima sa AV fistulama (arteriovenska fistula) ili limfedemom. 8. Nakon određivanja i dezinfekcije mesta uboda, ponovno palpiranje mesta uboda nije dozvoljeno.
[VI]	Dokumentovanje	Po završetku ove procedure medicinska sestra/tehničar evidentira podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšti podaci o pacijentima. 2. Vrsta i doza primenjene terapije. 3. Datum i vreme primene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljanju procedure 5. Popunite sva polja u nalogu (datum, naziv leka, količina leka, način primene, potpis medicinske sestre/tehničara).

18. PRIMENA LEKOVA KROZ PERIFERNU INTRAVENOZNU KANILU

Cilj: ove procedure je da se obezbedi pravilna i bezbedna primena leka i/ili rastvora propisanog za intravenoznu primenu kroz intravenoznu kanilu.

Procedure obavlja medicinska sestra/tehničar po nalogu lekara, u strogo aseptičnim uslovima, po principu 1 ml/1 min, osim ako nije drugačije naznačeno.

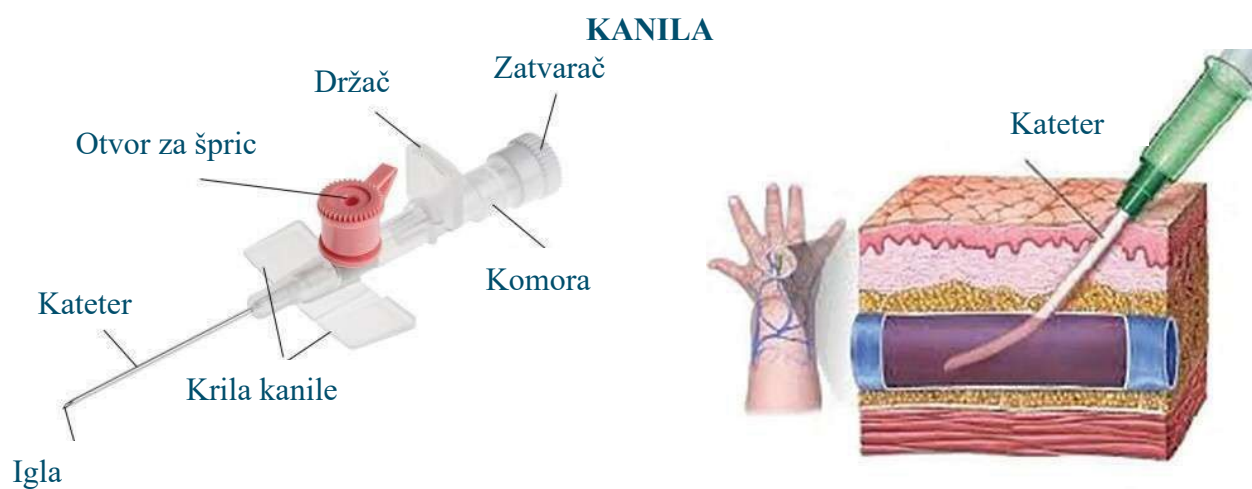
PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema prostora i materijala	1. Obezbedite privatnost pacijenata. 2. Obezbedite povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti provetrena i osvetljena). 3. Prepisani lek i/ili rastvor (primeniti pravilo 5P). 4. Sterilni špricevi odgovarajuće zapremine. 5. Pilica za otvaranje ampula. 6. Fiziološki rastvor NaCl 0,9%. 7. Pamučni tupfer ili gaza. 8. Rukavice. 9. Bubrežnjak. 10. Kompresa ili peškir.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Objasnite pacijentu proceduru, moguće neželjene efekte i reakcije na lek. 3. Proverite za moguću alergiju na lek. 4. Postavite pacijenta u odgovarajući položaj, sedeći ili ležeći. 5. Stavite ruku pacijenta na čvrstu površinu i nanosite kompresu ili peškir.
[III]	Procedure	1. Operite i osušite ruke i stavite rukavice. 2. Pregledom i palpacijom procenite kanilu i venu u kojoj je postavljena. 3. Dezinfikujte mesto oko poklopca (kožu ispod poklopca i kanilu oko poklopca).

		4. Koristite sterilnu gazu (5x5 cm) na mestu pristupa i.v. kanili. 5. Otvorite poklopac i stavite na sterilnu gazu. 6. Pre primene leka, aspirirajte krv špricom od 2 - 5 ml iz kanile. Ako se u špricu pojavi krv, i.v. kanila je prohodna i može se primeniti propisani lek. 7. Zabranjeno je ispiranje neprohodne kanile pod pritiskom. Ako je kanila neprohodna, zamenite je novom kanilom na drugo mesto. 8. Stavite špric u bubrežnjak. 9. Priključite špric za lek ili set za infuziju na kanilu. 10. Posmatrajte mesto uboda, pitajte pacijenta da li oseća bol ili nelagodnost. 11. Nakon primene leka, isperite kanilu sa 2 - 5 ml 0,9% NaCl fiziološkog rastvora ako se ista kanila koristi za nastavak terapije. 12. Zatvorite poklopac. 13. Odložite gazu u infektivni otpad ako je kontaminirana krvlju. 14. Za pričvršćivanje kanile koristiti sterilnu gazu i flaster ili zavoj (moguća je i providna polu propusna folija za lakšu vizualizaciju mesta primenjene kanile, čime se obezbeđuje i sterilnost mesta). 15. Raspremite upotrebljeni pribor. 16. Skinite rukavice. 17. Operite i osušite ruke.
[IV]	Mere opreza	1. Moraju se strogo poštovati aseptični uslovi. 2. Nemojte primenjivati lek ako primetite lokalne znake upale - crvenilo u dužini vena, bol, otok, odmah izvadite kanilu i stavite novu na drugo mesto. 3. Mesta uboda vene i kanile se menjaju posle 48 - 72 h, po potrebi i ranije, u zavisnosti od stanja vene ili kanile, kako bi se sprečio flebitis koji se manifestuje toplotom, crvenilom i otokom mesta uboda ili tromboflebitisom koji se pored gore navedenih simptoma, takođe ima tvrdoću vene na vrhu kanile. Što je kanila duže u veni, povećava se incidenca flebitisa i tromboflebitisa.

		4. Posmatrajte mesto ubrizgavanja tokom primene leka kako bi ste otkrili moguću infiltraciju leka ili rastvora u okolno tkivo u početnoj fazi. 5. Zapaljenje karakteriše edem i/ili hlađenje mesta, a značajno smanjenje protoka, pacijent oseća bol, nelagodnost i peckanje. 6. Ako se koristi ručna kompresija, treba proveriti stanje cirkulacije ispod mesta primene leka. 7. Kada se koristi prethodno postavljena kanila, treba je osigurati kako bi se sprečila pokretljivost, venska kongestija, infiltracija ili hematoma.
[V]	Uklanjanje intravenozne kanile	1. Sredstvo kojim smo fiksirali kanilu pažljivo uklonite sa kože. 2. Jednom rukom nežno stisnite vrh kanile, a drugom rukom nežno izvucite kanilu. 3. Odložite kanilu u infektivni otpad. 4. Zaštitite mesto uboda suvim peškirom i pritiskajte ispruženu ruku najmanje 30 sekundi. Pacijent može držati podignutu ruku i sam izvršiti pritisak. Tupfer treba pričvrstiti flasterom ili zavojem.
[VI]	Dokumentovanje	Po obavljenoj proceduri medicinska sestra/tehničar dokumentuje podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšti podaci o pacijentima. 2. Datum i vreme primene terapije. 3. Vrsta i doza primenjene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri 5. Po propisanom redosledu popuniti sva polja (datum, naziv leka, količinu leka, način primene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

PRIMENA KANULE IV



Esmarch-ov povezak



Palpacija mesta uboda



Dezinfekcija mesta uboda



Primena kanile



Izvučite iglu, gurnite kateter



Uklonite Esmarch-ov povezak



Uklonite zaštitni poklopac



Zatvorite kanilu



Fiksirajte kanilu

19. PRIMENA INFUZIJSKOG RASTVORA

Cilj: ove procedure je da se postigne primena kroz bezbednu primenu leka prepisanog u rastvoru ili samom rastvoru i dopunu tečnosti u cirkulirajućoj zapremini.

Intravenozna infuzija obezbeđuje da se velika količina tečnosti daje telu kroz infuzijski sistem za jednokratnu upotrebu. Proceduru obavlja medicinska sestra/tehničar po uputstvu lekara i izvodi se u strogo aseptičnim uslovima.

PROCEDURA

Br.	KORAK	PODKORACI
[I]	Priprema prostorija i materijala	1. Obezbedite privatnost pacijenata. 2. Obezbedite povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti provetrena i osvetljena). 3. Tacna ili kolica. 4. Oprema za postavljanje venskog puta (povezak, igla, bebi sistem, kanila). 5. Set za infuziju za jednokratnu upotrebu (infuzioni sistem). 6. Pripremite lek koji je prepisan. 7. Prepisani rastvor za infuziju sa čitljivom etiketom. 8. Primenite pravila 5 P. 9. Sterilni špricevi i igle odgovarajuće zapremine. 10. Držać (postolje) za infuziju. 11. Držać za flaše, ako je potrebno. 12. Pamučni tupfer ili ne-sterilna i sterilna gaza 5x5 cm. 13. Pokrivački sloj (kabanica). 14. Dezinfekciono sredstvo. 15. Ne-sterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 16. Flaster. 17. Makaze. 18. Kompresa/peškir (koji se stavlja ispod mesta gde se primenjuje infuzija), 19. Kutija za odlaganje oštih predmeta. 20. Bubrežnjak.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta.

		2. Obavestiti pacijenta o značaju i svrsi intervencije. 3. Proverite za moguću alergiju na lek. 4. Zamolite pacijenta da sarađuje i da prijavi o svim mogućim neželjenim efektima tokom i nakon primene infuzije. 5. Dozvolite pitanja. 6. Dozvolite pacijentu da eliminiše stolicu i urin pre primene infuzije. 7. Postavite pacijenta u udoban položaj na leđima ili drugi odgovarajući položaj. 8. Stavite kompresu/peškir ispod ruke pacijenta i postavite ruku u pravilan položaj gde će se postaviti igla/kanila ili gde je postavljena kanila. 9. Ako se infuzija daje kod kuće, zaštitite krevet vodootpornim materijalom postavljenim ispod mesta infuzije.
[III]	Procedura za pripremu sistema za infuziju	1. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 2. Postavite držač za flašu (ako je potrebno). 3. Skinite štit sa poklopca boce (dezinfikujte poklopac). 4. Otvorite pakovanje seta, uzmite set za infuziju i zatvorite regulator protoka. 5. Uklonite štit sa sistema i probušite poklopac boce. 6. Okrenite bocu i okačite je na postolje. 7. Otvorite vazdušni kanal u sistemu. 8. Rezervoar sistema infuzije napunite rastvorom do pola. 9. Otvorite regulator protoka u sistemu i pustite tečnost u bubrežnjak i ispustite vazduh iz sistema za infuziju. 10. Zatvorite regulator protoka. 11. Ako ima mehurića, istisnite mehuriće vazduha prema rezervoaru kuckanjem po cevčici. 12. Ako se u infuziju dodaju lekovi, zatvorite sistem, uklonite bocu sa držača (stalka) i stavite je na tacnu/sto/kolica. 13. Pripremljeni lek ubrizgati u rastvor za infuziju (navlačenje leka se vrši prema „Proceduri navlačenja leka iz bočice/ampule”). 14. Stavite iglu u kutiju za oštre predmete, a špric u vreću za smeće.

		15. Na flašici upisati ime i prezime pacijenta, naziv i dozu leka koji je dodat, datum i vreme početka infuzije i stavite bocu za infuziju na držač (postolje).
[IV]	Primena infuzije - ako se koristi igla ili bebi sistem	1. Odaberite venu palpacijom. 2. Izaberite venu u koju će biti uvedena igla ili bebi sistem, najbolje u podlakticu ne-dominantne šake (počnite sa podignutom šakom, a ulnarnu venu sačuvajte za vađenje krvi, kao i za pokretanje ruke u laktu). 3. Vezati Esmarch-ov povezak oko 10 cm iznad planiranog mesta uboda. 4. Palpirajte za puls, ako nije prisutan, olabavite povezak dok se ne oseti puls. 5. Dezinfikujte kožu kružnim pokretima od centra ka periferiji najmanje 3 puta, sačekajte 15 - 30 sekundi dok se koža ne osuši. 6. Stavite iglu ili bebi sistem u sistem napunjen rastvorom, uklonite zaštitni poklopac sa igle ili bebi sistema, pustite nekoliko kapi kroz iglu ili bebi sistem. 7. Svojom ne-dominantnom rukom držite ruku pacijenta i uštipnite kožu. 8. Dominantnom rukom probušite venu pod uglom od 30 - 45 stepeni, spustite je za 10 stepeni i uvucite 1 cm u lumen vene, vrh igle treba da bude okrenut nagore. 9. Kada se krv pojavi u sistemu, olabavite povezak, fiksirajte iglu ili zakrpite sistem flasterom i podesite protok infuzije. 10. Fiksirajte cevčicu sistema za infuziju na ruku 5 cm ispod priključka. 11. Primena infuzije kroz iglu ili bebi sistem rađena je u skladu sa „Procedurom o primeni lekova kroz perifernu intravenoznu kanilu”.
[V]	Promena boce za infuziju	1. Zatvorite protok infuzije na regulatoru. 2. Proverite usklađenost lekova i rastvora za infuziju koji će se nastaviti davati nakon prethodne infuzije. 3. Ako se lekovi usaglase, uklonite sistem iz boce iz koje je lek istekao i pod aseptičnim uslovima, vratite sistem u novu bocu. 4. Postavite bocu na držač (postolje) i podesite protok infuzijskog rastvora.

		5. Iskorišćenu flašu odložite u otpad u skladu sa propisima institucije. 6. Ako lekovi koji se primenjuju nisu usaglašeni sa prethodnim rastvorom, podesite novi sistem za infuziju.
[VI]	Završetak procedure	1. Stavite rukavice. 2. Zatvorite protok u sistemu infuzije kroz regulator. 3. Odvojite sistem za infuziju od kanile/venskog puta. 4. Napunite kanilu sa 5 ml fiziološkog rastvora. 5. Uklonite špric. 6. Začepite kanilu. 7. Raspremite korišćeni pribor
[VII]	Mere opreza	1. Proverite datum isteka šprica i igle za primenu lekova i proverite da li je pakovanje šprica i igle originalno i neoštećeno. 2. Prilikom pripreme rastvora za infuziju, morate proveriti koji lekovi i rastvori se mogu davati zajedno, a koji ne, zbog moguće interakcije. 3. Davanje infuzije počinje odmah nakon pripreme (duži boravak povećava rizik od infekcije). 4. Zbog infekcije je zabranjeno bušenje plastične boce iglom. 5. Tokom primene infuzije, pratite stanje pacijenta. 6. Posmatrajte mesto uboda da biste izbegli ekstravaganciju rastvora (paravenozna davanje rastvora) ili pojavu flebitisa. 7. U slučaju mogućih alergijskih reakcija na lek (pad TA, tahikardija, gušenje, anafilaksa, kožni osip), prekinite infuziju i odmah obavestite lekara. 8. Dokumentujte količinu tečnosti unesene u telo. 9. Vodite računa da nivo rastvora u boci ostane iznad vrha sistema u boci. 10. U konvencionalnim infuzijskim sistemima, oko 15 - 20 kapi odgovara 1 ml rastvora: - 1 ml/min = 60 ml/sat, - 2 ml/min = 120 ml/sat.
[VIII]	Dokumentovanje	Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar upiše podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšti podaci o pacijentu.

		2. Datum i vreme primene terapije. 3. Vrsta, doza i količina primenjene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri. 5. U prepisanom nalogu popuniti sva polja (datum, naziv leka, količina leka, način primene, potpis pacijenta i medicinske sestre/tehničara).
--	--	---

PRIPREMA i.v. INFUZIJE



Sistem za infuziju i infuzija



Dezinfikujte otvor za infuziju



Probušite glavu/otvor infuzije vrhom sistema



Uklonite zaštitni čep.



Otvorite deo za vazduh



Stisnite rezervoar



Ispustite vazduh iz sistema



Zatvorite regulator protoka



Vratite zaštitni čep

20. PRIMENA LEKA POD KOŽU

Cilj: ova procedura pruža jedinstven i bezbedan metod za primenu leka pod kožom.

Injekcija pod kožom (SC - subcutan) je način da se lek ubrizgava pomoću igle i šprica u potkožno tkivo. Supkutana injekcija se koristi za primenu manje količine leka (do 2 ml) što dovodi do sporije i ravnomernije apsorpcije. Primenu SC leka vrši medicinska sestra/tehničar prema lekarskom receptu u nalogu/receptu.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorija i materijala	1. Obezbedite privatnost pacijenata. 2. Obezbedite povoljne uslove u prostoru (prostorija mora biti provetrena i osvetljena). 3. Prepisani lekovi (primeniti pravilo 5P). 4. Rastvor za rastvaranje leka. 5. Sterilni špricevi odgovarajuće zapremine. 6. Odgovarajuće sterilne igle. 7. Pilica za sečenje ampula. 8. Sredstvo za dezinfekciju kože i opreme. 9. Pamučni tupfer ili gaza. 10. Rukavice. 11. Kutija za odlaganje oštih predmeta. 12. Bubrežnjak. 13. Ako pripremljenu vakcinu apliciramo u špric sa fiksnom iglom i rastvorom napunjenim u špric (fabricirani), otvorite pakovanje šprica, proverite autentičnost i rok trajanja.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Proverite za moguće alergije na lekove kod pacijenta (pitanjem i uvidom u zdravstveni karton). 3. Obavestite pacijenta o značaju i svrsi intervencije, što pacijent potvrđuje svojim potpisom. 4. Zamolite pacijenta za saradnju i recite mu da u slučaju bilo kakve promene stanja (opšteg i lokalnog) tokom i nakon vremena prijema SC injekcije, treba odmah obavestiti medicinsku sestru/tehničara. 5. Postavite pacijenta u ispravan položaj.

[III]	Procedura	1. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 2. Otvorite omot sa strane šprica, držite klip i izvadite špric iz omotača i umetnite iglu da biste navukli sadržaj ampule/bočice. 3. Dezinfikujte vrat ampule i pilicu za sečenje ampule tamponom navlaženim dezinfekcionim sredstvom. 4. Nakon otvaranja ampule, navlačite sadržaj špricom. 5. Sadržaj se navlači prema „Proceduri navlačenja leka iz bočice i ampule”. 6. Uklonite iglu kojom je navučen lek, bacite iglu u kutiju za odlaganje oštih predmeta i ispustite vazduh iz šprica. 7. Stavite odgovarajuću novu sterilnu iglu sa štitnikom. 8. Odredite mesto uboda. Najčešća mesta za potkožnu injekciju su spoljašnja nadlaktica, prednji deo butine, potkožno tkivo donjeg abdomena, gornji deo butine, glutealna oblast i gornji deo leđa. 9. Zabranjena je primena leka potkožnom injekcijom na oštećenu kožu, bradavice, rane itd. 10. Dezinfikujte mesto uboda tamponom navlaženim dezinfekcionim sredstvom i sačekajte da se mesto osuši. 11. Uklonite štitnik igle i stavite ga u bubrežnjak. 12. Napravite nabor na koži palcem i kažiprstom vaše ne-dominantne ruke. 13. Ubodite iglu pod uglom od 45 - 90° u zavisnosti od debljine potkožnog masnog tkiva i vrste leka. 14. Lagano aspirirajte tako što ćete povući klip šprica, nadgledajući da li se krv pojavljuje u špricu. Ako se pojavi krv, zaustavite proceduru, uklonite iglu, pripremite drugu injekciju i ubrizgajte lek na drugo mesto. 15. Kada se lek ubrizga, izvadite iglu i bacite je u kutiju za oštre predmete. 16. Stavite pamučni tupfer ili gazu sa dezinfekcionim sredstvom na mesto ubrizgavanja. 17. Raspriemite pribor. 18. Skinite rukavice, operite i osušite ruke.
[IV]	Mere opreza	1. Proverite rok trajanja šprica i igle za primenu lekova, proverite da li je pakovanje šprica i igle neoštećeno.

		2. Uzmite informacije o specifičnostima određenih lekova i neželjenim efektima koje lekovi mogu izazvati (pročitajte uputstvo za upotrebu). 3. Ukoliko je propisana količina leka veća od 2 ml za potkožnu primenu, preporučuje se nanošenje leka na dva mesta, potkožno, novim špricom i iglom. 4. Najbolje mesto za ubrizgavanje heparina je potkožno tkivo donjeg abdomena, 5 cm ispod pupka između leve i desne ilijačne kosti. 5. Nije potrebno aspirirati, trljati ili masirati mesto uboda heparinom i insulinom.
[V]	Dokumentovanje	Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšte informacije o pacijentu. 2. Datum i vreme primene terapije. 3. Vrstu i dozu primenjene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri. 5. U prepisanom nalogu popuniti sva polja (datum, naziv leka, količina leka, način primene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

PRIMENA SC INJEKCIJE



Pravilno



Pogrešno



Dezinfikujte ampulu i pilicu



Navucite lek



Promenite iglu



Izbacite vazduh iz šprica



Dezinfikujte mesto uboda



Podignite kožu i ubodite iglu



Aspirirajte



Ubrizgajte lek



Pritisnite mesto uboda

21. INTRAMUSKULARNA PRIMENA LEKA

Cilj: ove procedure je primena leka intramuskularnim putem, na bezbedan, odgovarajući i jedinstven način.

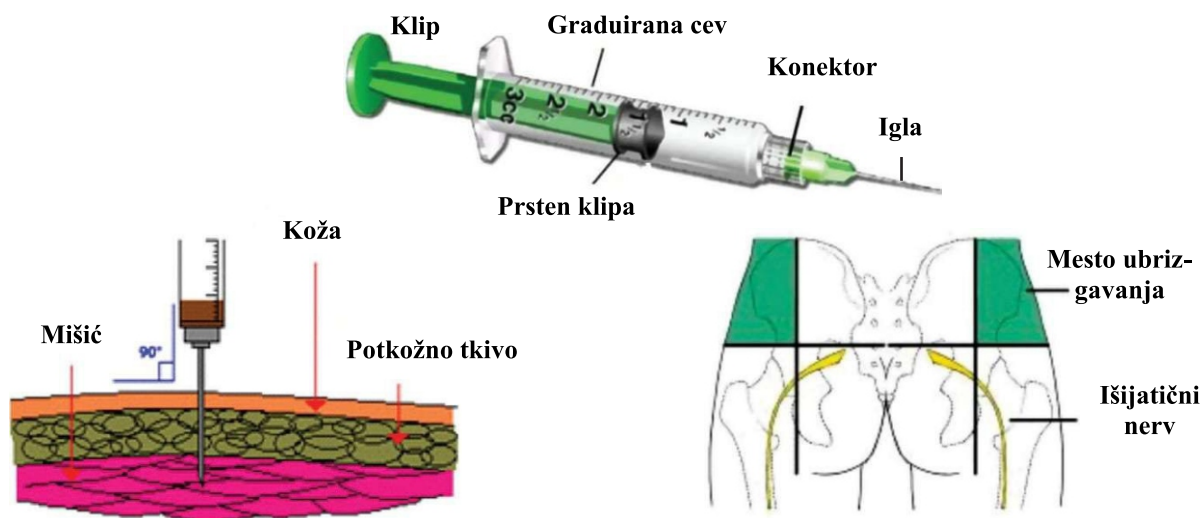
Primena leka intramuskularnim putem (IM) zahteva pravilnu pripremu leka, pravilnu tehniku primene i pridržavanje propisanog vremena za primenu terapije. Ispunjavanjem ovih uslova smanjuju se komplikacije intramuskularne primene leka i povećava efekat leka. Primenu intramuskularne terapije sprovodi medicinska sestra/tehničar po nalogu/receptu kojeg je prepisao lekar.

PROCEDURE		
Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije i materijala	1. Obezbedite povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti osvetljena i provetrena). 2. Obezbedite privatnost pacijenata. 3. Propisani lek (primeniti pravilo 5P). 4. Rastvor za rastvaranje leka. 5. Sterilni špricevi odgovarajuće zapremine. 6. Odgovarajuće sterilne igle. 7. Pilica za otvaranje ampule. 8. Dezinfekciono sredstvo za kožu i opremu. 9. Pamučni tupfer ili gaza. 10. Rukavice. 11. Kutija za oštre predmete. 12. Bubrežnjak.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Proverite za moguće alergije pacijenta na lekove (pitanjem i uvidom u zdravstveni karton). 3. Obavestite pacijenta o značaju i svrsi intervencije, što mora biti potvrđeno njegovim potpisom, zatražiti saradnju i reći mu da u slučaju bilo kakve promene stanja tokom i nakon primene injekcije, odmah obavesti medicinska sestra/tehničar. 4. Pacijent treba da leži u ispravnom položaju.
[III]	Procedura	1. Operite ruke i stavite rukavice.

		2. Otvorite omotač šprica i držite ga za klip, izvadite špic iz omotača i uvucite iglu u njega da biste navlačili sadržaj ampule. 3. Dezinfikujte vrat ampule i pilice pamučnim tupferom navlaženim dezinfekcionim sredstvom. 4. Nakon otvaranja ampule, navucite njen sadržaj u špic. 5. Dajte lek prema proceduri "Navlačenje leka iz bočice i ampule". 6. Uklonite iglu kojom ste navukli lek, stavite je u kutiju za oštre predmete i izduvajte vazduh iz šprica. 7. Stavite drugu odgovarajuću sterilnu iglu sa štitnikom. 8. Odredite mesto uboda (gornja spoljna četvrtina gluteusa), uzimajući u obzir moguće promene na koži i mišićima. 9. Dezinfikujte mesto uboda štapićem i sačekajte da se taj deo osuši. 10. Skinite štitnik sa igle i bacite ga u bubrežnjak. 11. Ubodite iglom pod uglom od 90°. 12. Lagano aspirirajte tako što ćete povući klip šprica, prateći da li se krv pojavljuje u špicu. Ako se pojavi krv, zaustavite proceduru, uklonite iglu, pripremite drugu injekciju i ubrizgajte lek na drugo mesto. Nemojte ubrizgavati rastvor sa krvlju. 13. Kada se lek primeni, sačekajte 10 sekundi i brzo izvucite iglu pod uglom od 90°. 14. Stavite tupfer/gazu navlaženu dezinfekcionim sredstvom na mesto uboda. 15. Bacite iglu u kutiju za oštre predmete. 16. Nakon primene leka, pratite pacijenta nekoliko minuta kako biste mogli na vreme reagovati u slučaju alergijske reakcije na lek. 17. Raspremite pribor. 18. Skinite rukavice, operite i osušite ruke.
[IV]	Mere opreza	1. Proverite pakovanje, izgled i rok trajanja leka. 2. Proverite rok trajanja šprica i igle za primenu leka, kao i stanje pakovanja šprica i igala. 3. Upoznajte se o specifičnostima pojedinih lekova i neželjenim efektima koje mogu izazvati (pročitajte uputstvo sa originalnog pakovanja).

		4. Ako je količina leka veća od 5 ml, lek treba uzeti u dva šprica i primeniti na dva različita mesta, 5. Za uljane rastvore lekova i preparata sa gvožđem primenjuje se tehnika „Z”, duboko muskularno, kako bi se izbegla iritacija potkožnog tkiva i promena boje (dlanom povući kožu preko planiranog mesta uboda nagore ili sa strane i čvrsto je držite dok primenite lek. Posle ubrizgavanja leka sačekajte 10 sekundi i istovremeno izvucite iglu i pustite zategnuti deo kože i pritisnite ga tupferom: može se koristiti tehnika „Z” kod starijih pacijenata koji imaju smanjenu mišićnu masu; važno je da se nakon primene preparata gvožđa ne masira mesto uboda i obavestiti pacijenta da miruje 30 minuta).
[V]	Dokumentovanje	Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar u dokumentaciju zdravstvene institucije evidentira sledeće podatke: 1. Opšti podaci o pacijentu. 2. Datum i vreme primene leka. 3. Vrsta i doza primenjenog leka. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri. 5. U odgovarajućem nalogu popunite sva polja (datum, naziv leka, količina leka, način primene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

PRIMENA I.M. INJEKCIJE



Dezinfikujte ampulu i pilicu



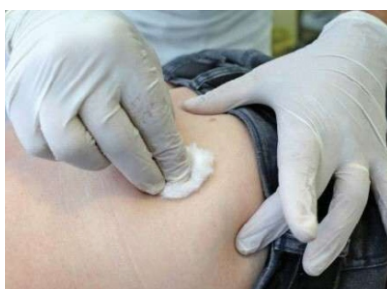
Navučite lek



Zamenite iglu



Istisnite vazduh iz šprica



Dezinfikujte mesto uboda



Ubodite mišić iglom i aspirirajte



Primenite lek i sačekajte 10 sekundi



Izvadite iglu i pritisnite mesto uboda tupferom



Odložite iglu u kutiju za oštre predmete

22. PRIMENA LEKA U OKO

Cilj: ove procedure je primena leka u obliku rastvora i masti u oko, na jedinstven i bezbedan način.

Rastvori i masti za oči su sterilni i primenjuju se samo aseptičnom tehnikom. Procedura se izvodi na osnovu naloga/recepta od strane lekara i obavlja ga medicinska sestra/tehničar.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije i materijala	1. Obezbediti privatnost i povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti osvetljena i provetrena), 2. Lek koji se primenjuje treba pripremiti na sobnoj temperaturi i prema uputstvima proizvođača, datum na pakovanju leka, vreme otvaranja i potpis medicinske sestre/tehničara koja ga je dala. 3. Sterilni tupfer. 4. Sterilna gaza za oči. 5. Flaster i zavoj (ako je potrebno). 6. Fiziološki rastvor (ako je potrebno). 7. Ne- sterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 8. Bubrežnjak.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Obavestite pacijenta o važnosti primene leka, načinu na koji se primenjuje i zamolite ga za saradnju. 3. Postavite pacijenta u udoban sedeći ili ležeći položaj, sa blago zabačenom glavom nazad.
[III]	Procedura primene leka u oko u obliku kapi	1. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 2. Po potrebi prethodno očistite oko sterilnim tupferom/gazom navlaženom fiziološkim rastvorom, očistite oko pokretom od spoljašnje strane oka ka nosu. 3. Bacite iskorišćenu gazu ili tupfer u bubrežnjak. 4. Dominantnom rukom uzmite lek i otvrite flašu. 5. Uzmite tupfer ili gazu u ne-dominantnu ruku, lagano povucite donji kapak, stvarajući konjunktivnu vrećicu. 6. Prilikom primene leka kod dece, oba kapka treba povući. 7. Zamolite pacijenta da pogleda prema gore.

		8. Dominantnom rukom primenite prepisani lek u konjunktivnu vrećicu pod uglom od 90° (za stabilizaciju šake stavite je na čelo pacijenta), vodeći računa da vrh kapaljke ne bude bliži od 2 cm od očne jabučice, tako da se ne dotakne oko pacijenta. 9. Izbegavajte ukapavanje direktno na očnu jabučicu. 10. Nakon primene, zamolite pacijenta da zatvori oči i miruje 10 - 20 minuta. 11. Ako treba da nanese kapi i u drugo oko, ponoviti procedura i odmah zatvoriti bočicu. 12. Ako treba da nanese više od 1 - 2 kapi, uvek napravite razmak od 5 minuta, jer suze uklanjaju lek 13. Nakon nanošenja kapi u oko, pustite donji kapak i zamolite pacijenta da polako zatvori oči i nežno pritisne unutrašnji ugao oka (kod nosa) kako bi sprečili da lek teče kroz suzni kanal u nosnu šupljinu. 14. Ako se primenjuju dve vrste kapi za oči, drugi lek treba primeniti najmanje 5 minuta kasnije da bi se izbeglo mehaničko uklanjanje ili razblaživanje prethodno primenjenog leka.
[IV]	Procedura primene leka u obliku masti	1. Priprema materijala i pacijenta je ista kao u slučaju primene kapi za oči. 2. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 3. Po potrebi prethodno očistite oko sterilnom gazom natopljenom fiziološkim rastvorom, očistite oko pokretom od spoljašnje strane oka ka nosu. 4. Bacite iskorišćenu gazu u bubrežnjak. 5. Dominantnom rukom uzmite lek, lagano istisnite malu liniju masti u donjem delu konjuktivne vrećice od unutrašnjeg dela do spoljašnjeg ugla oka i to bez dodirivanja vrha tube sa donjim kapkom i trepavicama i prekinite da stavljate mast okretanjem tube. 6. Zatražite od pacijenta da zatvori oko tako što ćete pomerati očnu jabučicu s leva na desno i odozgo prema da se mast dobro rasporedi, ali je nikako ne trljati prstima prstom, višak masti uklonite čistom gazom. 7. Ako se mast nanese i na drugo oko, ponovite proceduru i zatvorite tubu. 8. Ako imate kombinaciju kapi i masti, prvo nanesite kapi, sačekajte 20 minuta, a zatim nanesite mast.

		9. Ako pacijent nosi kontaktna sočiva, sačekajte 20 minuta nakon nanošenja kapi/masti pre nego što ih ponovo stavi. 10. Ako je potrebno, nakon nanošenja leka, pokrijte oko sterilnom gazom, ne trljajte ga, a ako je potrebno, fiksirajte ga zavojem ili gazom. 11. Raspremite upotrebljeni materijal. 12. Skinite rukavice i očistite ruke.
[V]	Mere opreza	1. Pratite moguću osetljivost pacijenta na lek. 2. Primenite proceduru 5P. 3. Poštujte interval doziranja i propisani broj kapi. 4. Obratite posebnu pažnju na to koje oko treba da se leči, jer se različiti lekovi ili doze mogu primeniti na svako oko posebno. 5. Pacijenta treba obavestiti da će nakon primene leka vid biti zamućen (zamagljen), ali da će ova prepreka brzo proći, tako da će se kroz otvaranje i treptanjem očiju vid razbistriti. 6. U slučaju produženog osećaja peckanja, svrbeža, crvenila, zamagljenog vida, savetovati da javite nadležnog lekara. 7. Lek treba čuvati u skladu sa uputstvima proizvođača. 8. Ako pacijent nosi kontaktna sočiva, treba ih ukloniti pre primene leka. 9. Ako moramo da nanesimo korišćenu mast, potrebno je s vrha tube istisnuti očvrslu deo.
[VI]	Dokumentovanje	Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar evidentira podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji institucije: 1. Opšte informacije o pacijentu. 2. Datum i vreme primene terapije. 3. Vrstu i dozu primenjene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara o obavljenoj proceduri. 5. U prepisanom nalogu popuniti sva polja (datum, naziv leka, količina leka, način primene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

23. PRIMENA LEKA U UVO

Cilj: ove procedure je primena lekova, rastvora i masti prepisanih za uvo, na jedinstven i bezbedan način.

Lek se primenjuje na uvo kod nekoliko oboljenja uha, uglavnom vezanih za poremećaje spoljašnjeg i srednjeg uva (otitis externa i otitis media). Prepisuje se od strane lekara. Rastvori i masti uha su sterilni i primenjuju se aseptičnom tehnikom.

Procedura se izvodi na osnovu lekarskog recepta i obavlja se od strane medicinske sestre/tehničara.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije i materijala	1. Obezbediti privatnost i povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti osvetljena i provetrena). 2. Lek se priprema i primenjuje na sobnoj temperaturi prema uputstvu proizvođača i na pakovanju leka naznačite datum, vreme otvaranja i potpis medicinske sestre/tehničara koja ga je dala. 3. Sterilna gaza. 4. Mali pamučni tampon. 5. Flaster i zavoj (ako je potrebno). 6. Fiziološki rastvor (ako je potrebno). 7. Nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 8. Bubrežnjak.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Obavestite pacijenta o proceduri, objasnite mu da primena leka nije bolna, ali da može izazvati blagu nelagodnost u vidu osećaja punoće u uhu ili blage vrtoglavice i zamolite ga za saradnju. 3. Postavite pacijenta u sedeći ili ležeći položaj sa glavom okrenutom na stranu tako da je tretirano uho dostupno. 4. Mala deca sede u krilima svojih roditelja držeći se za glavu.
[III]	Procedura	1. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 2. Pre otvaranja leka, ako je potrebno, očistite bolesno uvo tamponom ili gazom navlaženom fiziološkim rastvorom i osušite.

		3. Zagrejte kapi držeći bočicu u ruci. Protresite bocu po potrebi. 4. Laganim pokretom povucite uvo unazad (za odrasle i stariju decu gore-nazad, a za decu do 3 godine dole i nazad) i ukapajte propisani broj kapi u ušni kanal. 5. Nakon što se kapi ukapaju, držite uvo u istom položaju tako da kapi teku niz stranu ušnog kanala, a ne direktno u bubnu opnu. 6. Nakon nanošenja kapi, pacijent treba da drži glavu pognutu u stranu 2-3 minuta, kako ispuštene kapi ne bi isticale vani. 7. Pažljivo stavite mali pamučni tampon u uvo kako biste uzeli ili sakupili višak leka, vodeći računa da mali tampon ne ubacite preduboko u kanal, jer će to zaustaviti oticanje sekreta i povećati pritisak u uvu. 8. Pomozite pacijentu pri podizanju. 9. Ukoliko vam je to prepisao lekar, ponovite istu proceduru posle 10 minuta na drugom uvu. 10. U zdravstvenim institucijama kapi za uvo primenjuje medicinska sestra/tehničar, ali ako će pacijent sam da koristi kapi za uši, treba mu/joj objasniti kako da ih primeni. 11. Ako su prepisane i masti i kapi, prvo treba primeniti kapi. 12. Obavestite svog lekara ako imate bilo kakve neželjene efekte (anksioznost, dezorijentaciju, vrtoglavicu, zujanje u ušima, itd.).
[IV]	Mere opreza	1. Procenite da li je potrebna pomoć druge osobe (za malu decu). 2. Utvrdite moguću osetljivost pacijenta na lek. 3. Primenite pravilo 5P. 4. Poštujte interval doziranja i prepisani broj kapi. 5. Prilikom upotrebe kapi treba sprečiti kontaminaciju mikrobima, ne preporučuje se dodirivanje kapaljke rukom ili uhom, već direktno ubacite kapi u ušni kanal. 6. Lek treba čuvati u skladu sa uputstvima proizvođača. 7. Ako moramo da naneseemo korišćenu mast, potrebno je s vrha tube istisnuti očvrslu deo. 8. Primena kapi koje sadrže preparate kortikosteroida su kontraindikovane u slučaju pojave herpesa.

[V]	Dokumentovanje	Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar u dokumentaciju zdravstvene institucije evidentira sledeće podatke: 1. Opšti podaci o pacijentu. 2. Datum i vreme primene terapije. 3. Vrsta i doza primenjene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koji je obavio proceduru. 5. U prepisanom nalogu popuniti sva polja (datum, naziv leka, količina leka, način primene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).
-----	----------------	---

24. PRIMENA LEKA U NOS

Cilj: ove procedure je primena leka u nos na jedinstven i bezbedan način.

Primena leka u obliku kapi, masti, gela ili spreja za nos je procedura kojim se lek primenjuje u terapeutske svrhe prepisane od strane lekara. Medicinska sestra/tehničar priprema prostor, materijal, pacijenta i primenjuje lek u nos.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorija i materijala	1. Obezbediti privatnost i povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti osvetljena i provetrena). 2. Lek se priprema i primenjuje na sobnoj temperaturi prema uputstvu za upotrebu proizvođača, a na pakovanju leka navesti datum, vreme otvaranja i potpis medicinske sestre/tehničara koja ga je primenila. 3. Pamučni tupferi ili sterilna gaza. 4. Fiziološki rastvor (ako je potrebno). 5. Nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 6. Bubrežnjak,
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Prilikom nanošenja kapi i masti na nos pacijentu treba da sedi ili leži sa pognutom glavom (da bi se sprečilo da lek teče niz grlo). 3. Prilikom primene leka u obliku spreja, pacijent treba da drži glavu uspravno. 4. Mala deca sede u krilu svojih roditelja držeći se za glavu. 5. Objasnite odraslom pacijentu proceduru, moguća uznemirenja i reakcije na lek. 6. Procenite stanje nazalnih kanala i disajnih puteva pacijenta. 7. Pre davanja leka, zamolite pacijenta da udalji sekret iz nosa (izduva nos). 8. Ako pacijent ne može sam da izduva nos: stavite rukavice, očistiti dostupni nazalni sekret tamponom navlaženim fiziološkim rastvorom.

[III]	Procedura primene leka u obliku kapi, spreja i masti ili gela	Primena leka u obliku kapi: 1. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 2. Medicinska sestra/tehničar ne-dominantnom rukom nežno podiže vrh pacijentovog nosa, pacijent mora da izdahne, a zatim ubaci propisanu dozu kapi u jednu, pa u drugu nozdrvu. 3. Pacijentu se skreće pažnja da diše na usta i ostane u istom položaju 5 - 10 minuta. 4. Pacijentu se savetuje da izduva nos 10 - 20 minuta nakon primene leka. 5. Pakovanje kapi mora biti individualno. Primena leka u obliku spreja: 6. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 7. Protresite bocu pre upotrebe. 8. Pacijent treba da izdahne i zatvori oči. 9. Zatvorite jednu nosnu šupljinu pacijenta i postavite vrh spreja u drugu nosnu šupljinu u ravnom položaju. 10. Zatražite od pacijenta da udahne kroz nosnu šupljinu i istovremeno raspršite lek sprejem u nosnu šupljinu, a zatim izdahne kroz usta. 11. Ponovite istu procedura u drugoj nosnoj šupljini. 12. Ako je propisano više od jedne doze leka, ponovite proceduru sa intervalom od 30 sekundi između dve doze. 13. Napomenite pacijenta da ne duva na nos najmanje 20 minuta. 14. Pakovanje spreja mora biti individualno. Primena leka u obliku masti ili gela: 15. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 16. Nanesite lek ili upotrebite aplikator na pamučni štapić. 17. Zamolite pacijenta da diše samo na usta. 18. Pamučni štapić ili aplikator treba lako staviti u nosnu šupljinu, ali ne duboko, i vrlo pažljivo kružnim pokretima namazati prednji deo.
[IV]	Mere opreza	1. Utvrdite moguću osetljivost pacijenta na lek. 2. Sprovodite pravilo 5P. 3. Poštujte interval primene i koncentraciju prepisanog leka.

		4. Ako moramo da naneseemo korišćenu mast, potrebno je s vrha tube istisnuti očvršli deo. 5. Čuvajte lek prema uputstvima od strane proizvođača. 6. Procenite da li vam je potrebna i pomoć druge osobe (u slučajevima sa decom). 7. Upozorite pacijenta da ne sme da koristi lekove za nos duže nego što je propisano, jer mogu izazvati neželjene efekte koji mogu pogoršati stanje.
[V]	Procedura nakon intervencije	1. Bacite korišćenu opremu (bris) u kese za infektivni otpad. 2. Skinite rukavice, operite i osušite ruke. 3. Vratite pacijentu pakovanje kapi/spreja/masti/gela i dajte mu dodatna uputstva o čuvanju i upotrebi leka, posebno da naglasite važnost isteka roka trajanja leka nakon otvaranja pakovanja, vremena dozvoljenog za upotrebu leka prema nalogu od strane lekara.
[VI]	Dokumentovanje	Po završetku procedure medicinska sestra/tehničar u dokumentaciju zdravstvene institucije evidentira sledeće podatke: 1. Opšti podaci o pacijentu. 2. Datum i vreme primene terapije. 3. Vrsta i doza primenjene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koji je obavio proceduru. 5. U prepisanom nalogu popuniti sva polja (datum, naziv leka, količina leka, način primene, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara).

25. PRIMENA KISEONIKA

Cilj: ove procedure je jedinstvena i bezbedna primena kiseonika.

Terapija kiseonikom je metoda lečenja kiseonikom putem inhalacije. Nedostatak kiseonika u krvi i tkivima je glavni pokazatelj za primenu terapije kiseonikom. O indikaciji za primenu kiseonika odlučuje lekar, dok medicinski tehničar/ sestra primenjuje kiseonik kao standardni postupak.

Nalog za terapiju kiseonikom donosi lekar, koji određuje način (vrstu opreme: masku ili nazalni kateter), količinu (l/min) i trajanje primene kiseonika.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema materijala, prostorija i pacijenta	1. Boca sa kiseonikom. 2. Stalak za bocu. 3. Ključ za pričvršćivanje aplikatora na boci. 4. Sistem kiseonika. 5. Aplikator kiseonika (kateter i maska). 6. Papirna maramica i pamučni tampon. 7. Zavoj. 8. Rukavice. 9. Bubrežnjak. 10. Prostorija mora da bude osvetljena. 11. Osigurati privatnost pacijenata. 12. Identifikovati pacijenta. 13. Pacijenta treba postaviti u udoban položaj. 14. Objasniti pacijentu postupak primene i dozvoliti pitanja. 15. Dati pacijentu papirne maramice da čisti nos. 16. Prilikom upotrebe nazalne sonde/katetera proveriti stanje sluzokože nosa a ukoliko je oštećena menja se pristup primene kiseonika.
[II]	Mere opreza	Provera boce i sistema za kiseonik: 1. Proveriti manometar za količinu kiseonika u boci. 2. Proveriti vlažnost - pribor koji sadrži predestilovanu vodu (između minimalne oznake "MIN" i maksimalne "MAX"). 3. Proveriti stanje sistema kiseonika, ručku regulatora kiseonika, priključaka katetera i maske. 4. Otvoriti sistem za primenu kiseonika (bocu).

		5. Podesiti podešenu brzinu protoka kiseonika (l/min). 6. Povezivati kateter ili masku na sistem i staviti ga na lice pacijenta. 7. Ako su potrebne koncentracije kiseonika do 40%, sa protokom od 1 - 3 l/min onda koristiti nazalni kateter; dok za koncentraciju do 60% sa protokom od 6 – 8 l/min koristiti masku, osim ako nema kontraindikacije ili ako je lekar drugačije prepisao. 8. Najmanja količina kiseonika koja se može uneti kroz masku je 6 l/min a ovom količinom se postiže 35 - 40% koncentracije kiseonika u usisanoj smeši. 9. Najveća koncentracija kiseonika nanesenog maskom je 60% i to se postiže pri 10 l/min. Oprez tokom korišćenja boce: 10. Ne kotrljati boce ili ih vući po podu. 11. Držite/čuvajte boce u vertikalnom položaju i pazite da je ventil zatvoren poklopcem. 12. Nije dozvoljeno nositi bocu držeći je za ventil. 13. Držati bocu dalje od izvora toplote najmanje 1 metar. 14. Ne koristiti plamen ni pušiti cigarete u blizini kiseonika. 15. Ne izlagati boce visokim temperaturama. 16. Ne koristiti sistem kiseonika prljavim rukama. 17. Ne koristiti naftne derivate za čišćenje boce i sistema (oni povećavaju eksplozivnu masu kiseonika). 18. Nije dozvoljeno korišćenje bilo kakvog lepka za lepljenje etiketa na bocu ili na bilo koji deo sistema. 19. Niži nivo koncentracije kiseonika od predviđenog može biti posledica: oslabljenog disanja, maska nije dobro pričvršćena/ postavljena uz lice ili dotok kiseonika nije dovoljan). 20. Za starije osobe ili pacijente sa upalim obrazima, staviti tampon/ gazu za masku na površinu obraza kako bi se osiguralo propisno disanje. 21. Prazne boce čuvati odvojeno od punjenih, 22. Koristiti ključeve za sklapanje i rasklapanje boca koje ne stvaraju varnice (legure). 23. Pre otvaranja boce sa kiseonikom, ventil treba uvek da bude potpuno deblokiran, a zatim odvrnuti jednom nazad tako da niko ne pokuša da otvori već otvoren ventil.
--	--	--

[III]	Postupak kroz nazalni kateter	1. Staviti vrhove katetera u čašu vode da se proverí prohodnost sistema (stvaraju se mehurići), a zatim osušiti vrhove katetera. 2. Ulazno mesto kroz koje dolazi kiseonik osloniti na nos a cevčicu oko 1-2 cm ulazi u svaku nozdrvu. 3. Postaviti cev nazalnog katetera iza oba uha i ispod brade pacijenta, pričvrstite oba kraka katetera za kliznu petlju koja je na cevi katetera za nos. 4. Izbegavati previše učvršćivanje jer može izazvati dodatni pritisak na lice. 5. Spojiti kateter sa izvorom kiseonika. 6. Otvoriti izvor kiseonika okretanjem glavnog ventila na boci. 7. Preko redukcionog ventila odrediti količinu kiseonika, pazeći da sredina kuglice ostane na navedenoj količini protoka.
[IV]	Postupak kroz oronazalnu masku (obična maska)	1. Proveriti prohodnost sistema. 2. Izabrati veličinu maske koja najbolje odgovara pacijentu. 3. Prilikom primene paziti da maska bude čvrsto priljubljena uz lice i da pokriva nos i bradu. 4. Postaviti masku na nos, usta i bradu pacijenta i oblikovati fleksibilnu metalnu ivicu prema korenu nosa. 5. Zategnuti elastičnu traku oko glave da masku drži pravilno, udobno preko obraza, brade i korena nosa. 6. Kada pacijent diše, udiše kiseonik, udiše i vazduh koji ulazi kroz otvore na maski. 7. Pacijent diše kroz masku, dotok kiseonika mora biti toliki da izdahnuti vazduh izbací iz maske pre sledećeg udaha. 8. Prednost ove maske je što dozvoljava nešto veće koncentracije kiseonika i ne suši sluzokožu, jer se kiseonik meša sa vazduhom koji ulazi kroz otvore. 9. Slabost je što ga pacijenti teže podnose, posebno u akutnoj fazi, jer im daje osećaj da ne mogu disati.
[V]	Završetak terapije i održavanje opreme	1. Nakon završetka primene propisane terapije kiseonikom, skinuti nazalni kateter ili masku. 2. Zatvoriti glavni redukcioní ventil boce okretanjem u smeru kazaljke na satu. 3. Sačekati da sav kiseonik izađe iz sistema (sistem je prazan kada nema mehurića u posudi za ovlaživanje). 4. Voditi računa o pacijentu.

		5. Odložiti iskorišćeni materijal. 6. Oprati i posušiti ruke. 7. Nakon svake upotrebe, masku i kateter treba oprati tekućom vodom i dezinfikovati prema uputstvima proizvođača.
[VI]	Dokumentovanje (Prilog 14)	Nakon završetka postupka medicinski tehničar/sestra u dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira sledeće podatke: 1. Opšte podatke o pacijentu. 2. Datum i vreme primene postupka. 3. Vrstu i dozu primene terapije kiseonikom. 4. Potpis medicinskog tehničara/sestre koja je obavila postupak. 5. Zabeležiti količinu potrošenog kiseonika u obrazac za evidenciju potrošnje kiseonika.

Prilog 14 – Obrazac za evidenciju potrošnje kiseonika

[illegible]

Napomena: Po završetku evidencije potrošnje kiseonika u obrascu, treba da:

- boce sa kiseonikom uvek budu čiste.
- manometar, sistem kiseonika i aplikator kiseonika (kateter i maska) očiste mlakom vodom, osuše i zaštite sterilnom gazom.
- očistiti, dezinfikovati i osušiti ovlaživač kiseonika, promeniti tečnost za ovlaživanje (predestilovanom vodom).
- uredno držati obrazac evidencije za dnevnu potrošnju kiseonika.

26. PRIMENA LEKOVA PUTEM INHALACIJE

Cilj: ove procedure je pravilno, jedinstveno i bezbedno davanje terapije inhalacijom.

Primena leka inhalacijom je terapijska metoda kojom lek ulazi u telo kroz respiratornu sluzokožu. Kroz davanje leka na ovaj način postiže se brže dejstvo lekova i lakše disanje, što direktno utiče na kliničku sliku pacijenta.

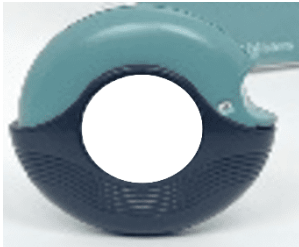
Razmaknica (vazдушna komora) je pomoćni pribor za davanje leka iz pumpe u obliku spreja za inhalaciju. Koristi se prema uputstvima proizvođača, u zavisnosti od starosti pacijenta. Za lakše davanje leka iz pumpe u obliku spreja, koristi se razmaknica za decu do 4 godine i volumatična razmaknica za decu od 4 godine.

Inhalacionu terapiju (vrstu i način) prepisuje lekar, a primenjuje medicinska sestra/tehničar.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema materijala, opreme, lekova i pacijenta	1. Proveriti naziv leka, prepisanu dozu, način primene leka i vremenski interval inhalacije. 2. Pripremiti inhalator i sistem za inhalaciju. 3. Očistiti i dezinfikovati suhu masku odgovarajuće veličine. 4. Prepisani lek (primeniti pravilo 5P). 5. U dozator aparata staviti lek u naznačenoj dozi sa rastvorom (obično NaCl 0,9%). 6. Identifikovati pacijenta. 7. Dati upute pacijentu, roditelju/ staratelju o postupku inhalacije. 8. Postavite pacijenta u udoban polusedeći ili sedeći položaj, dok dete se drži u krilu roditelja /staratelja.
[II]	Postupak primene leka sa električnim inhalatorom	1. Dati savete ukoliko pacijent može da se iskašlje i očisti nos. 2. Upoznati pacijenta o važnosti pravilnog udisaja tokom inhalacije kao i o važnosti punog udaha-izdaha i da odmara ukoliko je disanje otežano. 3. Uključiti inhalator i pratiti postupak inhalacije u svakom trenutku. 4. Pratiti opšte stanje pacijenta i prijaviti lekaru svaku moguću promenu. 5. Nakon završetka inhalacije, pažljivo skidati masku sa lica pacijenta.

		6. Savetovati pacijenta da opere lice kako bi izbegli lokalne propratna delovanja (crvenilo kože, bele naslage gljivica), isprati usta dok se detetu daje da jede ili pije. 7. Ako je propisana primena inhalacije u obliku spreja, onda se priprema prostorni inhalacioni set ili inhalator za decu, u zavisnosti od uzrasta pacijenta.
[III]	Upotreba inhalatora: pumpa sa odmerenom dozom i disk sa odmerenom dozom	Korišćenje pumpe sa odmerenom dozom: 1. Skinuti poklopac i promućkati rezervoar pumpe 2 - 3 puta. 2. Pacijentu reći da lagano izbací vazduh/ izdahne, ali nikada u pumpu. 3. Pacijent stavlja usnik pumpe u usta. 4. Početi disanje a istovremeno pritisnuti rezervoar. 5. Nastaviti sa sporim udahom do kraja. 6. Zadržati dah 10 sekundi. 7. Polako izdahnuti. 8. Ako se doza ponovi, sačekati 1-2 minuta, a zatim ponoviti gore navedene korake. 9. Nakon upotrebe zatvoriti pumpu/inhalator poklopcem. 10. Pacijentu treba isprati usta čistom vodom. 11. Ako pacijent ne može pravilno da koristi pumpu (mala deca, pacijenti koji ne mogu da koordiniraju pumpu i disanje, pacijenti sa problemima u disajnim putevima), koristiti pomoćnu opremu (volumetrijski set). Slika br. 6 - Inhalator/pumpa sa odmerenom dozom pod pritiskom Korišćenje diska sa odmerenom dozom: 1. Otvorite disk, držeći vanjsko kućište u jednoj ruci i staviti palac druge ruke u ležištu palca. 2. Pritiskati palcem dok se disk potpuno ne otvori (dok se ne čujete klik kada je disk spreman za upotrebu).

		3. Pacijentu reći da lagano izdahne, ali nikada u disk. 4. Staviti usnik diska u usta, a zatim duboko udahne a da ne diše kroz nos. 5. Odmaknuti disk iz usta i zadrži dah 10 sekundi. 6. Polako izdahne i zatvori disk. 7. Isprati usta čistom vodom.  Slika br. 7 - Inhalator/disk sa odmerenom dozom pod pritiskom
[IV]	Upotreba pumpe sa odmerenom dozom korišćenjem razmaknice za decu i volumatične razmaknice	Upotreba pumpe sa odmerenom dozom pomoću razmaknice za decu mlađu od 4 godine: 1. Priprema pacijenta za postupak je ista kao za inhalaciju električnim inhalatorom (kao gore). 2. Lekovi se koriste kao sprej u razmaknicu. 3. Promućkati pumpu i staviti je u razmaknicu. 4. Staviti dezinfikovanu masku na nos i usta pacijenta. 5. Pritisnuti pumpu jednom (jedna inhalacija) i na taj način lek ide u razmaknicu. 6. Držati masku za inhalator za decu preko nosa i usta pacijenta oko minut (5 - 10 udisaja i izdisaja). Od pomicanja membrana smeštene u razmaknicu, medicinska sestra/tehničar broji koliko puta je pacijent udahnuo i izdahnuo količinu leka unet u organizam. 7. Razmaknica ima dvostruki ventil koji omogućava pacijentu da normalno diše u masku. 8. Prilikom udisaja, lek prelazi iz komore u pluća pacijenta, dok pri izdisanju vazduh ne ulazi u razmaknicu već izlazi van. 9. Pratiti opšte stanje pacijenta i o eventualnim promenama obavestite lekara. 10. Nakon inhalacije, pažljivo skidati masku sa lica pacijenta.

11. Ukoliko je neophodno da pacijent prima više od jedne doze istog leka, onda nakon pauze od 5 - 10 minuta, treba ponoviti postupak kako je prepisano.



Slika br. 8 - Razmaknica za decu

Upotreba pumpe sa odmerenom dozom pomoću volumatične razmaknice za decu od 4 godine i stariju:

12. Volumatični inhalator ima konusni oblik, koji se sastoji od dva dela: a) providnog plastičnog materijala zapremine 750 ml i b) jednosmerne membrane.
13. Putem volumatičke razmaknice lekovi se primenjuju iz pumpe u obliku spreja.
14. Promućkati pumpu i stavite je u razmaknicu.
15. Staviti dezinfikovani volumetrijski špric za usta u usta pacijenta.
16. Pritisnuti pumpu jednom (jedna inhalacija) i lek prolazi u volumatičnu razmaknicu.
17. Tokom inspiracije, lek prelazi sa volumatične razmaknice u pluća pacijenta, dok pri izdisanju vazduh ne ulazi u razmaknicu već izlazi van.
18. Pratiti opšte stanje pacijenta i o eventualnim promenama obavestiti lekara.
19. Nakon završetka inhaliranja, pažljivo izvaditi volumatičku razmaknicu sa usta pacijenta.
20. Ako je neophodno da pacijent uzme više od jedne doze istog leka, onda nakon pauze od 5 - 10 minuta, postupak treba ponoviti kako je prepisano.



Slika br. 9 – Volumatička razmaknica za decu

[V]	Pranje i dezinfekcija pomoćnog pribora za inhalatore	1. Električne inhalatore i pomoćne uređaje ukloniti sa maske 2. Staviti destilovanu vodu u dozator leka, uključiti uređaj i isprati dozator. 3. Delovi inhalatora sa kojima pacijent dolazi u kontakt skinuti i mehanički oprati mlakom vodom, dezinficirati, ponovo isprati destilovanom vodom i staviti da se osuši. 4. Nakon završetka složiti i odložiti sve delove na predviđeno mesto. 5. Rastaviti razmaknicu na dva posebna dela, vučenjem obe polovine u suprotnim smerovima vodeći računa o ventilima (membranama). 6. Delovi se prvo moraju mehanički oprati, dezinficirati, dobro isprati destilovanom vodom i ostaviti da se osuše i pripremiti ih za sledeću upotrebu.
[VI]	Dokumentiranje	Nakon završetka postupka medicinska sestra/tehničar evidentira u dokumentaciji zdravstvene ustanove sledeće podatke: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum i vreme primene terapije. 3. Vrsta i količina terapije. 4. Potpis medicinskog tehničara/sestre koja je izvela postupak.

POGLAVLJE V – DIJAGNOSTIČKO-TERAPIJSKI POSTUPCI

27	ISPIRANJE UHA
28	POSTAVLJANJE FIKSNOG ZAVOJA
29	TRETIRANJE I ZAVIJANJE RANE
30	TRETIRANJE LAKŠIH OPEKOTINA
31	PROCENA I TRETIRANJE DEKUBITALNE RANE
32	IMOBILIZACIJA – INDIKACIJE, NAMENE, VRSTE, SREDSTVA I PRINCIPI
33	IMOBILIZACIJA – POSEBNE VRSTE
34	ZDRAVSTVENA NEGA KOLOSTOME
35	POSTAVLJANJE I ODRŽAVANJE URINARNOG KATETERA
36	TRETIRANJE PUPČANE VRPCE KOD NOVROĐENČETA
37	TRETIRANJE USNE ŠUPLJINE KOD BEBA SA STOMATITISOM

27. ISPIRANJE UHA

Cilj: ove procedure je jedinstveno i bezbedno ispiranje uha u dijagnostičke i terapijske svrhe. Intervencija medicinskog tehničara/sestre se vrši na osnovu pismenog naloga lekara.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije i materijala	1. Obezbediti privatnost i povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti osvetljena i provetrena). 2. Špric za ispiranje uha. 3. Posuda sa toplom vodom. 4. Nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 5. Obloga. 6. Zavoj. 7. Pamučni tampon. 8. Bubrežnjak. 9. Osim tople vode može se koristiti i fiziološki rastvor NaCl 0,9%, borna kiselina 3%.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikovati pacijenta. 2. Upoznati pacijenta o načinu izvođenja postupka i zamolite na saradnju. 3. Postaviti pacijenta u sedeći položaj, glava na uspravnom položaju, blago nagnuta na stranu. 4. Temperatura vode treba biti temperature tela (više ili niže temperature mogu izazvati vrtoglavicu). 5. Staviti oblogu - zaštitni peškir na rame pacijenta. 6. Zamoliti pacijenta da drži bubrežnjak ispod ušne školjke.
[III]	Postupak ispiranja ušiju	1. Oprati i osušiti ruke i stavite rukavice. 2. Navući prepisanu tečnost u špric i ispraznite sav vazduh iz njega. 3. Koristeći nedominantnu ruku, povucite ušnu školjku unazad i nagore i usmerite vrh šprica prema potiljku i nagore tako da mlaz vode uđe preko gornjeg zida ušnog kanala i izlazi preko donjeg. 4. Držati vrh šprica na vrhu ušnog kanala.

		- Počinje se sa nekoliko blagih mlazeva, zatim jačim, sve dok voda ne istera naslage cerumena. - Ispiranje treba biti bezbolno. Ukoliko mlaz tople vode je bolan, treba smanjiti snagu i brzinu mlaza. - Nakon ispiranja uha, pacijentovu glavu treba nagnuti u stranu tako da preostala voda može da iscuri iz uha. - Ušna školjka se može povući unazad kako bi se ušni kanal ispravio i voda lakše ističe. - Nakon postupka, osušiti uho oblogom ili pamučnim tamponom. - Staviti pamučni štapić na ulazu ušnog kanala. - Skinuti rukavice, oprati i osušiti ruke. - Pomoći pacijentu da ustane. - Odlagati korišćene instrumente i materijal. - Operite i dezinfikujte vrh šprica, a špric oprati i posušiti.
IV]	Preventivne mere	- Proverite da špric nije oštećen. - Testirajte temperaturu tečnosti tako što ćete staviti nekoliko kapi na unutrašnju stranu zgloba ruke. - Maksimalna količina tečnosti koja se koristi za ispiranje uha je 500 ml. - Ako uvo nije potpuno isprano ovom količinom rastvora, obavestite lekara. - Mala deca treba da sede u krilu svojih roditelja kako bi im pružili podršku za glavu.
V]	Dokumentovanje	Po završetku ovog postupka medicinska sestra/tehničar u postojeću medicinsku dokumentaciju ustanove evidentira: - Opšte informacije o pacijentu. - Datum i vreme ispiranja. - Vrstu tečnosti koja se koristi za ispiranje. - Potpis medicinskog tehničara/sestre koja je obavila postupak.

28. POSTAVLJANJE FIKSNOG ZAVOJA

Cilj: ove procedure je određivanje, postavljanje i fiksiranje zavoja na bezbedan, pravilan i jedinstven način.

Fiksni zavoj se postavlja da stabilizuje/imobilise delove tela nakon luksacije, kontuzije, preloma kosti ili sumnje na prelom, da obezbedi hemostatski pritisak, da spreči pojavu hematoma i edema i da stabilizuje gazu nakon tretmana rane.

Postavljanje i fiksiranje zavoja vrši medicinska/i sestra/tehničar na zahtev lekara.

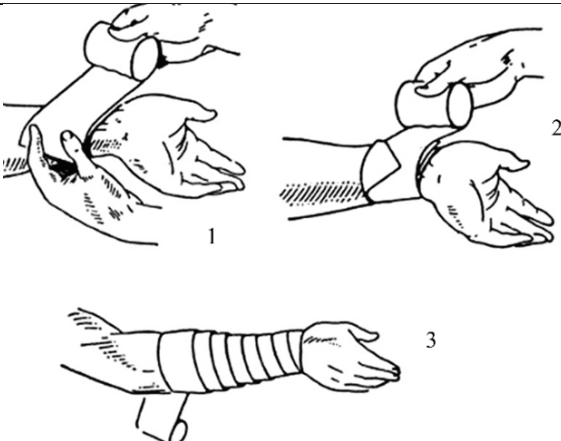
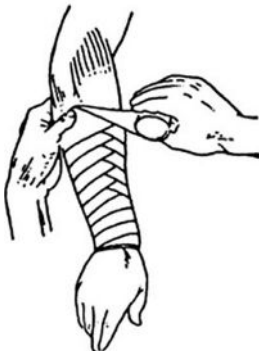
PROCEDURA

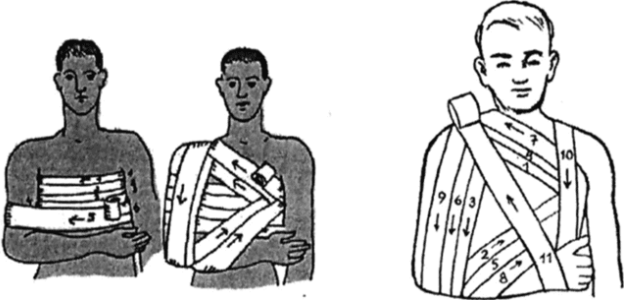
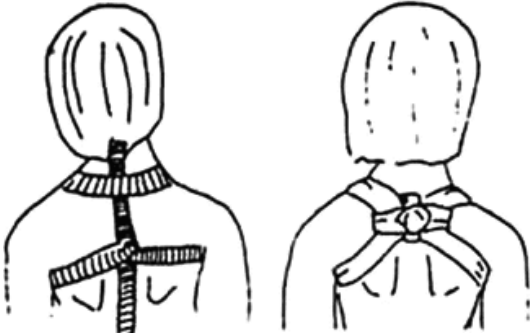
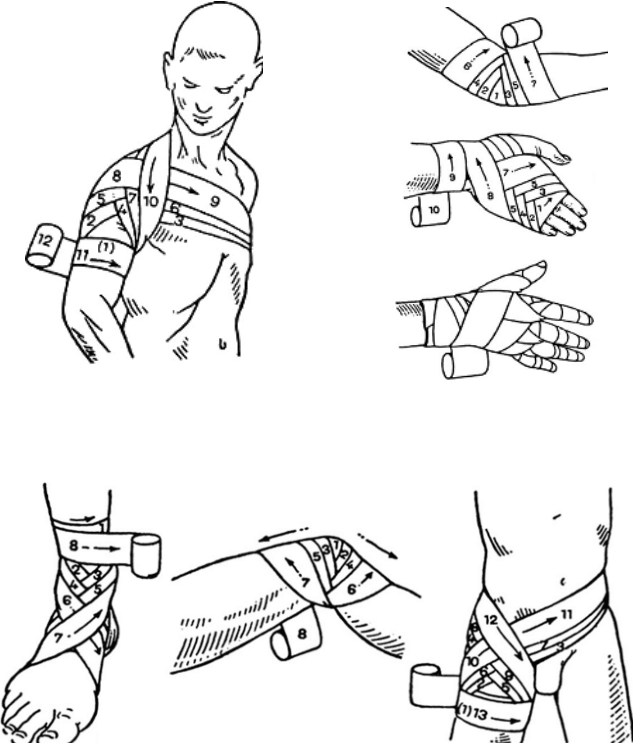
Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorija i materijala	1. Prostorija treba da bude osvetljena, provetrena i sa optimalnom temperaturom. 2. Rukavice. 3. Zavoj odgovarajuće širine 6 - 15 cm. 4. Za previjanje glave, šake, prstiju i stopala treba koristiti zavoj širine 6 cm. 5. Zavoj širine 10 cm treba koristiti za previjanje ramena, nadlaktice, podlaktice i potkolenice. 6. Za previjanje grudnog koša i natkolenice treba koristiti zavoj širine 15 cm. 7. Bubrežnjak. 8. Makaze. 9. Flaster.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Osigurajte privatnost, osim prilikom pružanja prve pomoći. 3. Objasnite pacijentu postupak i zamolite ga za saradnju, 4. Skinuti odeću sa dela tela gde će se vršiti fiksacija, pacijenta postaviti u udoban položaj, tako da deo tela koji treba da se tretira bude u funkcionalnom položaju ili u najboljem mogućem položaju.
[III]	Proces previjanja/fiksiranja	1. Operite i osušite ruke i stavite rukavice. 2. Pregledajte područje koje treba zaviti ukoliko ima mogućih ozleda ili oštećenja kože (konsultujte lekara prema potrebi).

		3. Postavite zavoj tako da se dve površine kože ne dodiruju (palac – šaka, prsti, grudi– ruka) kako biste sprečili iritaciju kože. 4. Držite zavoj tako da je rolna zavoja u dominantnoj ruci i okrenuta gore, a slobodni kraj zavoja da bude u nedominantnoj ruci. 5. Zavoj ne sme biti labav ni previše zategnut. 6. Zavoj se ravnomerno zateže tokom zamotavanja. 7. Ekstremiteti se privijaju odozdo naviše. 8. Držite zavoj blizu dela koje se zavija da bi obezbedili ravnomerno zategnutost i pritisak. 9. Zavijte delove tela spiralno, spiralno- povratno, povratno ili metodom osmice. 10. Zavoj se završava rezanjem kraja zavoja makazama u dve trake i vezivanjem ili fiksiranjem zavoja. 11. Proverite distalnu cirkulaciju (proverite boju i temperaturu kože). 12. Skinite rukavice, operite i posušite ruke.
[IV]	Mere opreza	1. Ukoliko se fiksni zavoj postavlja na distalne zglobove ekstremiteta, ne zavijati prste radi praćenja cirkulacije, 2. Ukoliko se zavoj postavlja nakon tretmana rane, zavoj se mora protezati dovoljno daleko izvan mesta rane radi postizanja dovoljnog pritiska i zaštite. Sve ivice gaze treba da budu pokrivene. 3. Ukoliko postavljamo zavoj za hemostazu i tokom previjanja ili nakon što rana počne da krvari, treba postaviti nove slojeve gaze i zavoja, ali nikada ne treba skidati prethodno stavljeni zavoj. 4. Prilikom postavljanja zavoja u svrhu imobilizacije potrebno je koristiti sredstva za imobilizaciju i obuhvatiti dva susedna zgloba. 5. U slučaju opekotina, nanesite zavoj labavo bez zatezanja. 6. Predmeti zabodeni u telo (nož, drvo, staklo) koji se ne mogu zbrinuti na nivou primarne zdravstvene zaštite ne smeju se vaditi, već ih treba fiksirati gazom sa svih strana, zatim fiksirati zavojem u zatečenom položaju i uputiti na dalju obradu po nalogu lekara.

		7. U slučaju povrede kostiju glave ne treba vršiti direktan pritisak fiksacijom na povređeni deo kosti glave, već se pravi kolut od gaze i zavoja čija širina treba da prelazi ivice povrede, kroz koje se vrši fiksacija zavojem.
[V]	Dokumentovanje	Po završetku postupka medicinski tehničar/sestra evidentira u medicinskoj dokumentaciji ustanove sledeće podatke: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum i vreme postavljanja zavoja. 3. Područje (mesto) postavljanja zavoja. 4. Potpis medicinskog tehničara/sestre koja je obavila postupak.

Slika br. 10 – Vrste zavijanja

	Postupak		Primena
Povratno zavijanje	Zamotajte zavoj kružno, zatim izvršite povratni pokret a zatim vršite kružne pokrete radi konačne fiksacije (Hipokratova kapa).		Zavijanje glave. Ovaj postupak se primenjuje kod zavijanja trupa i šake
	Zavoj u obliku ruske kape		Zavijanje glave.
Spiralno zavijanje	Svaki krug delimično (2/3) pokriva prethodni.		Za dugačke i prave delove tela.
Spiralno povratno (klas)	Zategnite zavoj, a zatim okrenite smer namotaja na polovinu obima svakog spiralnog zavijanja.		Koristi se za uređivanje zavoja povećanju veličini tela (podlaktica, noga).

Dezolo zavijanje	Pazuh - rame - lakat.		Za fiksiranje ramena i lakta.
Madzenovo zavijanje			Kod povrede/preloma ključne kosti.
Zavijanje zglobova	Zavoj se pričvršćuje ispod zgloba, a zatim se omotava naizmenično naviše i iznad zgloba, zatim naniže i ispod zgloba.		Kod povreda zglobova.

29. TRETIRANJE I ZAVIJANJE RANE

Cilj: ove procedure je bezbedno, odgovarajuće i jedinstveno tretiranje rane.

Rana je prekid anatomske i funkcionalne kontinuiteta tkiva. Rane se dele na akutne i hronične. Pravilno tretiranje i zavijanje je osnovni postupak za pravilno lečenje rana.

Indikacije za tretiranje i zavijanje rane određuje lekar, a obavlja medicinska sestra/tehničar po jedinstvenom postupku za tretiranje i zavijanje rane:

- način tretiranja rane - učestalost, vrsta zavijanja (suho ili vlažno),
- vrsta aseptičnog sredstva,
- vrsta odgovarajućeg pokrivača (antiseptici, hidrokoloidi, alginati, poliuretanska pena, itd.).

Postupak izvodi medicinska sestra/tehničar pod aseptičnim uslovima.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije	1. Prostorija treba da bude osvetljena, provetrena i sa optimalnom temperaturom. 2. Osigurati privatnost pacijenata.
[II]	Priprema materijala	1. Sterilne rukavice. 2. Maska. 3. Sterilni instrumenti. 4. Veliki sterilni špricevi. 5. Sterilne igle. 6. Sterilne gaze različitih veličina. 7. Zavoj. 8. Flaster. 9. 0,9% rastvor NaCl sobne temperature. 10. Antiseptično sredstvo. 11. Odgovarajući pokrivači (poliuretanske folije i pene, hidrokoloidi, hidrogelovi, alginati, nelepljive kontaktne mreže, itd.), 12. Bubrežnjak. 13. Kesa za infektivni otpad.
[III]	Priprema pacijenta	1. Identifikujte pacijenta. 2. Postavite pacijenta u odgovarajući položaj.

		3. Skidajte postojeći zavoj (ako je rana već tretirana). 4. Objasnite pacijentu postupak i zatražite saradnju koja se od njega/nje očekuje.
[IV]	Postupak	1. Operite i osušite ruke, stavite rukavice i masku. 2. Uklonite zavoj i pokrivač (ako je rana već tretirana) sa rane i bacite ih u kesu za infektivni otpad. 3. Ubacite 0,9% rastvor NaCl u špric. 4. Postavite bubrežnjak tako da tečnost i eksudat iz rane slivaju u njega. 5. Za ispiranje rane u sterilnom špricu navući 0,9% rastvora NaCl i ispirati ranu na udaljenosti od 2 - 5 cm, pazeći da mlaz ne bude prejak kako ne bi došlo do oštećenja tkiva u rani. 6. Sterilnim instrumentom iz bubnja uzmite tampon gazu iz posude i drugim sterilnim instrumentom ga navlažite fiziološkim rastvorom (pazeći da vrh flaše ne dodiruje tampon) i kružnim pokretima očistite ranu od središta prema rubovima. 7. Ponovite postupak nekoliko puta, uvek koristeći novi sterilni tampon. 8. Očistite kožu oko rane sa 0,9% NaCl-a, a zatim osušite sterilnom gazom. 9. Preko rane postaviti pokrivač, kojeg treba zaštititi višeslojnom sterilnom gazom. 10. Fiksirajte gazu i/ili zamotajte zavojem i fiksirajte flasterom. 11. Isti postupak se sprovodi i u tretiranju inficirane rane, uz dodatno tretiranje rane antiseptičkim sredstvom koje propisuje lekar. 12. Nakon tretmana rane naneti antiseptik koji treba da stoji na rani određeno vreme, po preporuci lekara. 13. Nakon toga, obrišite ranu sterilnim fiziološkim rastvorom, očistite okolnu ranu i stavite odgovarajući pokrivač. 14. Nakon upotrebe, odložite zavoj, gazu i druge sanitarne materijale u kesu za infektivni otpad. 15. Po završetku previjanja svucite rukavice, operite ruke i skinite masku.

		16. Na osnovu preporuke lekara zakazati sledeću posetu u koordinaciji sa pacijentom. 17. Naredna tretiranja rane ne zahtevaju neophodno prisustvo lekara, osim u situacijama kada postoje promene: znaci infekcije rane i okoline (iritacija, pojačana sekrecija, prisutne pulsacije u rani, bol, otok, prisustvo gnoja, zadah, crvenilo), onda je medicinska sestra/tehničar dužna da pozove lekara.
[V]	Mere opreza	1. Previjanje rane treba obavljati lagano, polako i uz što manje bolova. 2. Pratiti opšte stanje pacijenta i sve promene prijaviti lekaru. 3. Gazom kojom ste čisti rana nemojte čistiti okolinu rane. 4. Ukoliko je koža oko rane promenila (oštećenje, iritacija, crvenilo, otok), upotrebiti odgovarajuće sredstvo koje je propisao lekar.
[VI]	Dokumentovanje	Nakon završetka postupka medicinski tehničar/sestra evidentira u medicinskoj dokumentaciji ustanove sledeće podatke: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum i vreme obrade rane. 3. Vrsta primenjene terapije. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je vršila postupak.

Slika br. 11 – Tretiranje i previjanje rane



Slika br. 11a – Ispiranje rane



Slika br. 11b – Čišćenje rane



Slika br. 11c – Čišćenje okolne kože



Slika br. 11d – Postavljanje pokrivača



Slika br. 11e – Postavljanje sekundarnog pokrivača

30. TRETIRANJE LAKŠIH OPEKOTINA

Cilj: ove procedure je bezbedno i jedinstveno tretiranje lakših opekotina.

Opekotine su povrede tkiva izazvane dejstvom toplote koja izaziva koagulaciju proteina i praćena nekrozom koja je proporcionalna visini temperature i trajanju delovanja na tkivo.

Opekotine mogu biti različite veličine u zavisnosti od zahvaćene površine tela, različite težine u zavisnosti od stepena oštećenja tkiva i sa različitim komplikacijama.

Etiološki, opekotine se dele na:

- Toplotne – uzrokovane vrućom tečnošću i parom, vrućim predmetima, otvorenim plamenom, zračenjem itd.
- Hemijske – uzrokovane kiselinama, bazama, otrovima.
- Opekotine uzrokovane električnom strujom.

Opekotine se dele i prema veličini zahvaćene površine i dubini na površinske i duboke, odnosno na lakše i teške opekotine. Lakše opekotine su opekotine I i II stepena i tretiraju se ambulantno.

Tretiranje lakših opekotina sprovodi medicinska sestra/tehničar prema nalogu i uputstvima lekara po principima asepse i antiseptice. Težinu opekotina procenjuje isključivo lekar.

Tabela br. 2 – Klasifikacija lakih opekotina

Stepen opekotine	Zahvaćeno područje kože	Klinički znaci	Lečenje
Stepen I Površinske epidermalne opekotine (gradus epidermalis)	Zahvaćen je samo epidermis, dok je zaštitna funkcija kože očuvana.	Koža je crvena do ljubičasta i bolna. Na površini nema plikova, sa minimalnim edemom, postoji prolazno bledilo na pritisku koje brzo nestaje.	Obično u roku od 7-10 dana, bez ozbiljnih promena.
Stepen II Površinske opekotine kože (gradus dermalis superficialis)	Zahvaćen je gornji deo dermisa.	Koža je ružičasto-crvena sa plikovima, otečena i izuzetno bolna. Krvotok je očuvan.	Uklanjanje nekrotičnog epidermalnog tkiva regeneracija nastupa posle 14-21 dan. Epitelizaciju vrše znojne žlezde, folikula dlake i oštećeni rubovi.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije	1. Prostorija treba da bude osvetljena, provetrena i sa optimalnom temperaturom. 2. Osigurati privatnost pacijenata.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikovati pacijenta.

		2. Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj. 3. Skinuti delove odeće ili postojeće zavoje. 4. Objasniti pacijentu postupak i saradnju koja se od njega očekuje.
[III]	Priprema materijala	1. 0,9% rastvora NaCl. 2. Tampon sterilne gaze. 3. Sterilne rukavice. 4. Maska. 5. Posuda za otpad. 6. Gaza sa vazelinom. 7. Zavoj. 8. Flaster. 9. Sterilni instrumenti.
[IV]	Postupak za lakše opekotine	1. Oprati i osušiti ruke, staviti rukavice i masku. 2. Očistiti područje oko opekotine fiziološkim rastvorom od sredine prema rubovima. 3. Ukoliko je u pitanju opekotina sa oštećenjem integriteta kože, tamponom od gaze nežno ukloniti svu moguću prljavštinu i eksudat. 4. Izgorelu površinu lagano isprati fiziološkim rastvorom. 5. Dalji tretman opekotine treba obaviti prema uputstvima lekara. 6. Posle tretmana, opekotinu prekriti sterilnom gazom, tako da prekrije oštećenu površinu kože preko rubova najmanje 1 cm, a gazu fiksirati odgovarajućim flasterom i zavojem. 7. Obavestiti pacijenta o datumu sledećeg pregleda koji odredi lekar. 8. Upotrebljeni materijal odložiti u skladu sa postupkom odlaganja infektivnog otpada. 9. Prilikom sledeće posete prisustvo lekara nije neophodno, osim ako se na opečeno područje ne pojave znaci infekcije (crvenilo mesta, pojačano lučenje, prisustvo gnoja, zadah i sl.).
[V]	Dokumentovanje	Nakon završetka postupka medicinski tehničar/sestra evidentira u medicinskoj dokumentaciji ustanove sledeće podatke: 1. Opšte podatke pacijenta.

		2. Datum i vreme tretiranja opekotina. 3. Vrsta primenjene terapije. 4. Potpis medicinskog tehničara/sestre koja je obavila proceduru.
--	--	--

31. PROCENA I TRETIRANJE DEKUBITALNE RANE

Cilj: ove procedure je pravilna procena, adekvatan tretman i kontinuirano praćenje dekubitalne rane kao i jedinstven pristup svakom pacijentu.

Dekubitus je lokalna povreda kože ili potkožnog tkiva uzrokovana silom pritiska, trenja ili njihovom kombinacijom [EPUAP: European Pressure Ulcer Advisory Panel- Evropski savetodavni panel za pritisak čira].

Postoje 5 (pet) stadija dekubitusa a najosetljivija mesta na dekubitus su tzv. dekubitalne rane. Pravilna klasifikacija dekubitalne rane i procena faktora koji utiču na njeno zarastanje je vodič za određivanje tretmana koji će omogućiti zarastanje dekubitalne rane.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Klasifikacija i faktori koji utiču na zarastanje dekubitalnih rana	1. I stepen: koža je topla i crvena na mestima pritiska na površinu, integritet kože je i dalje očuvan, pri pritisku crvenilo bleđi. 2. II stepen: oštećenje epidermisa i dermisa sa pojavom plikova i erozije, pod pritiskom crvenilo ne bleđi. 3. III stepen: zahvata potkožno tkivo u mišićnom sloju sa vidljivim nekrotičnim delovima, rana smrdi i okolna koža postaje hiperpigmentisana. 4. IV stepen: opsežan dekubitusni čir koji pokriva sve slojeve tkiva uključujući koštano tkivo sa pratećom infekcijom. 5. V stepen: izuzetno duboki defekti opasni po život, svi slojevi tkiva sa prisustvom infekcije i nekroze. 6. Faktori koji utiču na zarastanje vezani za pacijenta (fizički, psiho-socijalni, odnos prema bolesti, lekovi, finansijske mogućnosti, dostupnost novih materijala za zarastanje rana). 7. Faktori koji utiču na zarastanje rane (trajanje, veličina, dubina rane, stanje dna rane, neadekvatna perfuzija, infekcija, lokalizacija rane).
[II]	Priprema prostora, materijala i pacijenta	1. Tretman vrši medicinska sestra/tehničar, u aseptičnim uslovima prema uputstvu lekara, koji mora da odredi: vrstu omotača (suvo ili vlažno), način tretiranja dekubitalne rane koji se utvrđuje u saradnji sa medicinskom sestrom/tehničarem i vrstu odgovarajućeg omotača (antiseptici, hidrokoloidi, alginati, poliuretanska pena itd.). 2. Prostorija treba da bude osvetljena, provetrena i sa optimalnom temperaturom.

		3. Materijal za aseptični tretman rana (sterilni zavoji i sterilni instrumenti, propisane tečnosti za tretiranje rane i pokrivači). 4. Sterilni špric. 5. Bubrežnjak. 6. Flaster. 7. Rukavice i maske. 8. Plastični centimetar. 9. Kesa za infektivni otpad. 10. Identifikovati pacijenta. 11. Obavestite pacijenta o načinu obavljanja postupka. 12. Postavite pacijenta u udoban i odgovarajući položaj kako bi rana bila pristupačnija. 13. Upoznati pacijenta o važnosti postupka i važnosti saradnje koja se od njega očekuje. 14. Osloboditi ranu od odeća i/ili pelena.
[III]	Tretiranje dekubitalne rane	1. Skinuti pokrivač sa rane. 2. Vizuelno proceniti ranu (odredite veličinu, lokaciju, sekreciju, miris, nekrotično tkivo, izgled dna rane, granulaciju i znakove infekcije). 3. Napravite poređenje trenutnog stanja i prethodnog tretmana. 4. Proceniti nivo bola. 5. Čuvati dekubitalnu ranu (prema postupku obrade i previjanja rane). 6. Voditi računa o tkivu oko dekubitalne rane. 7. Postaviti odgovarajući pokrivač. 8. Pratiti opšte stanje pacijenta tokom tretmana.
[IV]	Savetovanje pacijenta ili negovatelja	1. Pravilna ishrana koja će pomoći u zarastanju dekubitusnih rana. 2. Higijena i česta promena položaja. 3. Način primene propisanih obloga za ranu. 4. Ako se primeti pojava nekrotičnog tkiva, obratiti se nadležnom lekaru što je pre moguće. 5. Ako rana ne zaraste nakon 14 do 21 dan, obavestiti lekara. 6. Po proceni i nalogu lekara, medicinska sestra/tehničar uzima bris dekubitalne rane.

		7. Medicinska sestra/tehničar mora biti obrazovan/a za tretiranje dekubitusnih rana u kućnim uslovima.
[V]	Dokumentovanje	Koristiti zdravstveni karton za evidenciju aktivnosti koje ste obavljali tokom tretiranja a obavljene aktivnosti evidentirajte u postojećoj dokumentaciji ustanove: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum pružanja usluge. 3. Vrsta usluge (tretiranje rane, vrsta i način previjanja, savetovanje, demonstracija). 4. Potpis medicinskog tehničara/sestre koja je pružila uslugu.

32. IMOBILIZACIJA

Cilj: ove procedure je da se imobilizacija izvrši jedinstveno, ispravno i bezbedno.

Imobilizacija je postupak kojim se, upotrebom sredstva za imobilizaciju, povređeni deo tela postavlja se u prinudni položaj i stanje mirovanja na određeno vreme, zbog rehabilitacije, smanjivanje bolova, sprečavanja oštećenja tkiva, krvnih sudova i nervi radi bržeg zarastanja rane.

Postupak

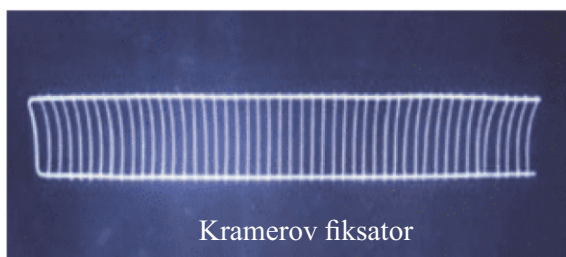
Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Indikacije za imobilizaciju	1. Lekar određuje indikaciju za imobilizaciju. 2. Postupak imobilizacije obavlja medicinska sestra/tehničar ili medicinski tim u zavisnosti od težine povreda. 3. Zatvoreni i/ili otvoreni prelom kosti ili sumnja na prelom. 4. Povreda kičme i karlice. 5. Povreda zglobova (iščašenje, uganuće, uvrnuće, istezanje). 6. Povreda tetiva i perifernih nervi. 7. Povrede velikih krvnih sudova. 8. Sve rane od vatrenog oružja i eksplozije. 9. Amputacije nakon povreda. 10. Opsežna nagnječenja mekog tkiva - povrede od gnječenja. 11. Toplotne povrede. 12. Ujed zmije.
[II]	Ciljevi imobilizacije	1. Sprečavanje naknadnog ozleđivanja kože (da se zatvoreni ne pretvori u otvoreni prelom), mekih tkiva, nervi, krvnih sudova, unutrašnjih organa (da se ne komplikovani prelom preraste u komplikovan prelom). 2. Smanjenje bola i sprečavanje nastanka traumatskog šoka. 3. Smanjenje rizika od embolije. 4. Sprečavanje širenja infekcije. 5. Obezbeđivanje lakšeg transporta povređenog. 6. Pravilnom imobilizacijom stvaramo uslove za bržu i uspešniju rehabilitaciju.
[III]	Vrste imobilizacije (podela prema nameni i	1. Transportna (privremena) imobilizacija – podrazumeva dovođenje povređenog dela tela u položaj mirovanja na

	vremenu upotrebe)	mestu povrede, neposredno nakon povrede i tokom transporta i sprovodi se trenutno raspoloživim sredstvima. 2. Terapijska (konačna) imobilizacija - sprovodi se u zdravstvenim ustanovama i obuhvata neoperativno i operativno tretiranje.
[IV]	Standardna sredstva za imobilizaciju - hitna pomoć	1. Fiksatori Kramera (najčešće korišćen u praksi), Tomasa, Ditrihova, Nisenova i Volkmanova. 2. Vakum fiksator, vakum trake, pneumatska udloga, vakum dušek, MAST pneumatske pantalone (medicinske pantalone protiv udara). 3. Cervikalni (Šancovi) okovratnik. 4. Kratka i duga daska/ ploča za kičmu; 5. Lopatasta nosila.
[V]	Opšta pravila za imobilizaciju – principi imobilizacije	1. Ako se sumnja na prelom, tretiranje se vrši kao kod preloma. 2. Imobilizacija se vrši odmah nakon nastanka povrede, odnosno po dolasku do povređenog. 3. Izvršiti bezbednosnu procenu, proveriti mesto događaja i lice mesta nesreće (otvoreni put, opasnost od vode, struje, rušenja objekta). 4. Imobilizaciju treba izvršiti na mestu nesreće bez obzira na blizinu zdravstvene ustanove. 5. Priminiti mere lične zaštite (rukavice, zaštitna maska). 6. Proceniti stanje ozleđenog – pre i posle imobilizacije, proveriti i kontrolisati rad disajnih puteva, puls, po potrebi izvršiti reanimaciju i prvu pomoć bez nepotrebnog pomeranja povređenog dela tela, zaustaviti krvarenje, proveriti i kontrolisati pokretljivost i osetljivost prstiju i boju kože. 7. Ako je moguće, objasniti povređenom potrebu, značaj i postupak imobilizacije. 8. Kod zatvorenih preloma ne skidati odeću i obuću sa povređenog da bi se izbeglo naknadno pomeranje delova kostiju, sekundarno oštećenje tkiva, krvnih sudova, nervi i komplikacija. 9. Kod otvorenih preloma oštećeni deo tela osloboditi od odeće, skidajući ih sa zdrave strane, pocepati ili rezati makazama. 10. Kod otvorenih preloma, oštećeni deo tela osloboditi od odeće, skidajući ih sa zdrave strane i pocepati ili slojevito preseći.

		11. U slučaju otvorenih povreda, zbrinuti/ tretirati krvarenje pokrivanjem/ umotavanjem/ previjanjem rana sterilnim zavojima. 12. Krajeve slomljenih kostiju ne smeju se gurati nazad kroz kožu. 13. Hladan oblog na povređenom mestu može pomoći u smanjenju otoka. 14. Ne pomerati povređenog dok se ne izvrši imobilizacija preloma. 15. Repozicioniranje (nameštanje) preloma i/ili iščašenja je zabranjeno. 16. Primенite „pravilo dvojke“ – kod oštećenja kosti se imobilizuje oštećena kost, dva susedna zgloba i dve trećine zglobne kosti, a kod oštećenja zgloba dve susedne kosti, (osim preloma palca na tipičnom mestu, mali prelomi, prelomi apofize), sredstvo za imobilizaciju se pričvršćuje na dva mesta – iznad i ispod mesta preloma, dve osobe pružaju pomoć ili je potrebno više spasilaca pri imobilizaciji kičme, karlice i većih kostiju. 17. Imobilizirati ud u neutralnom (fiziološkom) položaju – šaka polu savijena, lakat savijen pod kutkom od 75°, rame pod kutkom od 90°, koleno savijeno, stopalo pod kutkom od 90° u odnosu na potkolenicu ili u zatečenom položaju kada postoji jak bol (iščašenja i prelomi zglobova). 18. Povređenog uda postavite u blago uzdignut položaj (da se spreči oteklina i obezbedi efikasna cirkulacija). 19. Sredstva za imobilizaciju izmeriti prema zdravom udu tako da budu duže od dva susedna zgloba između kojih se nalazi povreda. Fiksator mora biti dovoljno dugačak da imobilizuje susedne zglobove kako bi se obezbedilo odgovarajuće učvršćivanje oštećene kosti. 20. Sredstva za imobilizaciju pokriti mekom krpom (vatom, zavojem, delovima odeće) ili staviti preko odeće povređenog ili prethodno postaviti obloge od meke tkanine na mesto povrede. 21. Sredstva za imobilizaciju na povređenom telu pričvrstiti kompresama od trouglastih gaza, zavoja ili odeće, vezujući čvorove obloge za fiksator, a nikako preko nezaštićenih delova udova. Fiksator mora biti čvrsto pričvršćen, tako da se prelomljene kosti ne pomeraju ali i da pri tome ne ugrožava krvotok distalno od povrede. Ako je fiksator postavljen previše čvrsto, može doći do krvarenja i do daljeg oštećenja uda. 22. Nakon svakog učvršćivanja fiksatora, pomeranja ili premeštaj pacijenta treba ponovo proveriti puls, osećajnost i
--	--	--

		motorno reagovanje u povređenom udu distalno od povrede. Promene distalnog krvotoka, promene u osećajnosti ili motorike mogu ukazivati da je fiksator pogrešno postavljen, što može prouzrokovati dodatno oštećenje povređenog uda. 23. Ne pokrivajte prste povređenog dela tela, radi uočavanja poremećaja cirkulacije i procene neurovaskularnog stanja ispod mesta povrede (plavilo nokta, hladni prst). 24. Povređenog uz osnovne mere pomoći mora biti prevezen u zdravstvenu ustanovu u odgovarajućem položaju i uz pratnju.
[VI]	Dokumentovanje	Aktivnosti koje ste obavljali tokom tretiranja evidentirajte u postojećoj dokumentaciji ustanove: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum pružanja usluge. 3. Vrsta usluge. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je pružila uslugu.

Slika br. 12 – Standardne sprave za imobilizaciju



Kramerov fiksator



Tomasov fiksator



Vakumski fiksator za nogu/stopalo



Vakumski fiksator za zglob lakta



Vakumski fiksator različitih veličina (ruka/noga)



Pneumatski fiksator



Vakumski dušek



Mekani okovratnik



Filadelfija okovratnik

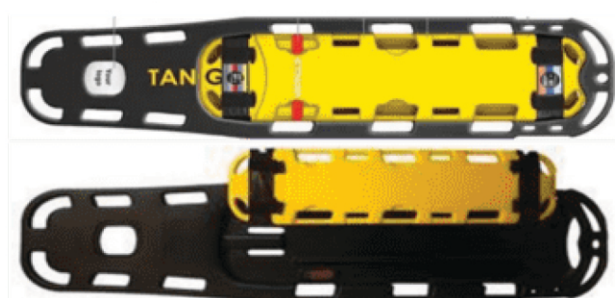


Majami okovratnik



Aspen okovratnik

Vrste okovratnika



Duga i kratka daska/ploča za kičmeni stub



KED - Kendrick extrication device
(Kendrick uređaj za vađenje povređenih iz automobila i imobilizaciju glave, vratnog dela i kičme)



Transportna nosila



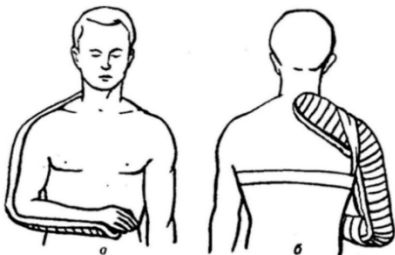
33. IMOBILIZACIJA – POSEBNE VRSTE

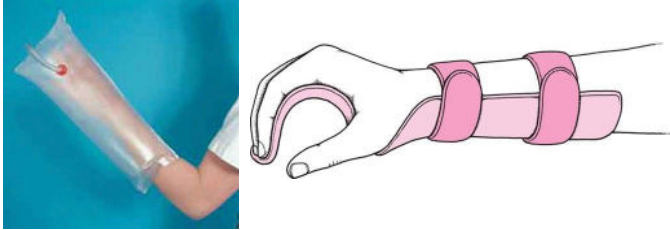
Cilj: ove procedure je da se imobilizacija izvodi jedinstveno, ispravno i bezbedno.

Imobilizacija je postupak kojim se, upotrebom sprava za imobilizaciju, oštećeni deo tela stavlja u prinudni položaj i stanje mirovanja na određeno vreme, radi njegove rehabilitacije, smanjivanje bolova, sprečavanja oštećenja tkiva, krvnih sudova i nervi kao i brže zarastanje rana.

Za pripremu materijala i pacijenta primeniti postupak „Indikacije, ciljevi, vrste, sredstva i principi imobilizacije“.

Postupak

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Imobilizacija preloma gornjeg uda	Imobilizacija ramena i nadlaktice: 1. Povreda ramena obuhvata vrhove prstiju, lakat, rame povređene šake i suprotno rame a kod povrede nadlaktice, vrhove prstiju, lakat i rame povređene šake. 2. Krilo je priljubljeno uz telo. 3. Lakat je savijen na 90°. 4. Dlan okrenut sa unutrašnje strane prema grudnom košu. 5. Palac nagore. 6. Nadlaktica se imobilizira Kramerovim fiksatorom. Imobilizacija podlaktice: 7. Zglob lakta i dlan šake su imobilisani 8. Standardni fiksator se postavlja na spoljašnju stranu podlaktice od vrhova prstiju do iznad lakta sa rukom savijenom u laktu i prstima polu savijenim tako da se na šamar stavlja zavoj ili umotavamo Kramerov fiksator. da sakupi šaku sa prstima napola savijenim i napola savijenim 9. Postavlja se mitela (držač za ruku oko vrata).  Slika br. 13 – Imobilizacija nadlaktice Kramerovim fiksatorom  Slika br. 14 – Imobilizacija mitelom (držač za ruku oko vrata)

		 Slika br. 15 - Imobilizacija podlaktice i potkolenice vakum fiksatorom Imobilizacija šake/ dlana: 10. Prelom u zglobu i šaci se imobilizuje tako da sprava za imobilizaciju ide od vrhova prstiju do lakta. 11. Imobilizuje se u takozvanom „funkcionalnom položaju“ (ručni zglob i šaka u položaju držanja koluta od mekog materijala, zavoja ili mekih loptica). 12. Postavlja se mitela (okovratnik). 13. Može se imobilisati pneumatskim fiksatorom i Kramerovim fiksatorom.  Slika br. 16 - Imobilizacija šake i zgloba
[II]	Imobilizacija preloma donjih udova	Kukovi i natkolenice: 1. Povređeni je u ležećem položaju sa ispruženim nogama, sa blago savijenim kolenima i skočnim zglobovima u srednjem položaju, odnosno u položaju stopala gde je potkolenica pod uglom od 90°. 2. Natkolenica se najbolje imobilizuje Tomasovim fiksatorom. 3. U nedostatku Tomasovog fiksatora, može se koristiti Kramerov fiksator. 4. Jedan ide sa stražnje strane, od kuka povređene strane, preko stražnjeg dela tela, stražnjeg dela noge, savija se oko pete i stiže do vrhova prstiju. 5. Drugi Kramer fiksator ide od pazuha (kolena) iste strane noge koja se imobilizira, preko spoljašnje strane tela, preko spoljašnje strane noge do stopala, pa preko ovog savija ka unutrašnjoj strani. 6. Treći fiksator ide od kuka sa unutrašnje strane povređene noge do skočnog zgloba

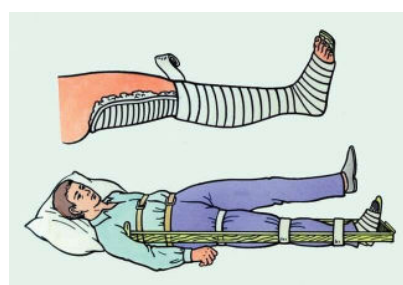
7. Sva tri fiksatora su posebno i zajedno pričvršćeni trakama za vezivanje na pet tačaka: skočni zglob, koleno, kuk, karlica i kraj spoljnog fiksatora preko prstiju.

Potkolenica:

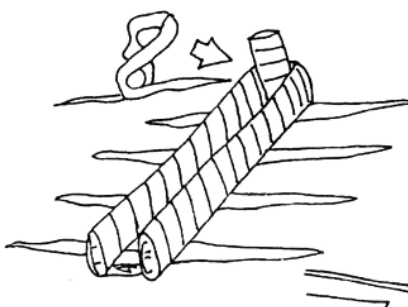
8. Koleno i skočni zglob se imobiliziraju.
9. Potkolenica se najbolje i najlakše imobilizira vakumskim fiksatorom i pneumatskim fiksatorom.
10. Kada nema vakumskog fiksatora, može se koristiti Kramerov fiksator.
11. Prvi ide od sredine potkolenice do zadnjeg dela noge, savija se preko pete i ide do vrhova prstiju.
12. Drugi ide od sredine potkolenice duž spoljašnje strane povredene noge, savija se oko skočnog zgloba i ide unutarjom stranom noge do sredine potkolenice, odnosno do istog mesta odakle je i počelo, ali sa unutrašnje strane povredene noge.
13. Trake se pričvršćuju posebno, a zatim spajaju na tri tačke: skočni zglob, koleno i natkolenica.



Slika br. 17 – Imobilizacija natkolenice Tomasovim fiksatorom



Slika br. 18 - Imobilizacija Tomasovim fiksatorom

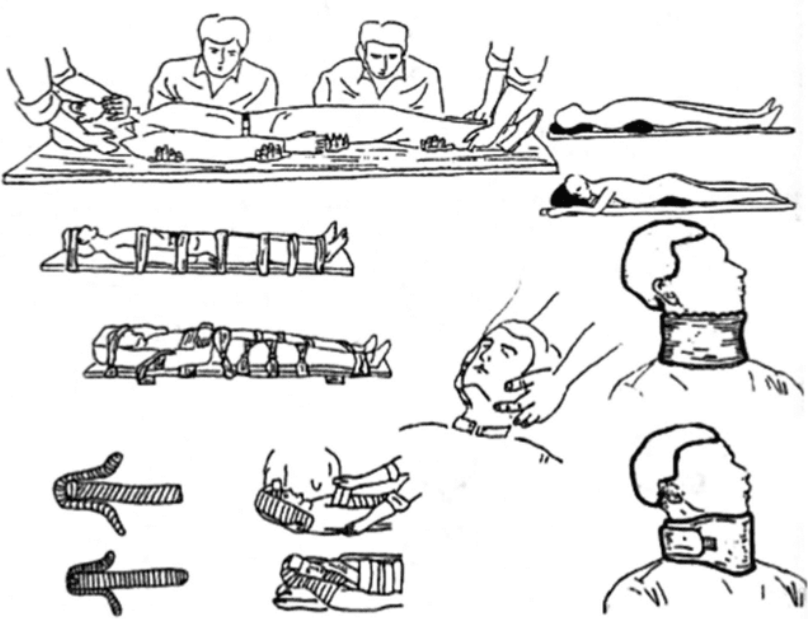


Slika br. 19 – Kramerov fiksator za imobilizaciju potkolenice



Slika br. 20 – Imobilizacija potkolenice pneumatskim spravama

		Zglob i stopalo: 14. Oni su imobilisani u "zatečenom položaju". 15. Najbolje i najlakše ih je imobilizirati vakumskim fiksatorom i pneumatskim fiksatorom. 16. U nedostatku pneumatskog fiksatora može se koristiti Kramerov fiksator, koji ide malo ispod kolena prema stražnjoj strani potkolenice, savija se prema tabanu i ide do vrhova prstiju. 17. Fiksatori su pričvršćeni u dve tačke: skočni zglob i ispod kolena.
[III]	Imobilizacija kod povrede kičme	1. Proveriti težinu povrede i stanje povređenog (svest, disanje, puls, pokretljivost i osetljivost udova), preduzeti hitne mere uz najmanje pokretanje povređenog. 2. Priminite „trostruki zahvat“ da biste oslobodili disajne puteve kod povreda vratne kičme. 3. Sa četiri prsta obe ruke uhvati se ispod vilice i povuče se nagore, a palčevima se usta povlače i otvore. Na taj način vrat, odnosno glava, ne zabacuje se unazad a disajni putevi se otvaraju. 4. Za prebacivanje osobe sa povredom kičme na spravu za imobilizaciju (nosila) neophodno je prisustvo tri ili četiri osobe. 5. Pored povređenog postavite dugačka nosila. 6. Prva osoba (koordinator) stoji iznad glave povređenog, fiksirajući glavu i vrat u neutralnom položaju. 7. Osobe broj dva i tri kleče pored povređenog sa suprotnih strana u odnosu na nosila. 8. Osoba broj dva sa obe ruke hvata povređenog sa suprotnog ramena i preko predela karlice. 9. Osoba broj tri rukama hvata povređenog za suprotno koleno (ili skočni zglob) i predelu karlice. 10. Na komandu koordinatora vrši se prevrtanje (povlačenje) tela povređenog. 11. Treća osoba zatim podupire nosila za kičmu ispod tela povređenog. 12. Na ponovljenu komandu koordinatora istovremeno ispuštaju telo povređenog na nosilima za kičmu. 13. Vrat se imobilizuje postavljanjem Šancovog okovratnika. 14. Telo povređenog se fiksira trakama preko čela, ramena, karlici i potkolenica.

		15. Na ovaj način povređeno lice se prenosi bezbedno na nosila do zdravstvene ustanove.  Slika br. 21 - Postupak prilikom povrede kičmenog stuba
[IV]	Imobilizacija kod povrede karlice	1. Povređeni se pomera veoma pažljivo. 2. Imobilizacija se primenjuje na nosilima za kičmu. 3. Potrebno je više ljudi za izvođenje imobilizacije. 4. Umota se čvrsto zavojem širine oko 60 cm (ćebe ili čaršav). 5. Noge i grudi se mogu fiksirati kružnim trakama. 6. Povređeni leži u horizontalnom položaju na leđima sa blago savijenim nogama.
[V]	Imobilizacija kod povrede glave	1. Prelom donje vilice se imobilizuje postavljanjem trouglaste elastične trake za bradu ili dvostranog zavoja oko lica. 2. Prelom nosnih kostiju se imobilizuje trouglastim elastičnim trakom za nos. 3. Prelom kostiju lobanje: ne treba vršiti kompresiju na delove kostiju lobanje koji mogu vršiti kompresiju na moždane strukture. Preko rane se postavlja sterilna gaza a posebno pripremljen kolut se stavlja oko rubova rane, oko rane se stavlja kompresioni zavoj, a ne na samu ranu. 4. Kada se sumnja na prelom osnove lobanje, postavlja se Šancov okovratnik. Prilikom postavljanja, jedna osoba obema rukama (sa strane) drži glavu ozleđenog i vrši nežnu trakciju glave, dok druga osoba postavlja okovratnik. Ukoliko je povređeni bez svesti, postaviti ga u položaj za oporavak kako bi se sprečila aspiracija telesnog sadržaja (krv, povraćene mase) i hitno prenositi

		u zdravstvenu ustanovu uz stalno praćenje opšteg stanja povređenog.
[VI]	Imobilizacija preloma ključne kosti	1. Imobilize se direktnom fiksacijom kosti ili fiksacijom celog gornjeg uda. 2. Direktna fiksacija se postiže „osmicom“ – trakom od mekog materijala koja ide preko prednje strane preko obe ključne kosti, na oba ramena, iza vrata i prelazi između ramena pozadi ili se fiksiraju gotovim modeliranim osmicama. 3. Zatezanjem zadnjih krajeva, ramena se povlače unazad i vrši se pritisak na prolomljene kosti – delove (fragmente).  Slika br. 22 – Madsensov zavoj
[VII]	Imobilizacija uganuća	1. Fiksacija zgloba u fiziološkom položaju. 2. Kompresija zgloba. 3. Podizanje uda. 4. Lokalna primena leda.
[VIII]	Imobilizacija iščašenja	1. Poštovati sve principe imobilizacije kao kod preloma. 2. Repozicioniranje je zabranjeno. 3. Imobilizirajte u zatečenom položaju.
[IX]	Imobilizacija otvorenih preloma	1. Zaustaviti krvarenje. 2. Staviti sterilnu gazu preko rane - zaštititi predeo rane mekim zavojem. 3. Imobilizirati u zatečenom položaju (fragmenti kostiju se ne repozicioniraju).
[X]	Mere opreza	1. Ako se sumnja na prelom, postupiti kao da postoji prelom. 2. Imobilizacija se vrši odmah na mestu nesreće. 3. Pre i posle imobilizacije proveriti stanje povređenog – disajnu cirkulaciju, puls, po potrebi izvršiti mere oživljavanja i prve pomoći, zaustaviti krvarenje, previti

		ranu, proveriti i kontrolirati pokretljivost prstiju, boju i osetljivost kože. 4. Pribor za imobilizaciju pokriti mekom krpom (pamuk, zavoj, delovi odeće) ili postaviti ga preko odeće povređenog ili postaviti obloge od mekih tkanina na mesto povrede. 5. Povređeni ne sme da se pomera dok se prelom ne imobilize. 6. Zabranjeno je repozicija (nameštanje) preloma i/ili iščašenja. 7. Imobilizirati ud u neutralnom (fiziološkom) položaju. 8. Previše labava imobilizacija može izgubiti svaki učinak. 9. Suviše čvrsta imobilizacija može ometati krvotok i dovesti do komplikacija. 10. Imobilizacija u fiziološki nepravilnom položaju izaziva bol, smetnje u cirkulaciji i dodatno oštećuje meko tkivo.
[XI]	Dokumentovanje	Po obavljenom postupku medicinska sestra/tehničar evidentira u dokumentaciji zdravstvene ustanove sledeće podatke: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum i vreme sprovođenja postupka. 3. Postupak koji je sproveden (važno je zabeležiti sve nalaze, činjenice i događaje koji su se desili na mestu događaja i tokom prenosa). 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila zahvat.

34. ZDRAVSTVENA NEGA KOLOSTOME

Cilj: ove procedure je jedinstvena primena kolostomske zdravstvene nege koji obezbeđuje čistu i zdravu stomu i okolnu kožu, obezbeđuje eliminaciju stolice bez komplikacija, smanjuje anksioznost pacijenta i osećaj ugroženog dostojanstva.

Zdravstvena nega kolostome je postupak koja se sastoji od higijene stoma otvora i okolne kože, promene ili pražnjenja vrećice za stolicu i promene podloge stome (baze, pločice ili diska).

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorija	1. Obezbediti privatnost i povoljne uslove u prostoriji (prostor treba da bude osvetljen i provetren).
[II]	Priprema materijala	1. Kolica ili tacna. 2. Odgovarajuće samolepljive ploče i vrećice stoma (jednodelne, dvodelne, providne, neprozirne sa i bez filtera, sa i bez ceđenja). 3. Po potrebi postoje i mini vrećice koje se koriste na kraće vremenske periode. 4. Jednodelna vrećica se sastoji od vrećice i samolepljivog spoljašnjeg dela. 5. Merač za merenje prečnika stome. 6. Makaze. 7. Tamponi gaze. 8. Fiziološki rastvor. 9. Neutralni pH sapun, topla voda, sudoper, celofan ili papirni ubrusi. 10. Zaštitna krema kože. 11. Nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 12. Bubrežnjak i kesa za infektivni otpad. 13. Kesa za komunalni otpad.
[III]	Priprema pacijenta	1. Identifikovati pacijenta. 2. Osigurati privatnost. 3. Informisati pacijenta o postupku, značaju i načinu sprovođenja i potrebi saradnje. 4. Komunicirati sa pacijentom tokom postupka.

[IV]	Sprovođenje postupka	1. Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj za sprovođenje postupka – ležeći ili polusedeći. 2. Oprati i osušiti ruke. 3. Staviti kolicu/tacnu uz pacijenta. 4. Izmeriti veličinu stome. 5. U samolepljive kese izrezati otvor veličine stome. 6. Kada se menja podloga, ako nije modelirana, takođe se izreže otvor. 7. Navući rukavice. 8. Skinuti odeću sa trbuha pacijenta. 9. Uklonite staru vrećicu – ako je samolepljiva, izvaditi je veoma pažljivo zbog mogućeg oštećenja kože – jednom rukom držimo kožu, a drugom lako povlačimo vrećicu. 10. Baciti vrećicu u vreću za komunalni otpad. 11. Ukloniti fekalne mase celofanom ili papirnim ubrusima i baciti ih u kesu za smeće. 12. Oprati okolnu kožu pH neutralnim sapunom i toplom vodom a sluzokožu stome očistite fiziološkim rastvorom. 13. Nežno osušiti kožu papirnim ubrusom. 14. Pričvrstiti samolepljivu pločicu na suhu kožu. 15. Izrez ploče i vrećice mora pokrivati kožu oko stome. 16. Pričvrstite vrećicu na prsten pločice. 17. Proveriti lepljenje (lepak). 18. Skinuti rukavice, oprati i dezinfikovati ruke i ponovo staviti čiste rukavice. 19. Ukloniti pribor. 20. Baciti upotrebljeni materijal za zavoje (u vreću za infektivni otpad). 21. Skinuti rukavice, očistite i osušite ruke. 22. Medicinske sestre/tehničara podučavaju pacijenta, podstičući što ranije samo zbrinjavanje stome, savetovanje o izboru najboljih uputstava, načina ishrane, uvid u ono što su zajedno naučili, doprinose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želje za brzim prilagođavanjem novoj situaciji. 23. Savetovati pacijenta da pričvrsti stomu trbušnim pojasem. 24. Proceniti i dokumentovati postupak i stanje pacijenta.
------	----------------------	--

[V]	Mere opreza	1. Zdravstvena nega i zavijanje stome zavise od vrste stome. 2. Često skidanje jednodelnih vrećica može da izazove oštećenje okolne kože, pa su dvodelne vrećice bolji izbor. 3. Pločice su pričvršćuju za kožu i mogu ostati 3 – 5 dana, a se menjaju samo vrećice. 4. Stoma terapijska pomagala treba čuvati na suvom mestu u horizontalnom položaju, optimalna temperatura skladištenja treba da je niža od 20 °C. 5. Vlažna sredina negativno utiče na svojstvo lepljenja. 6. Za čišćenje kože ne treba koristiti medicinski benzin ili razređivač a takođe izbegavati aromatične i obojene sapune.
[VI]	Dokumentovanje	Po obavljenom postupku medicinska sestra/tehničar u dokumentaciju zdravstvene ustanove evidentira sledeće podatke: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum i vreme primene postupka. 3. U rubrici „napomene“ navesti sve promene na koži i stanju stome, potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila zahvat.

35. POSTAVLJANJE I ODRŽAVANJE URINARNOG KATETERA

Cilj: ove procedure je bezbedno i jedinstveno postavljanje i održavanje urinarnog katetera.

Postavljanje urinarnog katetera kroz ureter do bešike je invazivna metoda koja se koristi u dijagnostičke i terapijske svrhe. Primena ovog postupka se ostvaruje pravilnim, bezbednim postavljanjem katetera i održavanjem urinarnog katetera. Urinarni kateter se može postaviti jednokratno, povremeno i/ili trajno, u zavisnosti od indikacija koje je odredio lekar.

Preporučuje se da postupak postavljanja katetera kod pacijenata muškog i ženskog pola obavi lekar, ali ovaj zahvat može da izvodi i obrazovana i iskusna medicinska sestra/ tehničar. Postupak zahteva prisustvo dve osobe, sterilan pristup i dobro osvetljenje. Postupak kateterizacije vrši jedna osoba.

U zavisnosti od svrhe kateterizacije, važno je odabrati vrstu i veličinu katetera.

Urinarni kateteri se razlikuju po dužini, prečniku, vrsti materijala od kojeg su napravljeni, broju kanala i obliku vrha. U zavisnosti od trajanja kateterizacije, kateteri mogu biti jednokratni i trajni. Trajni kateteri imaju mehanizam za držanje (balon), tako da ne ispadaju iz bešike (Folejev kateter).

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema pribora / materijala	1. Sterilni kateter (lateks ili silikon) – prosečna veličina za decu 6 – 10 Fr, za odrasle 16 – 20 Fr. 2. Špric sa 5 – 8 ml fiziološkog rastvora ili destilovane vode. 3. Pean – hvatač. 4. Antiseptik za sluzokožu. 5. Bubrežnjak. 6. Podmetač. 7. Sterilne i nesterilne rukavice. 8. Posuda za urin ili kesa za urin. 9. Sterilni lubrikant rastvorljiv u vodi (lidokain gel). 10. Tampon od sterilne gaze. 11. Flaster.
[II]	Priprema pacijenta	1. Identifikovati pacijenta. 2. Objasniti postupak i moguće komplikacije i uzmite potpisanu saglasnost pacijenta. 3. Osigurati privatnost pacijenata.

		4. Oprati, osušiti ruke i staviti nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 5. Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj: za pacijentkinju – ležeći položaj sa razmaknutim stopalima (60 cm), savijenih kolena, a za pacijenta – ležeći položaj sa ispruženim nogama. 6. Očistiti genitalni organ. 7. Kod pacijentkinje sa nedominantnom rukom, palcem i kažiprstom pomeraju se male usne (labia minor) otkrivajući urnirani kanal, čišćenje vršimo peanom i tampon-gazom nalaženom dezinfekcionim sredstvom, uneti tampon sa vertikalnim kretanjem od klitorisa do perineuma. 8. Kod muškog pacijenta uhvatiti penis nedominantnom rukom, povucite kožicu unazad i dole, a zatim lagano podignite penis pod uglom od 60-90 stepeni. Dominantnom rukom dezinfikujte genitalni organ peanom i tampon gazom navlaženo dezinfekcionim sredstvom, kružnim pokretima očistite glavu genitalnog organa, počevši od otvora uretre ka spolja. 9. Baciti iskorišćene tampone gaze u kesu za smeće.
[III]	Postupak postavljanja katetera	1. Zdravstveni radnik koji uradi kateter stavlja sterilne rukavice dok medicinska sestra/tehničar nesterilne rukavice za jednokratnu upotrebu. 2. Medicinska sestra/tehničar otvara paket katetera i stavlja ga u dominantnu ruku osobe koja će umetnuti kateter. 3. Zdravstveni radnik koji postavlja kateter dominantnom rukom uzima kateter 5-7 cm od vrha katetera i drži kraj katetera između četvrtog i petog prsta, a zatim asistent nanosi lubrikant na vrh katetera. 4. Da bi se kateter lakše uneo, potrebno je da pacijent opusti sfinktere, pa ga zamoliti da kašlje dok se kateter ne ubaci, a zatim duboko udahne, a zatim polako opusti sfinktere i spazmu. 5. Nemojte upotrebiti silu prilikom unošenja katetera i ako postoji otpor prekinuti intervenciju i obavestiti lekara ukoliko postupak izvodi medicinska sestra/ tehničar. Najčešći otpor je zbog spazma sfinktera, traume, povećanja prostate kod muškaraca ili tumora.

		- Kod žena, uneti kateter na 3-5 cm dok urin ne počne da teče. - Kod muškaraca, postavite kateter i proverite da li urin teče; kada se jednom postavi nikada ga ne povlačite nazad. - Ako je kožica uvučena, vratite je nazad da bi se izbeglo ugrožavanje cirkulacije i bolne otekline. - Pričvrstiti špric sa redestilovanom vodom na ventil, pritisnuti klip i naduvajte balon da držite kateter u mokraćnoj bešici. - Koristiti samo redestilovanu vodu i ne koristiti fiziološki rastvor zbog mogućnosti kristalizacije i začepljenja kanala balona. Količina vode potrebna za punjenje balona opisana je u uputstvu proizvođača. - Vrećicu za urin treba postaviti ispod nivoa mokraćne bešike kako bi se sprečio vraćanje urina nazad. - Ako je pacijent pokretan, flasterom pričvrstiti kateter za butinu.
[IV]	Održavanje i uklanjanje katetera	- Rutinsko održavanje katetera je neophodno da bi se sprečile infekcije i druge komplikacije. - Stalni kateter (koji se određuje od lekara) uklanja se u slučajevima: kada nije potrebno pražnjenje mokraćne bešike, kada pacijent može da mokri prirodnim putem, kada je kateter pun ili kada se menja. - Pre uklanjanja katetera, oprati ili dezinficirati ruke, staviti rukavice, objasniti pacijentu postupak, naglasiti da će osetiti malu neprijatnost. - Pričvrstiti špric na mehanizam ventila katetera, povući klip šprica za aspiriranje tečnosti iz balona katetera. - Uхватiti kateter upijajućim papirom i nežno ga izvući iz bešike.
[V]	Postupak ispiranja katetera	- Ispiranje se vrši samo ako je kateter zapušten. - Potreban materijal: fiziološki rastvor, špric od 20-50 ml, rukavice. - Staviti rukavice i objasniti postupak pacijentu. - Postaviti podlogu za zaštitu posteljine. - Napuniti špric fiziološkim rastvorom. - Špricom ubrizgati fiziološki rastvor. - Odvojiti kateter i drenažnu cev. - Ukloniti špric i usmeriti povratni mlaz iz katetera u namenski sud (lavor, posuda).

		9. Vratiti drenažnu cev nazad u kateter. 10. Poštujte principe asepsa. 11. Ako naidete na otpor dok ubrizgavate rastvor za ispiranje, nemojte pokušati na silu. 12. Ako je kateter potpuno neprohodan, uklonite ga i zamenite novim. 13. Savetovati pacijenta kojima nije ograničen unos tečnosti da poveća unos tečnosti do 3.000 ml dnevno kako bi se održala kiselost urina i stvaranje kalusa. 14. Savetovati pacijenta da jede hranu bogatu vitaminom C i pije čaj ili sok od brusnice.
[VI]	Dokumentovanje	Po obavljenom postupku medicinska sestra/tehničar dokumentuje podatke u postojećoj medicinskoj dokumentaciji ustanove: 1. Opšte podatke pacijenta. 2. Datum i vreme (umetanja, ispiranja, zamene ili vađenje katetera ili uzimanje uzoraka urina za analizu). 3. Zabeležite veličinu i vrstu korišćenog katetera. 4. Zabeležite ukoliko se izbaci veća količina urina. 5. Zabeležite boju urina. 6. Zabeležite ukoliko je uzet uzorak urina za analizu. 7. Zabeležite sve promene koje ste primetili. 8. Zabeležite datum i vreme kada je kateter promenjen ili uklonjen. 9. Zabeležite sve promene u otvoru uretre, perianalnom regionu i izgledu urina. 10. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila zahvat.

36. TRETIRANJE PUPČANE VRPCE KOD NOVOROĐENČETA

Cilj: ove procedure je jedinstveno i bezbedno tretiranje bataljka pupčane vrpce.

Tretiranje bataljka pupčane vrpce kod novorođenčeta jedna je od aktivnosti medicinskih sestara/ tehničara, sa ciljem prevencije infekcija i mogućih komplikacija kod novorođenčeta.

Pupčana vrpca se tretira sve dok pupčani bataljak ne otpadne i pupčana rana potpuno ne zaraste.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije	1. Obezbedite povoljne uslove u prostoriji (prostorija mora biti provetrena, osvetljena i sa optimalnom temperaturom). 2. Pripremite sto ili prostor (mesto) za previjanje bebe.
[II]	Priprema materijala	1. Sterilne gaze različitih veličina. 2. Sterilni instrumenti (peani, makaze, pinceta). 3. NaCl 0,9%. 4. Srebrni nitrat (AgNO_3) za kauterizaciju pupčane vrpce. 5. Prepisana terapija za negu pupčane vrpce. 6. Zaštitna mreža ili zavoj za fiksaciju. 7. Rukavice. 8. Bubrežnjak.
[III]	Priprema novorođenčeta	1. Operite ruke mlakom vodom i sapunom pre kontakta sa novorođenčetom. 2. Svlačite novorođenče tako da pupčana vrpca bude dostupna.
[IV]	Postupak	Obrada neupaljenog pupka: 1. Stavite rukavice. 2. Odmotajte gazu ne dirajući štipaljku. 3. Navlažite sterilnu gazu fiziološkim rastvorom i očistite područje oko pupka. 4. Ponavljajte postupak dok gaza ne ostane čista i na kraju je osušite. 5. Umotajte sterilnu gazu oko pupčane vrpce i pričvrstite je. 6. Vaspitajte/savetujte majku ili drugog člana porodice o nezi pupčane vrpce i važnosti pravilne nege. Tretiranje pupčane vrpce kada se primeti crvenilo u donjem delu:

		7. Odmotajte gazu ne dirajući štipaljku. 8. Navlažite sterilnu gazu fiziološkim rastvorom i očistite područje oko pupčane vrpce. 9. Tretirajte pupčanu vrpcu novom sterilnom gazom, koristeći fiziološki rastvor. 10. Posušite sterilnom gazom. 11. Na crveni obrub vrpce nanesite opisani tretman. 12. Omotajte pupčanu vrpcu sterilnom gazom i odvojite ga od podloge. 13. Savetujte majku ili drugog člana porodice da štiti pupčanu vrpcu od kvašenja. Tretiranje pupčane vrpce kada postoji granulom: 14. Ako se granulom pojavi nakon opadanja bataljka pupčane vrpce, tretman (kauterizacija) se sprovodi po nalogu lekara. 15. Navlažite sterilnu gazu fiziološkim rastvorom i očistite područje oko pupčane vrpce. 16. Kauterizirati samo granulom. 17. Pokrijte pupčanu vrpcu sterilnom gazom. 18. Savetujte majku ili drugog člana porodice da ne mokri pupčanu vrpcu. 19. Raspremite korišćeni pribor. 20. Skinite rukavice i operite ruke.
[V]	Mere opreza	1. Proverite pakovanje, izgled, rok trajanja i sterilnost materijala. 2. Uverite se da je majka ili drugi član porodice prisutan tokom tretiranja pupčane vrpce. 3. U slučaju pojave patološkog stanja (krvarenje, vlaženje, crvenilo, granulom), odmah uputiti novorođenče kod lekara. 4. Ako bataljak visi na tankoj niti, ne sme se vući, već pustiti da otpadne. 5. Ako bataljak ne padne do 15. dana, uputiti novorođenče kod lekara. 6. Sprečite kvašenje pupčane vrpce tako nameštanjem ivice pelene ispod pupčane vrpce.
[VI]	Dokumentovanje	Po obavljenom postupku medicinska sestra/tehničar evidentira u dokumentaciji zdravstvene ustanove sledeće podatke:

		1. Opšte informacije za majku i bebu. 2. Datum i vreme tretiranja pupčane vrpce. 3. Savetovanje za majku ili članove porodice. 4. Demonstracija tretiranja pupčane vrpce. 5. Datum sledećeg pregleda ili upućivanje lekaru. 6. U koloni 'napomena' navedite sve promene na koži i stanju pupčane vrpce. 7. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila zahvat.
--	--	---

37. TRETIRANJE USNE ŠUPLJINE KOD BEBA SA STOMATITISOM

Cilj: ove procedure je bezbedno i odgovarajuće tretiranje usne šupljine kod beba sa gljivičnom infekcijom.

Gljivičnu infekciju usne šupljine izaziva *Candida albicans*. Ispoljava se kao bele naslage slične mlečnim ugrušcima na jeziku i sluzokoži usne šupljine bebe. Za razliku od mlečnih ugrušaka, čvrsto se drže sluzokože obraza i jezika. Ako se ne tretira, može izazvati poteškoće tokom sisanja, gutanja kao i bolnu iritaciju sluzokože usne šupljine. Posledica je otežano dojenje, čak i odbijanje dojenja.

Negu usne šupljine bebe vrši medicinska sestra/tehničar lekom u obliku kapi ili gela koji propisuje lekar.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorij	1. Obezbedite povoljne uslove u prostoriji (prostorija treba da bude osvetljena optimalnom temperaturom i provetrena). 2. Pripremite prostoriju za izvođenje postupka (sto ili krevet za previjanje bebe).
[II]	Priprema materijal	1. Bubaš sa sterilnom gazom. 2. Sterilne pincete za uklanjanje gaze iz bubnja. 3. Prepisani lekovi (primeniti postupak 5P). 4. Bubrežnjak. 5. Rukavice. 6. Kesa za infektivni otpad.
[III]	Priprema bebe	1. Pre kontakta sa bebom operite ruke tekućom vodom i sapunom ili ih dezinfikujte. 2. Stavite bebu u ležeći položaj.
[IV]	Postupak	1. Operite, osušite ruke i stavite rukavice. 2. Omotajte sterilnu gazu oko kažiprsta dominantne ruke. 3. Stavite lek ili stisnite gel na gazu. 4. Palcem i kažiprstom nedominantne ruke nežno pritisnite bebine obraze da otvori usta. 5. Sa kažiprstom umotanim u gazu, lagano očistite bele naslage kružnim pokretima u smeru kazaljke na satu. 6. Ponovite postupak 2 - 3 puta, menjajući gazu.

		7. Stavite 3-5 kapi leka na jezik bebe (osim ako nije drugačije propisano). 8. Skinite rukavice. 9. Savetujte i edukujte majku ili drugog člana porodice o važnosti oralne nege i načinu upotrebe leka.
[V]	Mere opreza	1. Osigurati prisustvo majke ili drugog člana porodice tokom tretiranja usne šupljine. 2. Prilikom čišćenja naslaga u usnoj šupljini, nakon skidanja naslaga, moguće je blago krvarenje, što nije prepreka za dalje izvođenje zahvata. 3. Nakon primene leka, savetujte majku da ne doji najmanje pola sata kako bi lek mogao da deluje. 4. Savetovati nanošenje leka na jezik i u usnu šupljinu posle svakog dojenja. 5. Savetujte majku o pravilnoj higijeni dojke kako bi se sprečilo prenošenje infekcije na dojkju. 6. Ukoliko se ipak pojave simptomi infekcije bradavice (probadajući, pekući bol poput „oštrih igala“ koji zrače iz bradavice ka unutrašnjoj strani dojke, sjajna aureola, bradavica sa mogućim ljuspicama), tretirati bradavicu propisanim lekom. 7. Nanesite lek na bradavicu nakon dojenja, pre nego što uklonite ostatke mleka i slina sa bradavice.
[VI]	Dokumentovanje	Po obavljenom postupku medicinska sestra/tehničar evidentira u dokumentaciji zdravstvene ustanove sledeće podatke: 1. Opšte informacije o majci i bebi. 2. Vrsta postupka (lečenje usne šupljine). 3. Vrsta leka. 4. Datum i vreme lečenja usne šupljine. 5. Savetovanje i edukacija majke ili člana porodice. 6. Demonstracija postupka. 7. Potpis medicinske sestre/tehničara.

GLAVA VI – POSTUPCI PROMOTIVNO – PREVENTIVNOG RADA

38	PROMOTIVNO – PREVENTIVNI RAD MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA
39	KUĆNE POSETE TRUDNICAMA
40	KUĆNE POSETE DECI 0 - 3 GODINE
41	KUĆNE POSETE PORODILJAMA
42	KUĆNI PREGLED DOJKE U POSTNATALNOM PERIODU
43	KUĆNE POSETE PACIJENTIMA SA HRONIČNIM BOLESTIMA
44	PROCENA RIZIKA I PREVENTIVNE MERE OD DEKUBITALNOG ČIRA
45	KUĆNE POSETE PACIJENTIMA U TERMINALNOJ (PALIJATIVNOJ) FAZI BOLESTI

38. PROMOTIVNO – PREVENTIVNI RAD MEDICINSKIH SESTARA/ TEHNIČARA

Cilj: ove procedure je jedinstven način pripreme, obavljanja i evidentiranja edukativnih aktivnosti od strane medicinske sestre/tehničara u cilju unapređenja zdravlja, sprečavanja nastanka bolesti, sprečavanja ili odlaganja komplikacija već prisutnih hroničnih bolesti i pružanja kvalitetne zdravstvene zaštite u celini.

Edukacija i savetovanje pacijenata su suštinske komponente toka zdravstvene zaštite jer je samo zdravstveno obrazovana osoba aktivan saradnik u procesu unapređenja i održavanja zdravlja, ispunjavanja osnovnih životnih potreba i tretiranja bolesti.

Edukacija pacijenata i savetovanje od strane medicinskih sestara/tehničara mogu pomoći pacijentima da se aktivno uključe u aktivnosti preventivne nege, saznaju više o svom zdravlju i poštujući dobijena uputstva, pomognu u postizanju boljih zdravstvenih ishoda tretiranja. Pružanje zdravstvene zaštite podrazumeva pružanje pacijentima potpuno dostupno obrazovanje i savetovanje o njihovom zdravstvenom stanju, neophodnom zdravstvenom ponašanju i sprečavanju potencijalnih mogućnosti za pojavu komplikacija.

Osnova za stalnu odgovarajuću edukaciju i savetovanje pacijenata je dobro obrazovana medicinska sestra/tehničar. Medicinska sestra/tehničar kao vaspitač mora imati: znanje i sposobnosti, razvijene etičke principe, osetljivost i jasan cilj u sprovođenju vaspitnih delatnosti.

Proces edukacije pacijenata treba prilagoditi stanju pacijenta, uzrastu, intelektualnim sposobnostima, stepenu obrazovanja, materijalnim mogućnostima itd.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Metode zdravstvene edukacije i savetovanja	1. Razgovor je glavni metod koji se koristi u edukaciji i savetovanju. 2. Govori, predavanja, prezentacije putem javnog informisanja (ako se cilja da se utiče na veći broj korisnika). 3. Diskusija je metod gde nekoliko ljudi govori sa različitih tačaka gledišta, da bi se kasnije odvijala diskusija o tome. 4. Demonstracija je metoda prikazivanja određenog postupka (pripremanje hrane za bebe, samopregled dojki, upotreba merača vršnog protoka i doziranih inhalatora).
[II]	Sredstva za promociju zdravlja	1. Izložbe. 2. Pokretne slike (film). 3. Nepokretne slike (fotografija, crtež).

		4. Modeli. 5. Štampani (pisani) materijali. 6. Edukativne sesije. 7. Radio. 8. Televizija. 9. Društvene mreže i elektronski mediji. 10. Štampa.
[III]	Individualna edukacija pacijenta	1. To je jedan od najboljih načina edukacije pacijenata. 2. Obezbeđuje dobar kontakt, dvosmerne informacije, izgradnju poverenja i brzo usvajanje određenih veština. 3. Obavlja ga medicinska sestra/tehničar u prostoriji u kojoj je zaštićena privatnost pacijenta (prostoriji za savetovanje ili u kući pacijenta). 4. Pre svake individualne edukacije potrebno je izvršiti procenu pacijenta (pregled medicinske dokumentacije, uzimanje anamneze, procena faktora rizika, procena potrebe pacijenta za ovakvim vidom i načinom edukacije, procena već postojećih znanja o ovoj temi). 5. Pre edukativne sesije pripremite: edukativni materijal, brošure, fotografije, algoritme, modele. 6. Tokom edukativne sesije pokažite interesovanje, brigu, otvorenost, prihvatanje, simpatiju, iskrenost i poštovanje. 7. Odvijajte efikasnu komunikaciju: slušajte, postavljajte prava pitanja i znajte kako da ohrabrite pacijenta da govori. 8. Tempo edukacije treba prilagoditi pacijentu i njegovoj/njenoj sposobnosti da prima informacije. 9. Edukativna sesija ne bi trebalo da traje duže od 20 minuta.
[IV]	Edukacija pacijenata u malim grupama	1. Edukacija u malim grupama od 3 - 6 ljudi se periodično sprovodi radi promocije zdravlja, prevencije bolesti i njenih komplikacija za grupe pacijenata/ osoba od zajedničkog interesa (ista bolest ili problem, starosna grupa itd.). 2. Edukaciju u malim grupama može voditi jedna ili dve medicinske sestre/tehničara. 3. Edukacija se mora planirati – zakažite optimalno vreme, pripremite prostoriju (salu za edukaciju, salu za sastanke, veći prostor).

		4. Pozovite pacijente telefonom, stavite obaveštenje na oglasnu tablu ili ih obavestite putem elektronskih medija. 5. Pripremite promotivno-preventivne materijale na određenu temu, obezbedite dovoljno stolica, provetrite prostor i pozelite im dobrodošlicu. 6. Edukacija može trajati 20 - 45 minuta uz interaktivnu komunikaciju (dozvoliti pitanja i odgovore; omogućiti učesnicima međusobnu diskusiju i razmenu iskustava).
[V]	Edukacija u zajednici (velike grupe)	1. Edukacija u zajednici zahteva pripremu u zavisnosti od toga gde i za koga se edukacija sprovodi, a podrazumeva tehničku podršku i saradnju lokalne zajednice. 2. Edukaciju u zajednici sprovode medicinske sestre/tehničari (nekoliko njih ili multidisciplinarni tim), u salama za predavanja u domovima zdravlja ili sličnim prostorima u mesnim zajednicama, školama, vrtićima, učestvujući u radio i televizijskim programima itd. 3. Za sprovođenje edukacije može se koristiti nekoliko metoda, uključujući: diskusiju, demonstraciju, prezentaciju slučaja itd. 4. Obrađuju se aktuelne teme vezane za promociju zdravlja, prevenciju i lečenje značajne za širu populaciju (štetnost pušenja, značaj fizičke aktivnosti, prevencija faktora rizika za najčešće hronične bolesti, zarazne bolesti, vakcine itd.). 5. Ove aktivnosti mogu obuhvatati praktične sadržaje (merenje PK, TA, merenje telesne težine, telesne visine i izračunavanje BMI-a, higijena zuba, učenje dece kroz igru itd.).
[VI]	Dokumentovanje (Prilog 15)	1. Koristite jezik koji je razumljiv i prilagođen svakom pacijentu i njegovom pratiocu. 2. Razgovarajte sa pacijentom(ima) staloženo (bez dosađivanja, pritiska, žurbe, jasno, istim tonom glasa, smireno), precizno (bez suvišnih reči i podataka, bez terminoloških nejasnoća i nesigurnosti) i razumno (koristite isključivo proverene podatke, bez nagađanja ili poluinformacija). 3. Po završetku edukativnih aktivnosti evidentirati u postojećoj dokumentaciji ustanove (dokumentacija i protokol medicinskih sestara/tehničara). 4. Individualna edukacija pacijenata se beleži na spisku sestrinstva za edukaciju pacijenata.

		5. Zabeležite sve podatke dobijene procenom, planom, sprovođenjem i ponovnim ocenjivanjem kao i sadržaj edukacije uz potpis pacijenta i medicinske sestre/tehničara koja je obavila edukaciju. 6. Zabeležite opšte podatke o pacijentu u protokol; datum i vreme održavanja edukacije; tema/ vrsta edukacije, potpis pacijenta i potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila edukaciju. 7. Edukaciju za male grupe upisati u protokol: datum i vreme edukacije/savetovanja pacijenata; tema/vrsta edukacije, pripremiti spisak učesnika sa njihovim potpisima i potpisom medicinske sestre/tehničara koja je sprovela edukaciju. 8. Edukacija u zajednici treba da bude evidentirana u protokolu: datum i vreme održavanja edukacije, tema/vrsta edukacije, dokaz o održanoj edukaciji (potpisi, fotografije, spiskovi, evidencija) i potpis medicinske sestre/tehničara koja je sprovela edukaciju.
--	--	---

Prilog 15 –Dokumentacija medicinskih sestara/ tehničara (za edukaciju pacijenta)

Ime i prezime pacijenta: _____ Br. protokola: _____

Br. zdravstvene knjižice _____ Medicinska dijagnoza _____

Civilno stanje: _____ Profesija: _____ Zaposlen: DA NE Telefon: _____

PROCENA	Način života	Dijeta		Fizičke aktivnosti		Loše navike		Fizička procena	Telesna težina		Faktori rizika	pušenje	
		raznolika		dobro					Visina tela			alkohol	
		neuravnotežena		umereno					BMI			gojaznost	
		umerena		slab					obim struka			menopauza	
		povećan apetit		bez pokretanja					TA				
		nizak apetit							PEF				
									nivo šećera u krvi				
	Dodatna procena:												
Dijagnoza medicinskih sestara/ tehničara													

Svrha	1.		3.	
	2.		4.	

PLAN	Planirane aktivnosti	Datum	Potpis medicinske sestre/tehničara

SPROVOĐENJE	Izvedene aktivnosti	Datum	Potpis medicinske sestre/tehničara

Odstupanja od plana	
----------------------------	--

PROCENA	Edukacija	Interesovanje za učenje	Prepreke za učenje	CILJ – postignut
	Razumljiva	Postavlja prava pitanja	Nema prepreka	DA NE
	Dobra	Aktivno sluša	Nepismenost	
	Ograničena	Ne poštuje vaspitača	Vidne, slušne	
	Slaba	Nezainteresovan	Moć rasuđivanja	
Drugo (navesti):	Zbunjen	Motivacija		

Komentari/primedbe:

Ime i prezime pacijenta: _____

PLANIRANA EDUKACIJA		Datum _____ / Trajanje edukacije _____ minuta	
SADRŽAJ			
Pisani materijal		Komentari:	
DA	NE		
Demonstracija:		Cilj postignut DA NE	Datum sledeće posete: _____

Potpis pacijenta: _____

Potpis medicinske sestre/tehničara: _____

Ime i prezime pacijenta: _____

PLANIRANA EDUKACIJA		Datum _____ / Trajanje edukacije _____ minuta	
SADRŽAJ			
Pisani materijal		Komentari:	
DA	NE		
Demonstracija:		Cilj postignut DA NE	Datum sledeće posete: _____

Potpis pacijenta: _____

Potpis medicinske sestre/tehničara: _____

Ime i prezime pacijenta: _____

PLANIRANA EDUKACIJA		Datum _____ / Trajanje edukacije _____ minuta	
SADRŽAJ			
Pisani materijal		Komentari:	
DA	NE		
Demonstracija:		Cilj postignut DA NE	Datum sledeće posete: _____

Potpis pacijenta: _____

Potpis medicinske sestre/tehničara: _____

Ime i prezime pacijenta: _____

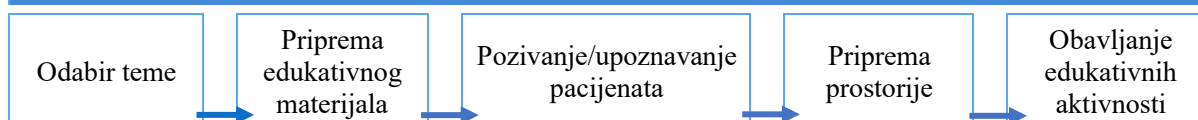
PLANIRANA EDUKACIJA		Datum _____ / Trajanje edukacije _____ minuta	
SADRŽAJ			
Pisani materijal		Komentari:	
DA	NE		
Demonstracija:		Cilj postignut DA NE	Datum sledeće posete: _____

Potpis pacijenta: _____

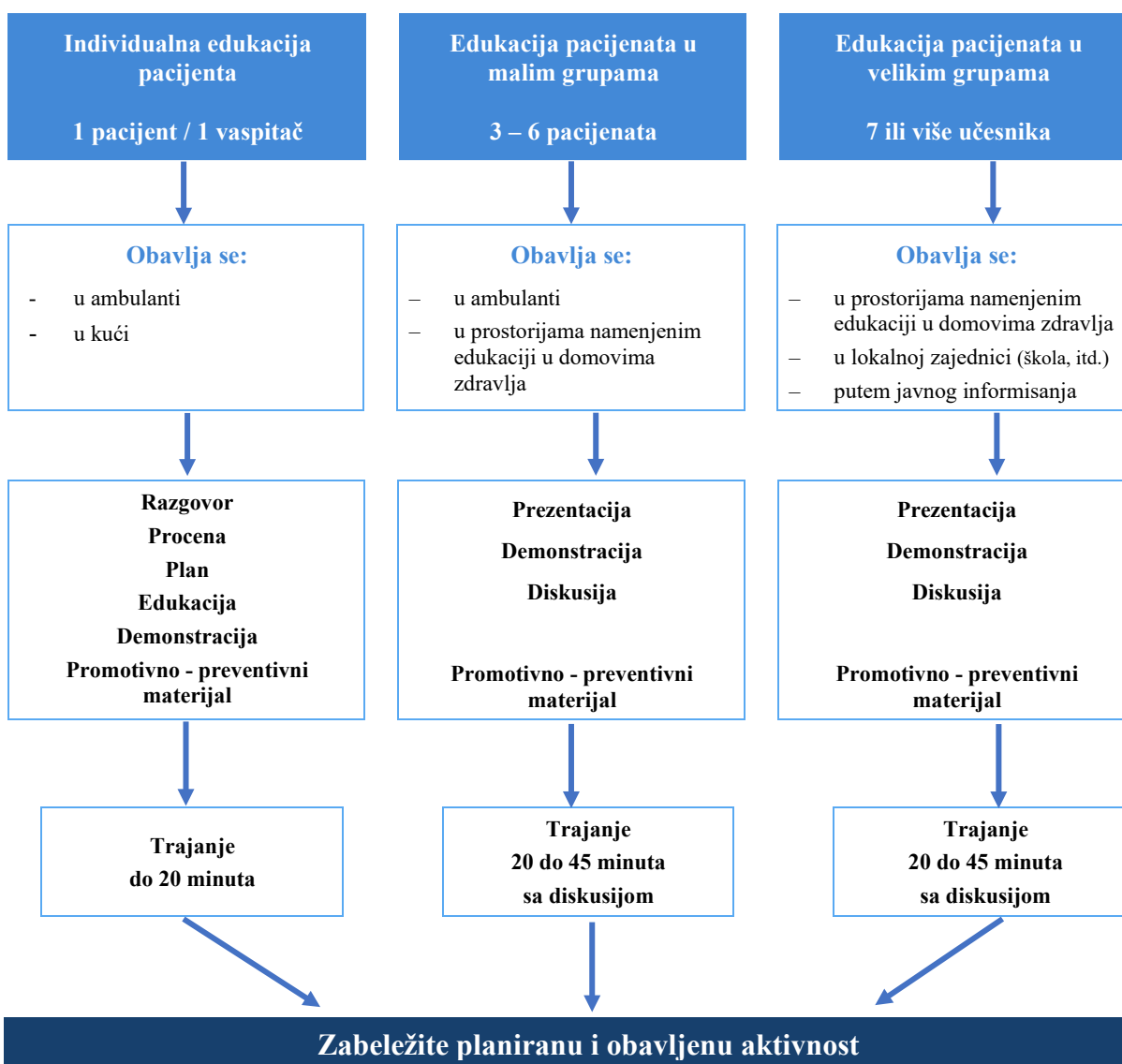
Potpis medicinske sestre/tehničara: _____

EDUKACIJA I SAVETOVANJE

PRIPREMA I ODVIJANJE EDUKATIVNIH AKTIVNOSTI



Vrsta i metode edukacije



39. KUĆNE POSETE TRUDNICAMA

Cilj: ove procedure je da se jedinstveno i bezbedno vrši poseta trudnici medicinske sestre/tehničara.

Aktivnosti medicinske sestre/tehničara u nezi buduće majke počinju tokom trudnoće i nastavljaju se nakon porođaja i povratka kući iz porodilišta. Upoznavanje buduće majke sa medicinskom sestrom/tehničarem tokom trudnoće je od velikog značaja jer će medicinska sestra/tehničar po dolasku majke iz porodilišta obavljati različite oblike nege i njihova saradnja i međusobno poverenje su veoma važni.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Planiranje posete	1. Na osnovu obaveštenja/izveštaja ginekologa, porodičnog lekara ili poziva/zahteva trudnice, medicinska sestra/tehničar planira kućnu posetu. 2. Posete trudnici treba zakazati najmanje dva puta u toku trudnoće, a po potrebi i češće (ne pre 12. nedelje trudnoće), jednom u drugom tromesečju i jednom u trećem tromesečju.
[II]	Prva poseta (od prvog do drugog tromesečja)	1. Organizujte posetu u vreme koje je pogodno za obe strane. Kada stignete, predstavite se i pokažite svoju radnu ličnu kartu. Iskoristite vreme provedeno sa trudnicom da upoznate trudnicu, njeno okruženje, uslove života i predstavite usluge koje buduća majka može da očekuje od medicinske sestre/tehničara. 2. Uspostavljanje poverljivog odnosa/poverenja. 3. Zapažanje uslova života. 4. Povezivanje sa socijalnim službama i drugim resursima zajednice. 5. Davanje saveta o zdravoj ishrani, težini, fizičkoj aktivnosti, oralnom zdravlju, ličnoj higijeni, grudima, odeći, obući, štetnosti stresa u trudnoći, pušačkoj i nepušačkoj sredini, upotrebi alkohola, droga i određenih lekova, određenih zaraznih bolesti, ranom razvoju u detinjstvu. 6. Medicinska sestra/tehničar procenjuje zdravlje i dobrobit majke, uključujući mentalno zdravlje (uključujući težinu, krvni pritisak, anemiju, folnu kiselinu). 7. Procena raspoloženja majke.

		8. Razgovara sa trudnicama o fiziološkim, fizičkim i mentalnim promenama povezanim sa trudnoćom. 9. Pitajte o nasilju u porodici i diskusijama o pitanjima vezanim za odnose. 10. U slučajevima trudnoće sa komplikacijama, obratite se zdravstvenim radnicima i zajedno sa njima vodite ove slučajeve. 11. Odgovorite na sva postavljena pitanja. 12. Za sledeću zakazanu posetu preporučite da prisustvuje i suprug. 13. Ako je potrebno, zakažite druge dodatne posete.
[III]	Poseta u poslednjem tromesečju trudnoće (od drugog do trećeg tromesečja)	1. Provera zdravstvenog stanja trudnice - obavezno je merenje pritiska, pulsa, šećera u krvi, provera prisustva edema. 2. Razgovara o pripremi za porođaj i roditeljstvu; prelazak na roditeljstvo; pitanjima odnosa; diskusije o poslu, porođaju, društvenim odnosima, dojenju (savetovanje i demonstracija pripreme dojki i bradavica za dojenje), promociji dojenja i nezi novorođenčeta. 3. Psihofizička priprema za porođaj deteta/dece (fizičke vežbe, vežbe disanja i teorijska nastava). 4. Savetovanje o zdravoj ishrani, težini, fizičkoj aktivnosti, oralnom zdravlju, štetnosti stresa tokom trudnoće, pušačkoj i nepušačkoj sredini, upotrebi alkohola, droga i određenih lekova, određenih zaraznih bolesti, ranom razvoju u detinjstvu. 5. Savetovanje o socijalnoj zaštiti (porodiljsko odsustvo). 6. Istraživanje stavova i osećanja roditelja o trudnoći i roditeljstvu. 7. Preporuke za opremanje prostora za majku i novorođenče. 8. Preporuke za kupovinu opreme za novorođenče. 9. Procena raspoloženja majke. 10. Pitanja o nasilju u porodici i diskusije o pitanjima odnosa. 11. Informisanje o zdravstvenim pravima i povezanosti sa socijalnim službama i drugim resursima zajednice. 12. U slučajevima trudnoće sa komplikacijama, obratite se zdravstvenim radnicima i zajedno sa njima vodite ove slučajeve.

		13. Preporučuje se za posebne preglede – pregled na zahtev. 14. Za sledeću zakazanu posetu preporučite da prisustvuje i suprug. 15. Ako je potrebno, zakažite druge dodatne posete.
[IV]	Dokumentovanje (Prilog 16)	1. Iz dokumentacije, medicinska sestra/tehničar koristi obrazac za kućne posete trudnicama da evidentira aktivnosti koje je obavljala tokom kućne posete. 2. Po povratku u ustanovu medicinska sestra/tehničar evidentira u dokumentaciji zdravstvene ustanove sledeće podatke: - opšti podaci o trudnici, - datum i vreme kućne posete, - obavljane aktivnosti, - potpis medicinske sestre/tehničara.

Prilog 16 – Obrazac kućnih poseta za trudnice

OBRAZAC KUĆNIH POSETA ZA TRUDNICE

Šifra obrasca za registraciju: VSH 1 (treba odobriti) _____

GLAVNI CENTAR PORODIČNE MEDICINE: _____;

CPM/APM: _____; MESTO: _____;

Br. zdravstvenog kartona: _____; Lični br.: _____; Krvna grupa: _____;

I. DEMOGRAFSKI PODACI			
Ime i prezime trudnice:	Datum rođenja:	Period trudnoće	Očekivani datum porođaja:
Datum posete	Broj posete	Dodatna poseta	Vreme kada je poseta počela od: _____ do: _____
Broj prethodnih rođenja	Živo: _____ Mrtvo: _____ Br. abortusa: _____		Gestaciona starost:
Kontakt (tel.)	Prebivalište: URBANO RURALNO Navedite:		
Ime zdravstvenog radnika			
Ime porodičnog lekara			
II. ZDRAVSTVENE USLUGE KOJE SU PRUŽENE TRUDNICI			
Pregledi	Krvni pritisak _____; Težina _____ kg: Dužina _____ m:		
	Indeks telesne mase (ITM): _____; Merenje fundusa materice _____ cm		
Zdravstvene usluge pružene trudnicama (Molimo da upišete usluge u zdravstveni karton trudnoće)		da	ne
Procena zdravlja trudnica			
Saveti o trudnoći			
Značaj roditelja i podrška porodice			
Zahtevi o načinu ishrane tokom trudnoće			
Fizičke i druge aktivnosti tokom trudnoće			
Rana identifikacija znakova rizika			
Priprema i saveti za dojenje			
Priprema za porođaj			
Saveti o novorođenčadi			
Kontracepcija nakon porođaja (planiranje porodice)			

Informacije o trudnicama (Molimo opišite i navedite – pogledajte vodič)	
Psihološko stanje (trenutno zapažanje)	
Uslovi života i stanovanja	
Potencijalni rizik-nasilje	
III. UPUĆIVANJA	
Upućivanja: ☐ Hitni slučajevi ☐ Slučajevi koji nisu hitni	
Mesto upućivanja:	Razlog upućivanja:
IV. OSTALE INFORMACIJE O TRUDNICAMA I KOMENTARI (Da li je uočeno da majka puši tokom trudnoće; da li su kod trudnice uočeni znakovi rizika tokom trudnoće; da li majka praktikuje bilo kakvu fizičku aktivnost - pogledajte vodič)	
Kućni posetilac je primljen od porodice:	
Datum sledeće posete:	
Članovi porodice prisutni tokom posete:	BR. Potpis:
Ime zdravstvenog radnika prisutnog tokom posete:	Potpis:
Ime i prezime porodičnog lekara	Potpis:

40. KUĆNA POSETA DECI 0 - 3 GODINE

Cilj: ove procedure je jedinstven i bezbedan pristup medicinske sestre/tehničara kućnim posetama deci od 0 do 3 godine.

Kućna nega dece uzrasta od 0 do 3 godine je medicinsko-socijalna i edukativna aktivnost koju sprovodi medicinska sestra/tehničar u cilju unapređenja zdravlja dece uzrasta od 0 do 3 godine. Kućne posete dece uzrasta 0-3 godine zahtevaju partnerski odnos i međusobno poverenje sa porodicom ili starateljima, što se postiže dobro razvijenim komunikacijskim veštinama, znanjem i stručnošću medicinske sestre/tehničara.

Pojašnjenje: novorođenče je dete od rođenja do 28 dana života.

Po obaveštenju o dolasku novorođenčeta iz porodilišta, medicinska sestra/tehničar zakazuje kućnu posetu u roku od 24 - 72 časa.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Sadržaj torbe i priprema prostora za posetu kućne nege	1. Vaga (mobilna za kućnu negu). 2. Metar (plastificirani centimetar). 3. Rukavice za jednokratnu upotrebu. 4. Maska za lice. 5. Sredstvo za dezinfekciju ruku. 6. Sredstva i oprema za negu pupčane vrpce. 7. Termometar. 8. Potrebna dokumentacija. 9. Pisani promotivno-preventivni materijal. 10. Prostorija u kojoj dete boravi treba da bude osvetljena, provetrena i topla (sobna temperatura oko 24 °C). 11. Obezbedite privatnost tokom posete kućne nege (ukoliko boravi u kući u to vreme više osoba, osim roditelja ili staratelja). 12. Identifikujte dete. 13. Skinite detetu odeću.
[II]	Prva poseta novorođenčetu u roku od 3 dana nakon rođenja	1. Upoznavanje sa zdravstvenim stanjem novorođenčeta – otpusni i pregledni list. 2. Dobijanje podataka (hetero-anamneza). 3. Merenje težine bebe, obima glave, visine, znakova žutice, nege pupčane vrpce, spavanja, imunizacije nakon rođenja.

		4. Merenje dužine fundusa materice (sakupljanje strana ka unutra-involacija), izbacivanje placente nakon porođaja i upravljanje prethodnih zdravstvenih uslova. 5. Podržati praksu dojenja. 6. Edukovati o nezi bebe prema potrebama porodice (higijena, kupanje, masaže za bebu). 7. Promovisanje osetljivog roditeljstva i privrženost. 8. Informisati o grupama za podršku i lokalnim uslugama. 9. Razgovor o osnovnim uslugama za decu i imunizaciji. 10. Informisanje o ranom razvoju deteta (opšti razvoj deteta, kognitivni, socijalni i emocionalni razvoj, razvoj ponašanja, razvoj jezika i govora). 11. Procena raspoloženja majke (identifikacija znakova depresije nakon porođaja). 12. Uključivanje oca i ostalih članova porodice u zbrinjavanju deteta i njegovom razvoju. 13. Istraživanje nasilja u porodici, pitanja mentalnog zdravlja, zloupotrebe supstanci, bezbednosti kućne sredine. 14. Povezivanje sa socijalnim službama i drugim resursima zajednice. 15. Da daje informacije u vezi sa preporukama za novorođenčad sa invaliditetom. 16. Obavljanje aktivnosti zdravstvene edukacije. 17. Unos podataka u zdravstveni karton.
[III]	Druga poseta bebi u roku od 4-6 meseci	1. Izmerite bebinu težinu, visinu, rast, ishranu, spavanje, imunizaciju. 2. Edukovati o zbrinjavanju bebe prema potrebama porodice (higijena, kupanje bebe, masaže za bebu). 3. Podržite praksu dojenja i savetovanje o ishrani. 4. Obavestite majku i oca o planiranju porodice. 5. Obavestite roditelje o dopunskoj hrani nakon 6 meseci. 6. Razgovarajte o zabrinutostima za bebu. 7. Proverite razvoj bebe (beba pažljivo sluša zvukove i glasove, sposobnost da kontroliše pokrete glave, prati pokretne predmete očima, otvori ruku da drži prst ili zvečku, pokazuje interesovanje i uzbuđenje kroz izraze lica, da se smeši ljudima, da gleda ko govori, da pomera noge).

		8. Unapređenje razvoja bebe (maziti bebu kada se smeje, priča i peva, dajte bebi igračke da istražuje, pokažite mu knjige sa crno-belim slikama i modelima). 9. Šetati bebu, podstaći fizičke aktivnosti kroz igre na podu, igre u vodi, razvijanje veštine posezanja i hvatanja, olabavite odeću da biste razvili veštine udaranja nogom i kotrljanja. 10. Aktivnosti sa bebom, razgovor sa bebom i ukazivanje prizora, mirisa i zvukova, podstaknite kontakt očima sa bebom. 11. Saveti za sprečavanje nesreća kao što su saveti o neočekivanim pokretima i hvatanju malih predmeta koji mogu izazvati gušenje, drhtanje bebe. 12. Saveti za oralnu higijenu. 13. Procena raspoloženja majke (depresija nakon porođaja). 14. Promovisanje roditeljstva i osetljivog povezivanja. 15. Uključivanje oca i ostalih članova u negu i razvoj deteta. 16. Istražite nasilje u porodici, probleme sa mentalnim zdravljem, majčinsku depresiju, zloupotrebu supstanci, bezbednost u kući. 17. Povezivanje sa socijalnim službama i drugim resursima zajednice. 18. Informacije o preporukama za novorođenčad sa invaliditetom. 19. Davanja saveta i pratnja upis rođenja.
[IV]	Treća poseta bebi u roku od 11 - 12 meseci	1. Izmerite bebinu težinu, visinu, fizičke, emocionalne i socijalne potrebe u smislu njihove porodice, uključujući i predvidljive faktore rizika (praćenje razvoja bebe; sposobnost da samostalno sedi, gleda u igračku dok se ne sakrije i postane svesna da još uvek postoji, gura se da stoji na noge i može da puzi, hoda, mrmlja, prati jednostavna uputstva, razume i predviđa rutinske radnje). 2. Roditeljima dajte informacije o povezanosti i vrsti razvojnih problema sa kojima se sada mogu suočiti, zdravstvenoj zaštiti, podizanje svesti o zdravlju zuba i prevenciji, zdravoj ishrani, prevenciji povreda i nesreća koja su u vezi sa kretanjem, bezbednost u automobilu i prevenciji raka kože. 3. Podrška razvoju deteta (dajte komentare o aktivnostima i koristite kratke, jednostavne rečenice, dajte detetu vremena da proizvede zvukove kao odgovor, dajte igračke koje se pomeraju okolo, pomozite detetu da stoji i hoda,

		uvedite pravila, drži dete daleko od stvari koje ne treba dirati i dati detetu nešto drugo da dodirne, pohvalite/ ohrabrite postignuća vašeg deteta, koristite gestove prilikom razgovora, odvajanje od cucle). 4. Pregled statusa imunizacije. 5. Slušajte i odgovorite na brige roditelja. 6. Istražite nasilje u porodici, probleme mentalnog zdravlja, zloupotrebu supstanci, bezbednost u kući. 7. Dajte preporuke za decu sa invaliditetom i smetnjama u razvoju.
[V]	Četvrta poseta detetu u roku od 18 meseci	1. Izmerite težinu i visinu deteta. 2. Proverite razvoj deteta (izgovara mnogo reči a neke reči i govori povezane, pokazuje osetljivost kada drugi nisu srećni, spontano škraba, odvaja oblike, hrani se i pije iz čaše bez poklopca, izuje cipele, čarape, kape, zna najmanje 6 delova tela, trči ali ne može da izbegne prepreke, gradi zamak sa tri ili više blokova, prati jednostavna uputstva). 3. Podržavajte razvoj deteta (da imenuje svakodnevne predmete i slike i ume da ih ponavlja, oponaša i čeka red, gleda knjige, razgovara o slikama, može izabrati (jabuke, banane), muziku, pleše, oblači, posećuje redovno omiljena mesta na otvorenim prostorima, igra sa prirodom, peskom, ide u piknik u parku. 4. Prevencija nesreća. 5. Slušajte i odgovorite na roditeljske zabrinutosti o fizičkom zdravlju, rastu, razvoju, sluhu i vidu. 6. Dajte im informacije i uputstva o zdravlju. 7. Kontrola statusa imunizacije. 8. Dajte savete o ishrani i fizičkoj aktivnosti za porodicu i upravljanju spavanjem. 9. Podsticati fizičku aktivnost tri sata tokom dana. 10. Istražite nasilje u porodici, probleme mentalnog zdravlja, zloupotrebu supstanci, bezbednost u kući. 11. Dajte preporuke za decu sa invaliditetom i smetnjama u razvoju.
[VI]	Peta poseta detetu u 36. mesecu	1. Izmerite težinu i visinu deteta. 2. Pregledajte društveni, emocionalni, bihevioralni i jezički razvoj zajedno sa roditeljima. 3. Proveriti razvoj deteta (ravnoteža na jednoj nozi, kombinovati reči u kratke rečenice, dati odgovarajuće

		odgovore, razumeti veličine, uskladiti slične oblike i boje, igrati se interaktivno). - Podržite razvoj deteta (igra igre pretvaranja, pokažite detetu kako da se oblači, uhvati loptu, igrajte brojalice, idite u šetnju napolju, uključite dete da pomaže u prikupljanju igračaka, čitajte detetu mnogo bajki, promovirajte pozitivnu disciplinu sa roditeljima, upoznati dete sa slovima i brojevima putem knjiga). - Prevenција nesreće (ne ostavljajte dete bez nadzora). - Dajte savete o korišćenju toaleta. - Slušajte i odgovorite na zabrinutosti roditelja o fizičkom zdravlju, rastu, razvoju, sluhu i vidu. - Dajte informacije i uputstva o zdravlju u vezi sa higijenskim praksama i prevencijom zaraznih bolesti. - Savetovati o pripremi za predškolsko vaspitanje i obrazovanje. - Istražite nasilje u porodici, probleme mentalnog zdravlja, zloupotrebu supstanci, bezbednost kućne sredine.
[VII]	Dokumentovanje (Prilog 17)	- Kontaktirajte roditelje/staratelja deteta telefonom, proverite/potvrdite adresu i obavestite ih o poseti. - Kontakt preko telefona treba da bude kratak i jasan. - Informisati roditelje o cilju i svrsi posete medicinske sestre/tehničara. - Prosečno trajanje posete je 30 - 60 minuta. - Prilikom prve posete za kućnu negu novorođenčeta uvek se treba predstaviti – pokazati radnu legitimaciju. - Morate biti ljubazni i strpljivi sa roditeljima/starateljima i članovima porodice. - Odgovorite na pitanja jasno i razumljivo. - Po potrebi, radi obezbeđenja neprekidnog zbrinjavanja novorođenčeta, medicinska sestra/ tehničar uspostavlja komunikaciju sa službom socijalne zaštite ili drugim ustanovama. - Medicinska sestra/tehničar koristi obrazac za procenu da evidentira aktivnosti koje se obavljaju tokom kućne posete. - U postojeću dokumentaciju zdravstvene ustanove medicinska sestra/tehničar evidentira: - opšte podatke o novorođenčetu, - datum i vreme posete kućne nege, - odvijene aktivnosti, - potpis medicinske sestre/tehničara koja je vršila posetu, - potpis roditelja ili staratelja.

Prilog 17 – Obrazac kućnih poseta za decu 0-3 godine

OBRAZAC KUĆNIH POSETA ZA DECU 0-3 GODINE

Šifra obrasca za registraciju: VSH 1 (treba odobriti) _____

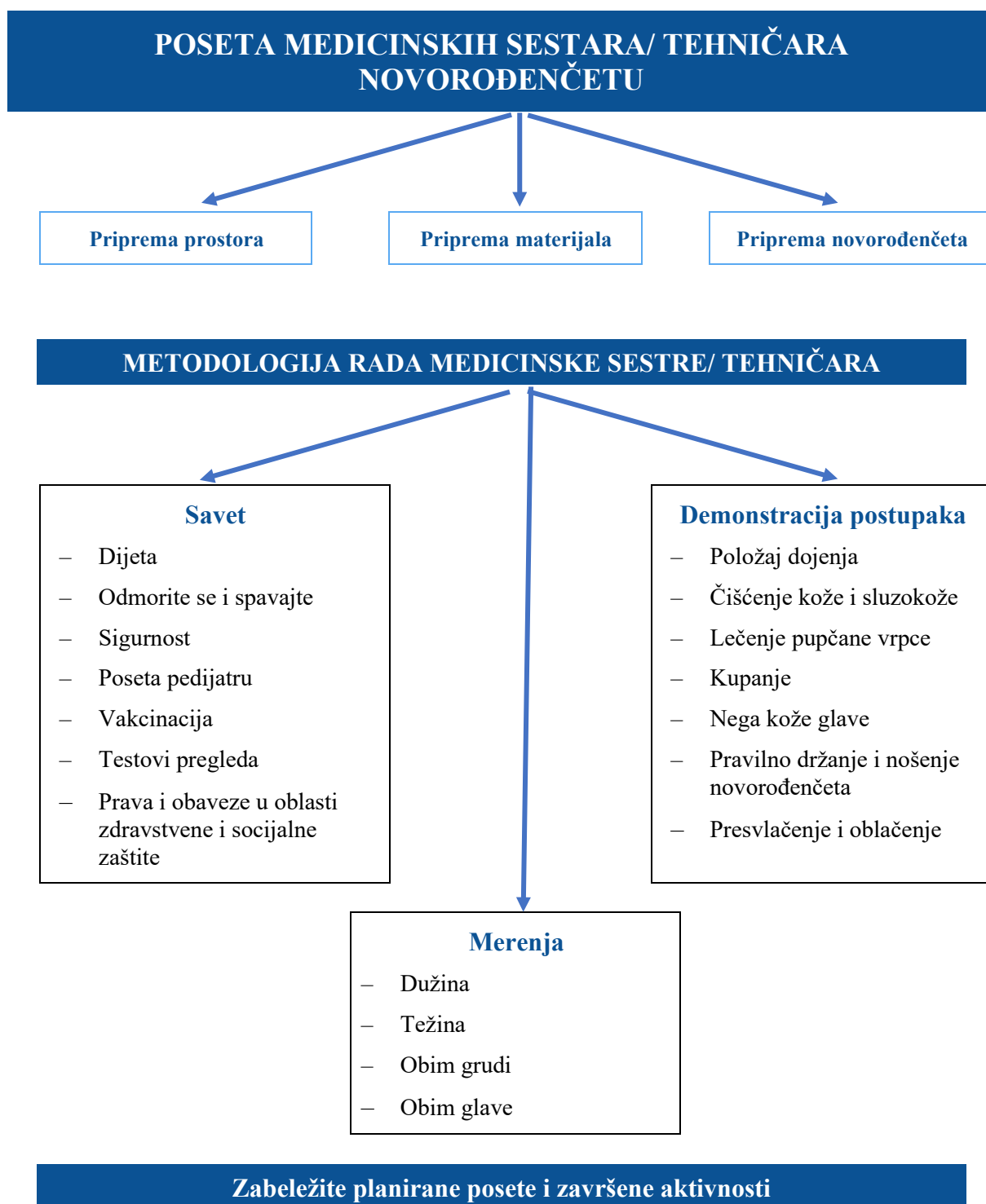
GLAVNI CENTAR PORODIČNE MEDICINE: _____;

CPM/APM: _____; MESTO: _____;

Br. zdravstvenog kartona: _____; Lični br: _____; Krvna grupa: _____;

I. DEMOGRAFSKI PODACI			
Ime i prezime deteta:	Pol: M Ž	Datum rođenja	Težina rođenja:
Datum posete	Redni broj posete:	Da li je to dodatna poseta:	Vreme posete: od: _____ sati do: _____ sati
Ime i prezime majke (staratelja):	Datum rođenja:	Identifikacioni br. majke:	Porodica je na socijalnoj pomoći DA NE
Kontakt (tel.)	Prebivalište: URBANO RURALNO Navedite:		
Ime zdravstvenog radnika			
Ime porodičnog lekara			
II. ZDRAVSTVENE USLUGE KOJE SU PRUŽENE NOVOROĐENOM I DETETU			
KONTROLE: (Merenja za dete)	Težina: _____; Dužina: _____; Perimetar glave: _____.		
Zdravstvene usluge koje se pružaju majci i novorođenčetu - detetu (Molimo da zabeležite pružene usluge u dečijoj svesci)	Da	Ne	
Saveti za zbrinjavanje deteta			
Savetovanje o dojenju			
Savetovanje o roditeljstvu - rani razvoj deteta (čitanje i brojanje za decu, igre itd.)			
Procena zdravstvenog stanja deteta			
Procena rasta i razvoja			
Saveti o važnosti vakcinacije			
Saveti o ishrani i bezbednosti hrane			
Savetovanje za bezbednije okruženje za decu (prevencija nesreća)			

Ostale informacije o detetu (molimo opišite – navedite ukratko na osnovu vodiča)	
Procena psihofizičkog razvoja	
Potencijalni rizik – zlostavljanje ili zanemarivanje dece	
Porodični problemi	
III. UPUĆIVANJA	
Upućivanja: ☐ Hitni slučajevi ☐ Slučajevi koji nisu hitni	
Mesto upućivanja:	Razlog upućivanja:
IV. OSTALE INFORMACIJE I KOMENTARI (Vakcinacija po kalendaru; pušenje dok je majka bila trudna; problemi odmah nakon porođaja, itd. - vidi vodič)	
Kućni posetilac je primljen od porodice:	
Datum sledeće posete:	
Članovi porodice prisutni tokom posete:	BR. Potpis:
Ime zdravstvenog radnika koji je bio prisutan tokom posete:	Potpis:
Ime i prezime porodičnog lekara	Potpis:



41. KUĆNE POSETE PORODILJAMA

Cilj: ove procedure je obavljanje jedinstvene i bezbedne kućne posete trudnici.

Babine ili post porođajni period (puerperijum) je razdoblje koji počinje nakon rođenja deteta i traje oko šest nedelja (post porođajni razdoblje). Nega trudnice u post porođajnom periodu počinje prvom kućnom posetom, procenom i nastavlja se planiranjem i sprovođenjem mera za unapređenje i zaštitu zdravlja. Osnovni zadaci medicinske sestre/tehničara su kontrola i praćenje fizioloških dešavanja kod porodilje i otkrivanje mogućih patoloških promena.

Po najavi porođajskog odsustva, medicinska sestra/tehničar vrši kućnu negu kod porodilje u roku od 24 – 48 časova. Tokom posete, medicinska sestra/tehničar mora svojim veštinama, stručnošću i komunikacijskom kompetencijom stvoriti osećaj poverenja kod porodice porodilje.

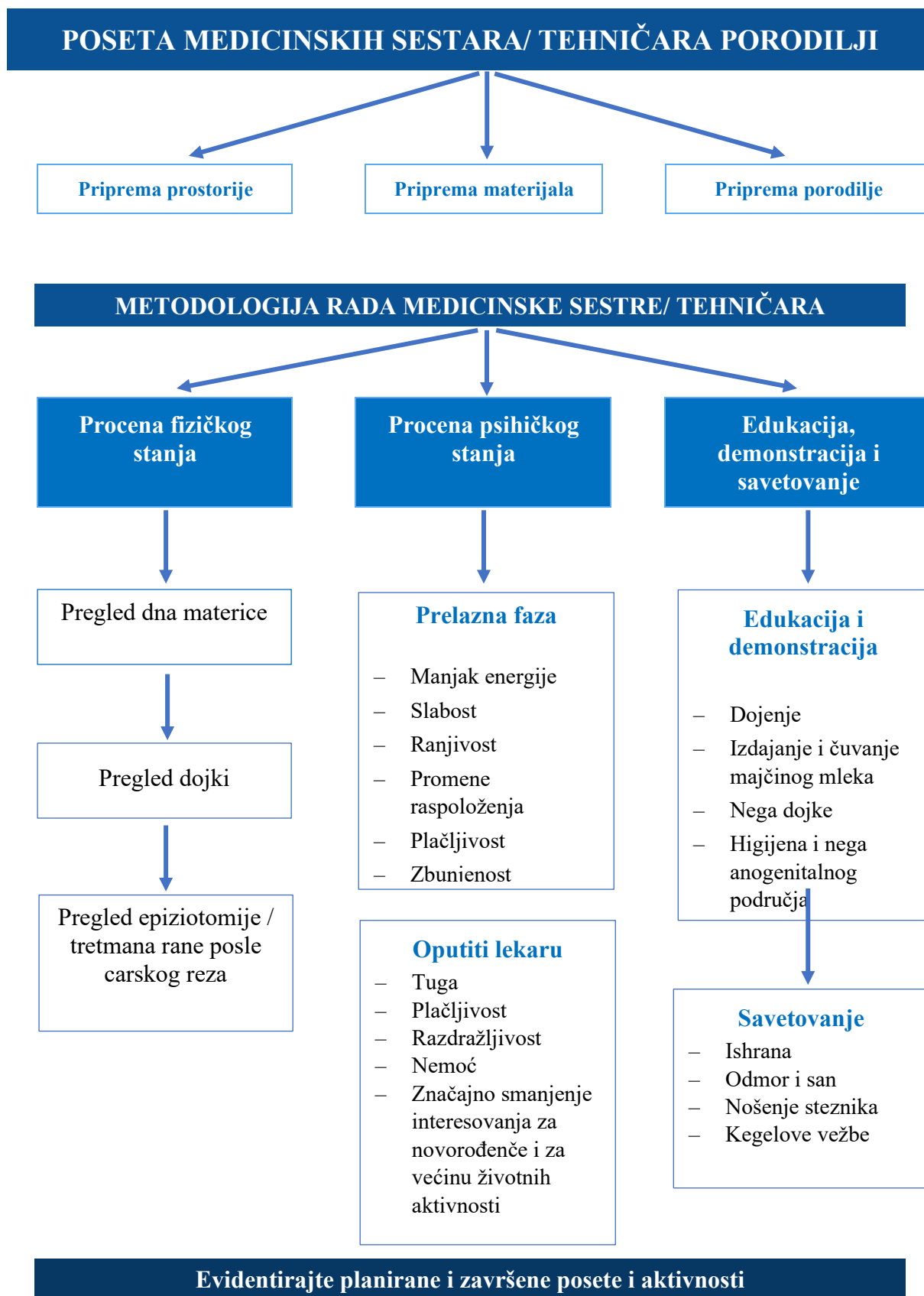
PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije prilikom posete porodilji i priprema materijala	1. Predstavi se. 2. Identifikujte porodilju. 3. Objasnite razlog posete. 4. Prostorija u kojoj se nalazi porodilja treba da bude osvetljena, provetrena i topla (sobna temperatura oko 24 °C). 5. Osigurajte privatnost tokom posete kućne nege (ako nekoliko osoba u to vreme boravi kod kuće). 6. Uzmite anamnezu (koliko je trajala trudnoća, da li je tokom trudnoće koristila neke lekove, da li je pohađala kurseve psihofizičke pripreme za trudnice, kako je protekao porođaj, osnovne informacije iz otpusnice). 7. Operite ruke i počnite sa ispitivanjem porodilje. Potreban materijal – torba: 8. Rukavice za jednokratnu upotrebu. 9. Maska za lice. 10. Sredstvo za dezinfekciju ruku. 11. Materijal i pribor za obradu rane. 12. Termometar. 13. Aparat za merenje krvnog pritiska. 14. Glukometer. 15. Potrebna dokumentacija. 16. Pisani promotivno-preventivni materijal.

[II]	Pregled, procena i savetovanje porodilje za negu dojke i dojenja	1. Pregled dojki – sledite „Postupak za pregled dojki porodilje“. 2. Dojenje. 3. Pomozite porodilji da se namesti u udoban položaj, pokažite joj moguće položaje za dojenje. 4. Proverite ukoliko je novorođenče dobro postavljeno na dojkju i ukoliko pravilno uzimalo/obuhvatilo bradavicu. 5. Pratite znake uspešnog dojenja. 6. Strpljivo ispravljajte greške, dozvolite porodilji i članovima porodice da postavljaju pitanja. 7. Pomozite i pokažite načine za izdvajanja majčinog mleka. 8. U slučaju prestanka majčinog mleka, preporučljivo je staviti tople obloge 15 – 20 minuta pre dojenja. 9. Pomozite porodilji da reši probleme sa bradavicama (ispucanja bradavica). 10. Objasnite da dojenju decu treba hraniti na zahtev onoliko često koliko im je potrebno, 11. Objasnite da upotreba flašice i dodavanje bilo koje tečnosti može loše uticati na dojenje.
[III]	Pregled visine fundusa, pregled epiziotomije i previjanje rane posle carskog reza	1. Drugog dana nakon poroda, dno materice nalazi se u visini pupka. 2. Petog dana dno materice se nalazi između pupka i simfize a desetog dana u visini simfize. 3. Epiziotomija je ginekološki hirurški rez u perineumu, koji olakšava prolazak novorođenčeta kroz porođajni kanal i sprečava pucanje ili rupturu vagine. 4. Naglasite porodilji da pranje anogenitalnog područja nakon svake eliminacije telesnih otpada (urina i stolice) sprečava infekciju epiziotomije i omogućava brže zarastanje rane. 5. Savetujte porodilji da održava higijenu tuširanjem mlakom vodom i nikako kupanje u kadi. Koristite neutralna pH sredstva za pranje (sapun) koja ne nadražuju kožu. 6. Porodilji preporučiti upotrebu jastuka, čaršava i higijenskih navlaka sa prirodnim vlaknima i njihovu redovnu promenu. 7. Savetujte porodilji da što manje leži zbog pritiska na ranu. 8. U slučaju jakih bolova, otekline i crvenila u predelu epiziotomije, povišene telesne temperature, uputiti porodilju da se konsultuje sa nadležnim lekarom.

		Previjanje rane posle carskog reza - Postavite porođilju u odgovarajući položaj. - Oslobodite donji deo trbuha od odeće. - Operi ruke. - Stavite sterilne rukavice, pažljivo uklonite flaster i gazu sa rane. - Pogledajte ukoliko je rana crvena, upaljena ili vlažna. - Zavijte suvu ranu sterilnom gazom. - U slučaju bilo kakvih patoloških promena na rani, porođilju uputiti nadležnom lekaru.
[IV]	Saveti za ishranu porođilje	- Ishrana porođilje treba da se zasniva na širokom izboru hrane koja je neophodna da bi se zadovoljile dnevne potrebe porođilje i novorođenčeta. - Namirnice koje sadrže kiseline (konzervirano voće i povrće), dimljeni proizvodi, gazirana pića ili prevelike količine slatkiša mogu izazvati poremećaje u sistem varenja i stolici porođilje i mogu izazvati grčeve kod novorođenčadi preko majčinog mleka. - Savetujte porođilju o dovoljnom unosu tečnosti. - Savetujte porođilju da ima dovoljno sna, odmora i podrške porodice. - Savetujte porođilju da nosi steznike čak i nakon reza. - Savetujte trudnicu da radi Kegelove vežbe. - Upozorite porođilju da ne koristi tampone najmanje 6 nedelja nakon porođaja.
[V]	Tuga i depresija nakon porođaja	- Tuga se javlja između 2. i 5. dana nakon porođaja i traje do jednog (1) meseca. - Ovo stanje je, pored psihičkog stresa usled porođaja, pod velikim uticajem hormonalnih promena, umora, neispavanosti, bolova i drugih problema majke i bebe. - Glavne karakteristike tuge nakon porođaja su: mala energija, slabost, ranjivost, promene raspoloženja, plačljivost i zbunjenost. - Važno je napomenuti da je ovo prolazno stanje i ne zahteva medicinski tretman jer će proći za nekoliko dana. - Porođilji je potrebno nekoliko dana odmora, pomoći i podrške porodice i zajednice.

		6. Depresija nakon porođaja je patološki poremećaj koji se javlja kod žena nakon porođaja i manifestuje se simptomima tuge, plačljivosti, razdražljivosti i bespomoćnosti značajnim smanjenjem interesovanja za novorođenče i većinu životnih aktivnosti. 7. Ako se pojavljuju simptomi depresije nakon porođaja kod porodilje treba što pre uputiti nadležnom lekaru.
[VI]	Dokumentovanje	Nakon obavljene kućne posete porodilji, evidentirati u postojećoj dokumentaciji ustanove: 1. Opšte podatke o porodilji. 2. Datum i vreme kućne posete. 3. Izvedene aktivnosti. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila posetu.



42. KUĆNI PREGLED DOJKE U POSTNATALNOM PERIODU

Cilj: ove procedure je da se jedinstveno i bezbedno vrši pregled dojke porodilje.

Pregled dojke porodilje obavlja medicinska sestra/tehničar tokom posete kućne nege. Medicinska sestra/tehničar pruža podršku majkama koje počinju i nastavljaju sa dojenjem, pružajući informacije, savete, pregled dojki, praćenje procesa dojenja kao i predloge za rešavanje problema dojenja. Pregled dojki kod porodilja se vrši radi procene stanja tkiva žlezde i eventualnih patoloških promena.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema porodilje i prostorije	1. Identifikujte porodilju, objasnite postupak pregleda i sačekajte njenu saradnju. 2. Pregled dojki treba obaviti nakon dojenja, kada su dojke prazne. 3. Trudnica treba da ostane u sedećem, stojećem ili ležećem položaju. 4. Prostorija treba da bude osvetljena, provetrena i topla. 5. Osigurajte privatnost porodilje. 6. Medicinska sestra/tehničar treba da opere ruke mlakom vodom sa sapunom i zagreje ih.
[II]	Pregled dojke porodilje	1. Uzmite detaljnu anamnezu (datum rođenja, broj dojenja, kako se beba stavlja na dojku, trajanje dojenja, način hranjenja/ishrana porodilje, prethodne bolesti porodilje i njeno opšte stanje). 2. Operite ili dezinfikujte ruke i zagrejte ruke trljanjem.
		1. Pregledom dojki utvrditi njihov oblik, simetriju, deformacije, boju, izgled vena, otok, crvenilo, stanje bradavica. 2. Povećanje i oteklina dojke nastaje kada se proizvodnja mleka poveća, obično 3-4 dana, koža dojke je zategnuta, providna i sjajna, bolna. Kao ishod, porodilja može imati: 3. Blago povišenu temperaturu. 4. Ispucale bradavice – pukotine na koži bradavica.

[III]	Vizuelni pregled dojke	5. Blister (začepljeni mlečni kanali u bradavici) bele, bistre, žute i/ili crvene boje. 6. Povučene ili ravne bradavice – ozbiljan problem dojenja. 7. Gljivična infekcija bradavica i aureole – često povezana sa oralnom infekcijom bebe (sjajne aureole, moguće ljuskave bradavice). 8. Ispucale bradavice – povezane sa poremećajima u krvotok. 9. Začepljeni kanali majčinog mleka – usled nakupljanja mleka u alveolama – mogu biti lokalizovani ili generalizovani, temperatura i puls se povećavaju, groznica, pojavljuju se bolne i crvene fleke na dojci. 10. Mastitis – upala tkiva dojke (crveno, otečeno, bolno, jednostrano ili obostrano). 11. Absces dojke – posledica loše lečenog mastitisa (apsces je lokalno zapaljensko oboljenje koje se može razviti u potkožnom tkivu dojke).
[IV]	Ručni pregled dojke	1. Ručni pregled dojke se obavlja sa obe ruke kako bi se procenila proizvodnja mleka i uključuje pregled i dojki i bradavica. 2. Pregled dojki se obavlja kada je porodilja u sedećem ili stojećem položaju sa spuštenim rukama (oslonjenim na kukove) a zatim postavljenim preko glave i u ležećem položaju (proceniti koji je položaj najbolji za porodilju). 3. Ležeći položaj porodilje je najpovoljniji za pregled, jer omogućava da se tkivo dojke „širi“ preko zida grudnog koša, smanjuje se visina tkiva dojke, što olakšava pregled, posebno kada su dojke obimne i hipertrofične. 4. Pažljivo/nežno obavite pregled. 5. Nakon pregleda dojke, medicinska sestra/tehničar pomaže porodilji da se obuče. 6. Operite i osušite ruke. Slika br. 23 – Ručni pregled dojke

[V]	Savetovanje porodilje	1. Pre i posle dojenja, operite bradavice mlakom vodom i osušite ih. 2. Ako novorođenče nije ispraznilo dojku, iscedite mleko ručno ili koristite pumpu za dojke. 3. Nosite grudnjak odgovarajuće veličine/ koji ne steže.
[VI]	Dokumentovanje	Nakon obavljene kućne posete porodilji, evidentirati u postojećoj dokumentaciji ustanove: 1. Opšte podatke o porodilji. 2. Datum i vreme kućne posete. 3. Izvedene aktivnosti. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila posetu.

43. KUĆNE POSETE PACIJENTIMA SA HRONIČNIM BOLESTIMA

Cilj: ove procedure je da se pacijentu sa hroničnom bolešću na bezbedno i jedinstveno vrši poseta i nege medicinske sestre/tehničara u kući.

Pacijenti sa hroničnim bolestima koji najčešće primaju negu medicinskih sestara boluju od dijabetesa, hipertenzije, alkoholizma, infarkta miokarda, cerebro-vaskularnih bolesti, bolesti bubrega, hroničnih respiratornih bolesti, malignih bolesti, bolesti mišićno-koštanog sistema, mentalnih poremećaja itd.

Prva poseta medicinske sestre/tehničara hroničnom bolesniku se vrši na osnovu naloga kod porodičnog lekara i svaka naredna poseta po proceni medicinske sestre/tehničara.

Posetu treba planirati i organizovati u pogodno vreme i za pacijenta i za medicinsku sestru/tehničara. Broj poseta zavisi od vrste i stadijuma bolesti.

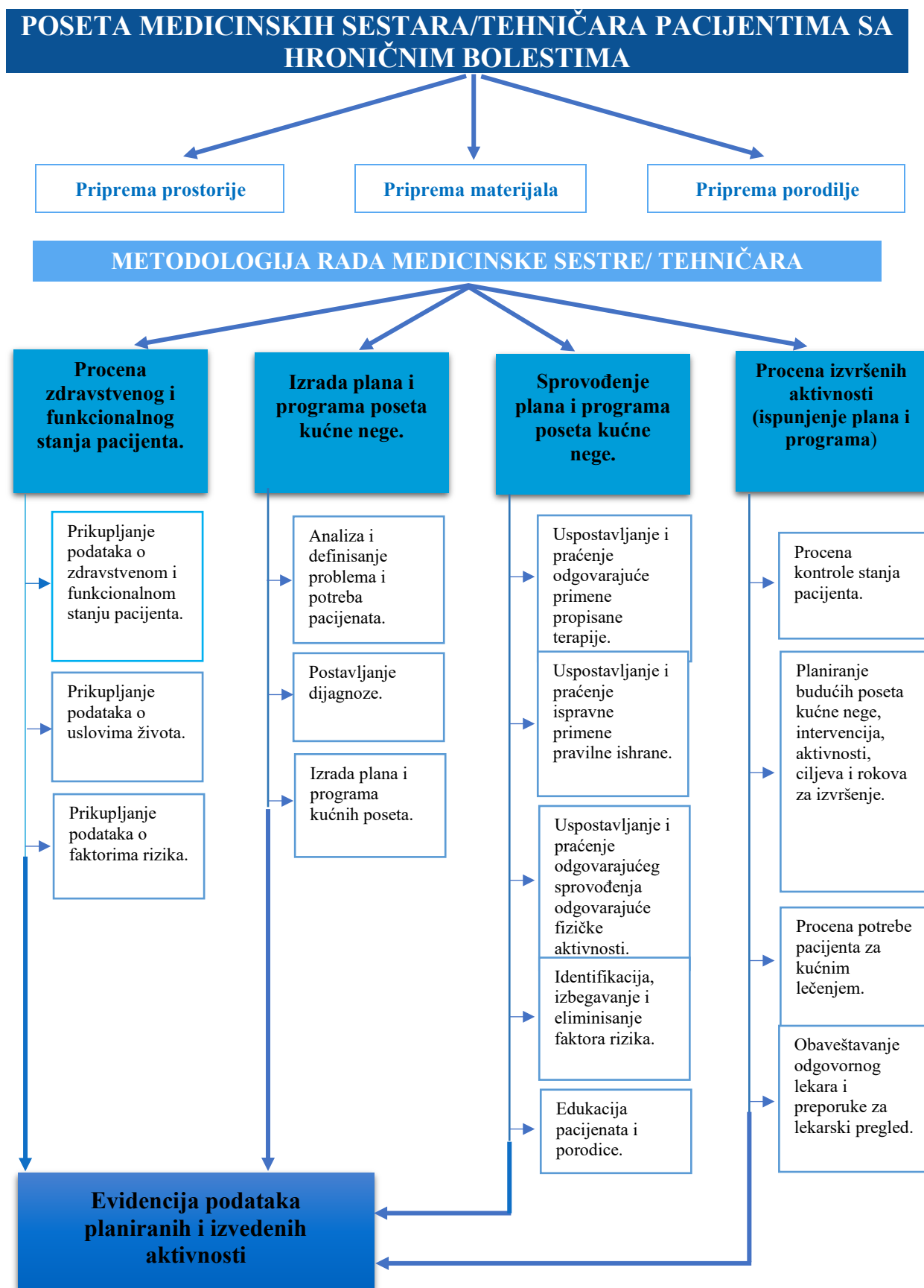
PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Priprema prostorije, materijala, pacijenata i aktivnosti nege	1. Prostorija treba da bude osvetljena, provetrena i ugodne temperature. 2. Ponesite standardizovanu torbu medicinske sestre/tehničara sa komplet sadržajem. 3. Predstavite se i pokažite svoju radnu legitimaciju. 4. Identifikujte pacijenta. 5. Objasnite razloge kućne posete. 6. Osigurajte privatnost pacijenata. 7. Upoznajte se sa zdravstvenim stanjem pacijenta. 8. Uzmite podatke iz anamneze. 9. Pogledajte opšte životne uslove pacijenta. 10. Proverite znanje, stavove i prakse o bolesti. 11. Aktivnosti zdravstvene edukacije. 12. Pružanje pomoći u saradnji sa članovima porodice. 13. Unošenje podataka u zdravstveni karton.
[II]	Procena zdravstvenog i funkcionalnog stanja pacijenta	1. Prikupiti detaljne podatke o zdravstvenom stanju pacijenta, uslovima života i faktorima rizika pri prvoj kućnoj poseti. 2. Prikupiti podatke iz medicinske dokumentacije pacijenta u ustanovi/timu gde je pacijent prijavljen i u kući pacijenta – intervjuisanjem pacijenta i njegove porodice, posmatranjem pacijenta (kontrola).

		3. Prikupljenim podacima utvrđuje se anamneza (iz podataka o fizičkom, psihičkom i socio-ekonomskom smislu, zdravstvenom stanju u prošlosti i sadašnjosti i ponašanju pacijenta).
[III]	Planiranje plana i programa kućnih poseta	1. Analizirajte i identifikujte probleme i potrebe pacijenata. 2. Postavite dijagnozu. 3. Napravite plan i program poseta kućne nege. 4. Definišite intervencije, aktivnosti, ciljeve i rokove za sprovođenje zdravstvene zaštite. 5. Ove aktivnosti treba sprovoditi zajedno sa pacijentom i njegovom porodicom, naglašavajući važnost njihovog učešća u određivanju, prihvatanju i sprovođenju gore navedenih aktivnosti.
[IV]	Realizacija plana i programa kućnih poseta.	Primena (propisane) terapije: 1. Proverite ispravnost uzimanja lekova. 2. Edukujte pacijenta i članove porodice o neophodnosti uzimanja lekova koje je propisao lekar. 3. Osigurati pisane informacije/materijale o bolesti, terapiji, komplikacijama terapije. 4. Proveriti redovno sprovođenje dijagnostičkih i terapijskih kontrola. Hrana/ishrana (zajedno sa pacijentom i porodicom): 5. Napravite plan ishrane. 6. Pomozite u planiranju dnevnog jelovnika. 7. Pokažite način pripreme hrane (kuvanje, spremanje, pečenje u foliji ili slično). 8. Pokažite važnost uzimanja odgovarajuće hrane za određenu bolest. 9. Savetovati o neželjenim efektima od upotrebe alkoholnih pića, veštačkih šećera, soli. 10. Obezbedite i dajte edukativne informacije/pisani materijal. Fizička (planirana i umerena) aktivnost 11. Planirati kako bi se doprinelo, održavalo i povećavalo funkcionalnost i sposobnosti. 12. Bavljenje fizičkom aktivnošću treba prilagoditi aktivnostima, sposobnostima i potrebama pacijenta. Faktori rizika (pad kod kuće, kompliciranje bolesti):

		13. Savetovati pacijenta/članove porodice o načinima da se eliminišu/smanje faktori rizika životne sredine za bezbednost pacijenta kao što su loše osvetljenje, nered, klizavi podovi, stepenice itd. 14. Savetovati pacijenta/članove porodice o načinima za eliminisanje/smanjenje faktora rizika za zdravstvenu bezbednost pacijenta kao što su pušenje, alkohol, loša ishrana, neodgovarajuća i neprikladna fizička aktivnost. 15. Edukovati pacijenta/članove porodice o uzrocima, prepoznavanju i toku komplikacija kako bi se sprečile štetne posledice po zdravlje i stanje pacijenta. Edukacija (kada sprovodite edukaciju pacijenata, procenite vrstu, način i količinu informacija koje pacijent može da razume): 16. Proverite koliko je pacijent usvojio i koliko dobro koristi primljene informacije. 17. Za pacijenta i članove porodice treba obaviti edukaciju, savetovanje i informisanje u vezi sa: 18. Bolestima, metodama lečenja, razlozima za sprovođenje određenih dijagnostičkih i terapijskih postupaka. 19. Davanjem samostalno (svih) lekova (doza, vreme i sl.), sa ciljem razumevanja i prihvatanja terapijskih mera i postupaka. 20. Sticanjem veština samostalnog zbrinjavanja kao što su merenje temperature, pulsa, vrednosti šećera u krvi i urinu, krvnog pritiska, uočavanje edema, promena boje kože, upravljanje samostalnog zbrinjavanja, čitanja i tumačenja rezultata. 21. Prepoznavanjem simptoma i samopomoć u uslovima poremećaja vrednosti šećera u krvi, arterijskog pritiska, temperature. 22. Komplikacijama bolesti i neželjenim efektima terapije (Da se pacijentu omogući blagovremeno prepoznavanje i lečenje od strane odgovornog lekara u slučaju neželjenih efekata). 23. Redovnim pregledom i kontrolom kod nadležnog lekara. 24. Značajem lične, oralne i higijene životne sredine. 25. Načinom izbegavanja nepotrebnog i preteranog stresa. 26. Potrebom da se bavi nekim hobiem u kome se pacijent opušta i oseća zadovoljnije.
--	--	--

		27. Pravom na određene oblike zdravstvene i socijalne pomoći (ortopedski materijal, pribor za negu, pomoć za negu i dr.). 28. Upoznajte, preporučite i podstaknite pacijenta na uspostavljanje komunikacije, saradnje, učešća i članstva u radu udruženja, klubova i drugih društvenih službi i ustanova.
[V]	Ponovna procena sprovedenih aktivnosti i ispunjenosti plana i programa	1. Proveriti stanje pacijenta po svim parametrima i utvrditi rezultate sprovođenja dogovorenih i odobrenih mera, intervencija i aktivnosti, odnosno doprinos preduzetih mera za održavanje, poboljšanje ili sprečavanje pogoršanja stanja pacijenta. 2. Na osnovu procene pacijenata, planirajte dalje posete kućne nege – intervencije, aktivnosti, ciljevi i rokovi izvršavanja. 3. Procenite potrebu pacijenata za kućnim tretmanom. 4. Nakon što pacijent preuzme kontrolu nad svojom bolešću, posete medicinske sestre/tehničara postaju sve ređe i služe za proveru stečenih znanja i veština i procenu zdravstvenog i funkcionalnog stanja pacijenta. 5. Sve veće promene u vezi sa kontrolom bolesti moraju se prijaviti nadležnom lekaru a pacijentu se preporučuje poseta porodičnom lekaru.
[VI]	Dokumentovanje	Prilikom kućne posete morate evidentirati obavljene aktivnosti u zdravstvenom kartonu. Po povratku u ustanovu u postojeću i važeću dokumentaciju ustanove evidentirati: 1. Opšte podatke o pacijentu. 2. Datum i vreme posete kućne nege. 3. Izvedene aktivnosti. 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je obavila posetu.



44. PROCENA RIZIKA I PREVENTIVNE MERE OD DEKUBITALNOG ČIRA

Cilj: ove procedure je da se obezbedi jedinstven i bezbedan pristup svakom pacijentu koji je u opasnosti od dekubitalnog čira.

Najčešća dijagnoza za dugo ležeće pacijente je „Rizik od dekubitalnog čira“. Dekubitalni čir je lokalizovana oštećenje kože sa ili bez oštećenja potkožnog tkiva, u različitom stepenu, kao posledica produženog pritiska ili kombinacije pritiska, smicanja i/ili trenja. Obično je to pritisak tela na podlogu, ali svaki drugi produženi pritisak takođe može izazvati dekubitalne čireve. Zbog pritiska dolazi do slabljenja cirkulacije, a samim tim i smanjenja unosa kiseonika i hranljivih materija pa koža prvo postaje crvena, zatim bleđa ili ljubičasto-plava a zatim smeđa, tvrda i bezbolna (nekrotična) a na kraju nastaje čir. Ovaj postupak određuje način procene rizika za formiranje dekubitalnog čira kao i preventivne mere.

Medicinska sestra/tehničar tokom kućne posete svim nepokretnim ili slabo pokretnim pacijentima vrši procenu rizika od dekubitalnog čira. Važno je prepoznati rane znakove i na vreme preduzeti odgovarajuće preventivne mere.

Da li će se pacijentu razviti dekubitalni čir zavisi od niza faktora koji doprinose njegovom nastanku. Unutrašnji faktori: motorni deficit, nepokretnost, senzorni deficit, poremećaj svesti, urinarna i fekalna inkontinencija, poremećaj u ishrani (nedostatak proteina i vitamina), neuhranjenost, anemija, kardiovaskularne bolesti, oboljenja CNS-a, dehidracija, koštana izbočenja, oslabljena perfuzija. Spoljni faktori: pritisak, trenje, prekomerna vlažnost ili suvoća kože, hladnoća, vrućina, hemijski agensi, zračenje, neodgovarajući ležaj, imobilizatori, nazalna sonda.

Postoji nekoliko skala za procenu rizika od širenja dekubitalnog čira (Braden, Norton, Knoll). Prvi korak u prevenciji dekubitalnog čira je da se identifikuje pacijent sa rizikom od razvoja dekubitalnog čira.

PROCEDURA

Br.	KORAK	POD-KORACI
[1]	Procena rizika (Prilog 18)	1. Procena rizika prema Braden skali (instrument za procenu rizika od dekubitalnog čira). 2. Unesite podatke o pacijentu u formular i procenite svaki podatak. 3. Zbir bodova na skali određuje rizik od nastanka dekubitalnog čira. 4. Raspon bodova se kreće od 6 do 23. 5. Manji broj bodova predstavlja veći stepen rizika za formiranje dekubitalnog čira.

		6. Nakon procene na Braden skali, svakom pacijentu sa 18 ili manje bodova potrebne su mere za sprečavanje dekubitalnog čira. 7. Važno – uvek procenite pacijenta po istoj skali.																														
[II]	Mere opreza i priprema pacijenta	1. Pregled kože treba da bude svakodnevno za osetljive delove tela sa istaknutim koštanim elementima izloženim pritisku i/ili trenju i/ili prisutnoj vlazi. 2. Pregled obavlja medicinska sestra/tehničar pri svakoj poseti. 3. Objasnite pacijentu (porodicu/ negovatelju) svrhu i postupak pregleda kože i zamolite ga za saradnju. 4. Skinite odeću sa delova tela koji se procenjuju. 5. Inspekcijom palpacijom i pritiskom prsta proceniti stanje kože na osetljivim delovima tela kako bi se tokom vremena uočile i pratile eventualne promene. Tabela br. 3 - Klasifikacija promena sa aktivnostima kod dekubitalnog čira <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pregledom je moguće posmatrati</th><th>Klasifikacija promena</th><th>Aktivnosti</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Crvenilo koje bleđi pritiskom</td><td>Nivo I</td><td>Preventivne mere + praćenje + edukacija</td></tr> <tr> <td>Crvenilo koje ne bleđi pritiskom</td><td>Nivo I</td><td>Preventivne mere + praćenje + edukacija</td></tr> <tr> <td>Bledilo kože – obezbojavanje</td><td>Nivo I</td><td>Preventivne mere + praćenje + edukacija</td></tr> <tr> <td>Lokalizovani edem + crvenilo</td><td>Nivo II</td><td>Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere</td></tr> <tr> <td>Plikovi, erozije + crvenilo + toplota</td><td>Nivo II</td><td>Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere</td></tr> <tr> <td>Otvrdnuće/ očvršćavanje (otpornost)</td><td>Nivo III</td><td>Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere</td></tr> <tr> <td>Rana koja zahvata sve slojeve kože, sa ili bez nekroze</td><td>Nivo III</td><td>Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere</td></tr> <tr> <td>Rane sa destruktivnim procesima koji zahvata mišiće i kosti</td><td>Nivo IV</td><td>Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere</td></tr> <tr> <td>Izuzetno duboki po život opasni defekti svih slojeva tkiva sa prisutnim infekcijama i nekrozom.</td><td>Nivo V</td><td>Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere</td></tr> </tbody> </table> 6. Uočene promene (vrsta, klasifikacija i lokacija) evidentirati u zdravstveni karton i obavestiti nadležnog lekara.	Pregledom je moguće posmatrati	Klasifikacija promena	Aktivnosti	Crvenilo koje bleđi pritiskom	Nivo I	Preventivne mere + praćenje + edukacija	Crvenilo koje ne bleđi pritiskom	Nivo I	Preventivne mere + praćenje + edukacija	Bledilo kože – obezbojavanje	Nivo I	Preventivne mere + praćenje + edukacija	Lokalizovani edem + crvenilo	Nivo II	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere	Plikovi, erozije + crvenilo + toplota	Nivo II	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere	Otvrdnuće/ očvršćavanje (otpornost)	Nivo III	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere	Rana koja zahvata sve slojeve kože, sa ili bez nekroze	Nivo III	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere	Rane sa destruktivnim procesima koji zahvata mišiće i kosti	Nivo IV	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere	Izuzetno duboki po život opasni defekti svih slojeva tkiva sa prisutnim infekcijama i nekrozom.	Nivo V	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere
Pregledom je moguće posmatrati	Klasifikacija promena	Aktivnosti																														
Crvenilo koje bleđi pritiskom	Nivo I	Preventivne mere + praćenje + edukacija																														
Crvenilo koje ne bleđi pritiskom	Nivo I	Preventivne mere + praćenje + edukacija																														
Bledilo kože – obezbojavanje	Nivo I	Preventivne mere + praćenje + edukacija																														
Lokalizovani edem + crvenilo	Nivo II	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere																														
Plikovi, erozije + crvenilo + toplota	Nivo II	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere																														
Otvrdnuće/ očvršćavanje (otpornost)	Nivo III	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere																														
Rana koja zahvata sve slojeve kože, sa ili bez nekroze	Nivo III	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere																														
Rane sa destruktivnim procesima koji zahvata mišiće i kosti	Nivo IV	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere																														
Izuzetno duboki po život opasni defekti svih slojeva tkiva sa prisutnim infekcijama i nekrozom.	Nivo V	Obavestite lekara + lečenje + preventivne mere																														

		7. Edukovati članove porodice/staratelje o važnosti i načinu ispitivanja osetljivih/opasnih područja. 8. Savetovati članove porodice/staratelja za svakodnevni pregled osetljivih/opasnih područja.
[III]	Promena položaja, pozicioniranje i repozicioniranje	1. Ograničite vreme provedeno u jednom položaju na period do dva (2) sata. 2. Prilikom promene položaja pacijenta savetovati podizanje, a ne povlačenje (demonstrirati). 3. Smanjite pritisak na koštane izbočine tela (područja kosti koja su blizu površine kože) i izbegavati postavljanje pacijenta na već postojeći dekubitalni čir. 4. Uputiti pacijenta da, ako je moguće, samostalno ili delimično promeni položaj kada sedi ili leži, ili da prebacuje težište tela sa jedne na drugu stranu. 5. Ne podižite povišeni deo kreveta za više od 30°, jer pritisak raste i koža na trtičnoj kosti počinje da se savija (izbegavati Faulerov položaj).
[IV]	Pribor naslonjače i	1. Pribor se koristi za specijalnu raspodelu pritiska na potporne tačke tela (antidekubitusni dušeci, jastuci i navlake za duške od pene). 2. Kao krajnu podršku, koristite peškir, mali jastuk itd. i naizmenično postavite oslonce ispod ramena, bokova, peta itd. 3. Kada leži na boku stavite jastuk između kolena, iza leđa i ispod peta. 4. Kada leži na leđa, stavite jastuk ispod peta, laktova i ramena.  Slika br. 24 - Postavljanje naslonjače
[V]	Higijena, ishrana i hidratacija	1. Oprati kožu vodom i tečnim sapunom, dobro osušite kožu mekim peškirom (bez trljanja), koristite hidratantna sredstva za negu neoštećene kože. 2. Sprečite maceraciju (vlažnost) kože redovnim menjanjem pelena.

		3. Nemojte koristiti puder. 4. Masaža kože preko koštanih delova je kontraindиковano. 5. Redovno menjajte posteljinu koja treba da bude zategnuta i bez nabora. 6. U krevetu ne treba biti stranih predmeta (olovke, novčići, papiri, mrvica). 7. Preporučite hranu bogatu proteinima, vitaminima C i A, kao i elementima sa tragovima cinka (ako nije kontraindиковana). 8. Konzumirajte dovoljno tečnosti.
[VI]	Dokumentovanje	U medicinskom kartonu zdravstvene zaštite evidentirajte aktivnosti koje ste obavljali tokom kućne posete, a zatim u postojeću i važeću dokumentaciju ustanove: 1. Opšte informacije o pacijentu. 2. Datum i vreme pružanja usluge. 3. Vrsta usluge (procena rizika od nastanka dekubitalnog čira, demonstracija postupka repozicioniranja, obučavanje pacijenta/staratelja o preventivnim merama). 4. Potpis medicinske sestre/tehničara koja je pružila uslugu.

Dodatak 18 – Obrazac za procenu rizika od dekubitalnog čira

Ime i prezime pacijenta: _____

Datum posete: _____

I poseta II poseta III poseta

BRADENOVA SKALA ZA PROCENU RIZIKA OD PRITISNE RANE / DEKUBITALNOG ČIRA							Poeni tokom posete:		
							I	II	III
I	SENZORNA PERCEPCIJA	1 Kompletno ograničena Ne reaguje na podražaje, ograničen osećaj bola na većem delu tela.	2 Jako ograničena Reaguje na bolni podražaj. Reaguje jaukom i nemirom, ili zbog oštećenja ima smanjenu sposobnost osećaja	3 Lako ograničena Reaguje na verbalne podražaje, ali ne može iskazati potrebu da se okrene i reaguje.	4 Bez oštećenja Reaguje na verbalne podražaje. Nisu prisutna oštećenja, može iskazati bol i nelagodnost.		1	1	1
II	VLAŽNOST	1 Koža stalno vlažna Stalno prisutna. Primećuje se pri svakom okretanju pacijenta.	2 Koža vrlo vlažna Često, ali ne uvek.	3 Koža povremeno vlažna Posteljina je potrebno menjati jednom u toku dana.	4 Koža je retko vlažna Koža je obično suva. Posteljina se rutinski menja.		1	1	1
III	AKTIVNOSTI	1 U postelji Pacijent je stalno u postelji.	2 Kada sedi Hodanje je ograničeno ili ne može da hoda.	3 Povremeno hoda U toku dana, na kratko, sa ili bez pomoći. Provodi deo smene u postelji ili stolici.	4 Često hoda Barem dva puta izvan sobe u toku smene. Po sobi šeta barem 2 sata tokom dana.		1	1	1
IV	POKRETLJIVOST	1 Potpuno nepokretan Ne menja položaj tela niti ekstremirate bez pomoći.	2 Vrlo ograničena Povremeno učini samo male promene položaja tela ili ekstremiteta.	3 Lako ograničena Pravi samostalno učestale male promene položaja.	4 Bez ograničenja Pravi samostalno velike i česte promene položaja.		1	1	1
V	ISHRANA	1 Vrlo slaba Nikada ne pojede ceo obrok. Jede manje od dva obroka proteina, slab unos tečnosti, više od 5 dana na tečnoj dijeti ili infuziji.	2 Značajno neadekvatna Retko pojede pola obroka, dnevno unese tri obroka proteina, prima manje od dijete ili se hrani NG sondom.	3 Adekvatna Jede više od pola obroka.	4 Odlična Pojede većinu obroka i ne odbija, jede između obroka		1	1	1
VI	TRENJE	1 Prisutan problem Velika pomoć pri kretanju. Dizanje bez klizanja po postelji je nemoguće. Česta promena položaja. Spastičnost, agitiranost ili kontrakture dovode uvek do trenja.	2 Mogući problemi Malaksalost pri kretanju, zahteva pomoć. Tokom pokreta koža verovatno klizi po postelji, pri sedenju povremeno isklizne.	3 Nema problema U postelji i stolici. Samostalno se kreće i ustaje. Održava dobar položaj tela u postelji i na stolici.			1	1	1
Ukupno bodova:									

Potpis medicinske sestre/tehničara: _____

1. Datum: _____

2. Datum: _____

Izračunavanje rizika prema Bradenovoj skali:

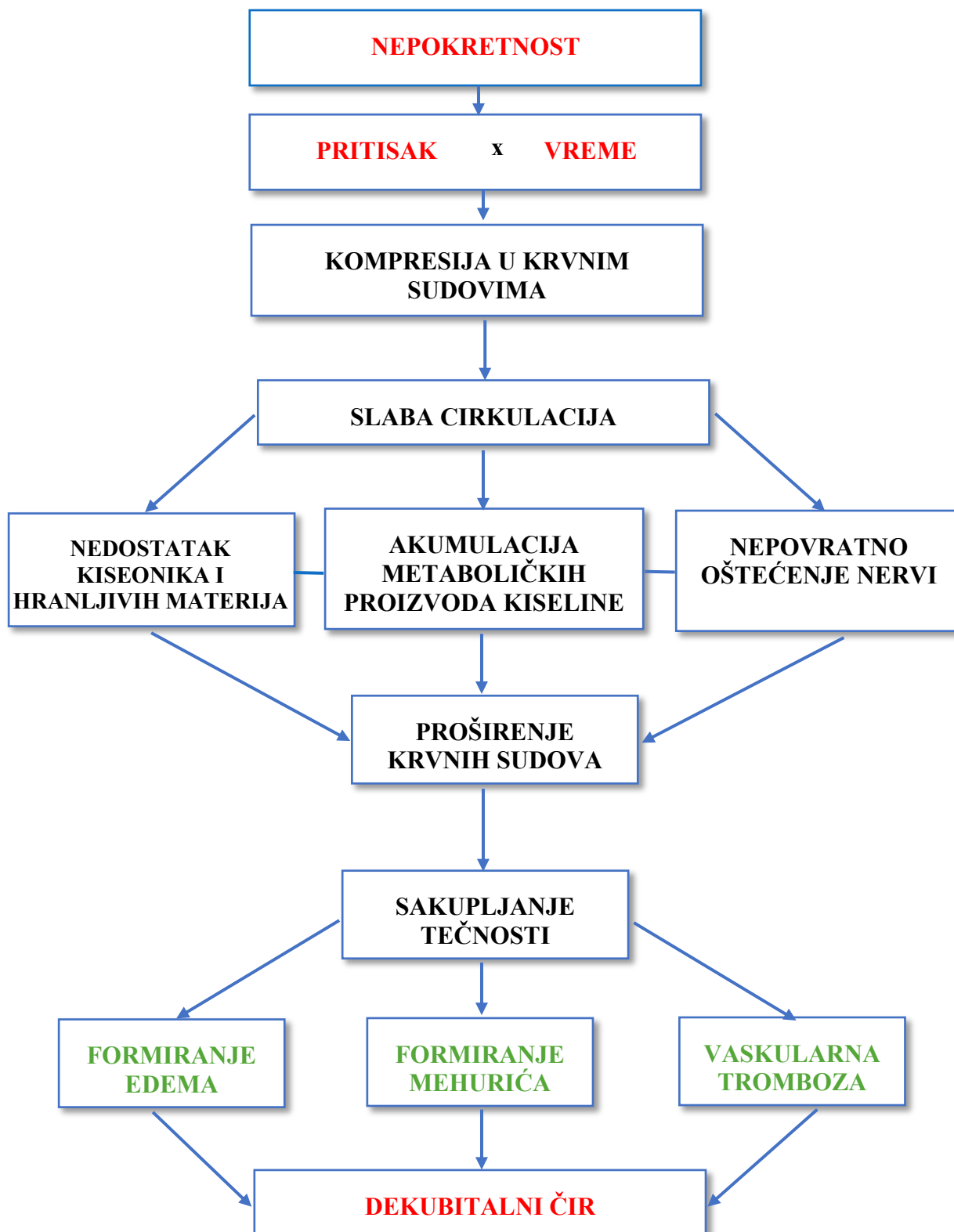
Bodovi / rezultat se kreće od 6 do 23

Bodovi u kategorijama I–VI se sabiru u konačni rezultat.

Manji broj bodova predstavlja viši nivo rizika od dekubitalnog čira

19 – 23	Nema rizika
15 - 18	Rizik je prisutan
13 – 14	Umereni rizik
10 - 12	Visok rizik
9 i manje	Veoma visok rizik

ALGORITAM FORMIRANJA DEKUBITALNOG ČIRA



45. KUĆNE POSETE PACIJENTIMA U TERMINALNOJ (PALIJATIVNOJ) FAZI BOLESTI

Cilj: ove procedure je da se bezbedno i jedinstveno odredi zbrinjavanje pacijenata koji su u terminalnoj fazi bolesti.

Prema SZO (2002), palijativno zbrinjavanje je puna aktivna nega za pacijente čija bolest ne reaguje na postupke lečenja. Svrha kućne posete medicinske sestre/tehničara u okviru multidisciplinarnog pristupa je pružanje palijativnog zbrinjavanja pacijenta kao i savetovanje članova porodice i negovatelja radi postizanja što boljeg kvaliteta života i dostojanstvene smrti pacijenta.

Posetu pacijentu u terminalnoj fazi bolesti vrši medicinska sestra/tehničar po nalogu lekara. Pre dolaska u kuću pacijenta, potrebno je obavestiti pacijenta (videti medicinsku dokumentaciju), dogovoriti vreme dolaska i pripremiti torbu za posetu kućnoj nezi.

PROCEDURA		
Br.	KORAK	POD-KORACI
[I]	Sadržaj torbe	1. Dijagnostička oprema (aparat za merenje krvnog pritiska, stetoskop, lampa za pregled zenice, termometar, glukometar sa pričvršćenim trakama, lopatica za jednokratnu upotrebu, 'airway' za disajne puteve). 2. Dodatni pribor za primenu lekova. 3. Standardni pribor za zaštitu od infekcija (rukavice, maske). 4. Pribor za tretman i previjanje rana (prema potrebi). 5. Oprema za aspiraciju (prema potrebi). 6. Komplet za kateterizaciju (prema potrebi). 7. Makaze. 8. Bubrežnjak. 9. Kutija za oštre predmete. 10. Kesa za infektivni otpad. 11. Obrasci (dokumentacija medicinske sestre/ tehničara). 12. U zavisnosti od indikacija za kućnu posetu, torba se može dopuniti lekovima i drugim dodatnim preparatima.
[II]	Procena i planiranje potreba za negom	1. Predstavite se i pokažite svoju radnu legitimaciju. 2. Identifikujte pacijenta i objasnite razlog posete. 3. Tokom uzimanja anamneze (intervjua), pacijentu treba dozvoliti da izrazi svoja osećanja, koja mogu imati uspon od besa do bespomoćnosti i straha.

		4. Odgovorite mu na sva pitanja što je moguće iskrenije. 5. Procenite vitalne znakove pacijenta. 6. Procenite stanja svesti pacijenta (prema Glasgovskoj skali kome). 7. Procenite pokretljivost (hodanje, stajanje, sedenje, ležanje, okretnost na krevet). 8. Procenite ishranu. 9. Procenite higijenske uslove. 10. Procenite eliminaciju (stolica, urin). 11. Procenite bol (nivo bola 1 - 10). 12. Procenite rizik od pada. 13. Procenite rizik od dekubitalnog čira. 14. Procenite podršku porodice.
[III]	Plan nege	1. Izradite plan nege u zavisnosti od procene i prioriteta. 2. Osigurajte pružanje zdravstvene zaštite. 3. Primena propisane terapije. 4. Preventivne postupke (dekubitalni čir, tvrda stolica itd.). 5. Savetovanje porodice ili negovatelja o načinu pružanja nege. 6. Pokažite razumevanje i pružite olakšanje/utehu porodici i bolesnom pacijentu pred smrti. 7. Dajte informacije o pravima u zdravstvenim i socijalnim službama. 8. Koordinacija između različitih službi i osoba (komšije, članovi porodice, socijalni radnici, verske zajednice, itd.). 9. Prilagođavanje okruženja stanju pacijenta. 10. Priprema porodice za žalost. 11. Vođenje evidencije sestrinstva.
[IV]	Sprovođenje	1. Sprovođenje planiranih aktivnosti (intervencija) treba da bude usmereno na otklanjanje simptoma, posebno bola, otežanog disanja i prepoznavanje simptoma i znakova stanja agonije.
[V]	Procenjivanje	1. Stalno procenjujte i prilagođavajte aktivnosti pacijentovom stanju.

[VI]	Dokumentovanje	Koristite zdravstveni karton da biste zabeležili aktivnosti koje ste obavljali tokom kućne posete i po povratku u ustanovu zabeležite u postojećoj medicinskoj dokumentaciji ustanove: 1. Opšte podatke o pacijentu. 2. Datum i vreme posete kućne nege. 3. Obavljene procedure. 4. Potpis medicinske sestre/ tehničara.
------	----------------	--

Literatura

1. Allendar J., Spradley B., (2001) 'Community Health Nursing: Concepts and Practice' Lippincott. Library number: 610.7343 – A432
2. Ausserhofer D., Novo A., Rakić S., Dropić E., Fišeković E., Sredić A. & Van Malderen, G., Standardi, vodiči i protokoli za zdravstvenu njegu u Bosni i Hercegovini – izvještaj o najboljoj praksi./Standards, Guides, and Protocols for Health Care in Bosnia and Herzegovina – a Report on Best Practice./ Final Report. Fami Foundation, Sarajevo, 2015.
3. Aziz A.M., Variations in aseptic technique and implications for infection control. British Journal of Nursing, 2009;18(1):26–31.
4. Begolli I. 2001 Edukimi Shëndetësor. Prishtinë
5. Bianchi J., Causes and strategies for moisture lesions. Nursing Times, 2012;108(5):20.
6. Cameron J., Exudate and care of periwound skin. Nursing Standard, 2004;19(7):62–68.
7. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council. 2005.
8. Directive 2013/55/EC of the European Parliament and of the Council. 2013.
9. Direktiva Saveta 2010/32/EU o sprovođenju okvirnog sporazuma za prevenciju oštih povreda u bolničkom i zdravstvenom sektoru koji su zaključili HOSPEEM i EPSU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/tkt/?uri=celeak:32010l0032>
10. Džino S., Krnić K., Katava Bašić A., Vodič za postpartalnu njegu majke i novorođenčeta. Ministry of Health of Canton Sarajevo, Institute for Scientific Research and Development of Clinical Center of the University of Sarajevo, Sarajevo, 2009.
11. ESCO - European Classification of Skills/Competences, Qualifications and Occupations. The first public release. A Europe 2020 initiative.
12. Ferreira AM., de Andrade D., Integrative review of the clean and sterile technique, agreement and disagreement in the execution of dressing. Acta Palulista de Enfermagem, 2008;21:117–21.
13. Flour M., The pathophysiology of vulnerable skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwide-wounds.com/2009/September/Flour/vulnerable-skin-1.html Date of access to information: 22.1.2013.
14. Forma unike e Procedurave Standarde Operative. 2018. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë

15. Grgurić B., Osnovni principi asepse i antiseptice. *Acta Med Croatica*, 2009;63(4):97-8.
16. Grubauer G., Feingold KR., Harris RM., Elias PM., Lipid content and lipid type as determinants of the epidermal permeability barrier. *Journal of Lipid Research*, 1989;30:89–96.
17. Grup Autorësh. Parimet e Mjekësisë së Përgjithshme. Tiranë, 2002
18. Guidë për diagnostikimin, klasifikimin dhe trajtimin e diabetit mellitus. 2019. Tiranë
19. Gvožđak M., Tomljanović B., Temeljni hitni medicinski postupci. Croatian Nurses Chamber, Croatian Institute of Emergency Medicine, Zagreb, 2011.
20. Hand hygiene - Standard operating procedure (sop) Nhs Greater Glasgow Infection Prevention and Control Service, January 2021
21. Hopitaux Universitaris Geneve. 2020. Carnet d’autocontrôle de glycémie (Knjižica za samokontrolu glikemije)
22. Huljev D., Gajić A., Triller C., Kecelj Leskovec N., Uloga debridmana u liječenju kroničnih rana. *Acta Medica Croatica*, 2013;66(1):79-84.
23. Hunter J., Intramuscular injection techniques. *Nursing Standard*, 2008, 22: 24, 35 –40.
24. Infant Feeding Guidelines. National Health and Medical Research Council. Australia, 2012.
25. Infection prevention and control. 2022. Standard Operating Procedure – Hand Hygiene.
26. Infection prevention for healthy families and midwives. 2017. Instrument cleaning and sterilization – Template checklist.
27. International Journal ‘Total Quality Management & Excellence’, Vol. 36, No. I - 2, 2008, YUSQ 1eQ 2008.
28. International Standard Classification of Occupations / ISCO-08. Volumei 1 – Structure, Group definitions and Correspondence tables. International Labour Organization Geneva. 2012.
29. Kika E., Pirushi R., Alliu V. Bazat e Infermieristikës. Tiranë. 2007.
30. Kim KY, Kang JH, Na JY, Kang DK, The Effect of Extracorporeal Shock Wave Therapy on Pressure Ulcer. *J Korean Acad Rehabil Med*, 2010.34(2):227-232. Korean.
31. Klasifikimi i Profesioneve në Kosovë – KPK 08. 2016. Prishtinë
32. Klasifikimi i Profesioneve në Kosovë. 2019. Ministria e Punës dhe Mirëqenies Sociale mbështetur nga UNDP dhe zhvilluar nga APPDEC. Prishtinë

33. Kontrolli i infeksioneve: Parimet themelore dhe Edukimi. 2004. Ministria e shëndetësisë. Prishtinë.
34. Langen A., Lawton S., Dermatological problems and periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/November/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-3.html. Date of access to information: 22.5.2013.
35. Lawton S., Langøen A., Assessing and managing vulnerable periwound skin. World Wide Wounds, 2009. Available at: www.worldwidewounds.com/2009/October/Lawton-Langoen/vulnerable-skin-2.html. Date of access to information: 22.5.2013.
36. Zakon br. 04/L-060 o otpadu (Dodatak) – Službeni list Republike Kosovo / br. 17 / 29.06.2012, Priština
37. Zakon br. 04/L-125 o zdravstvu. Službeni list Republike Kosovo / br. 13 / 07.05.2013, Priština
38. Zakon br. 04/L-190 o medicinskim proizvodima i opremi. Službeni list Republike Kosovo / Br. 27 / 25 04.2014, Priština
39. Lippincor W., & Wilkins USA; Sestrinske procedure (Nursing Procedures) - Translated from English/DATA STATUS, IV Edition, Belgrade, 2010.
40. Lul Raka, Didier Pittet, Benedeta Alegranzi, Gertie Van Knippenberg-Gordebeke. 2010. Higijena e duarve në kujdesin shëndetësor. Prishtinë,
41. Marinović Kulišić S., Lipozenčić J., Uloga neutralnih pripravaka u njezi okolne kože venskog vrijeda. Acta Med Croatica, 2011;65(2):41–45.
42. Model of Integrated Care for Patients with Type 2 Diabetes. 2018. A Guide for Health Care Professionals (Clinical Management Guidelines).
43. NIVAS - Intravenous Administration of Medicines to adults: Guidance on “line flushing” - Version 3. 2021.
44. Nola I., Pus J., Jakić Budišić J., Njega okolne kože vrijeda. Acta Med Croatica, 2009;63(4):99–103.
45. NPUAP-EPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel-European Pressure Ulcer Advisory Panel). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Washington DC: National Pressure Advisory Panel; 2009.
46. Paravlić F., RIJEČ KAO LIJEK, Handbook for Nurses. Ministry of Health of Canton Sarajevo, PI General Hospital ‘Prim. Dr. Abdulah Nakaš’, Sarajevo, 2006.
47. Pegram A., Bloomfield J., Wound care: principles of aseptic technique. Mental Health Pract, 2010;14:14–8.

48. Plani i veprimit për promovim dhe edukim shëndetësor 2021. 2020. Ministria e Shëndetësisë. Prishtinë
49. Protokol për kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. 2012. Tiranë
50. Rowley S., Clare S., Macqueen S., Molyneux R., ANTT v2: An updated practice framework for aseptic technique. British Journal of Nursing, 2010: 19(5); S5-S11.
51. Sedmak D., Vrhovec M., Huljev D., Prevencija tlačnog vrijeda (dekubitusa). Acta Med Croatica, 2013, 67 (Supl. 1); 29-34.
52. Šepec S. i sur., Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi. Croatian Nursing Chamber, Zagreb, 2010.
53. Silvia I. Acosta-Gnass, Valeska de Andrade Stempliuik. 2009. Sterilization manual for health centers.
54. Standard Operating Procedures: Nursing in Primary Health Care, Part I. 2019. Sarajevo
55. Standardet Europiane EN 46001 dhe Normat Europiane: ISO 13485 “Quality of the instalation and maintenance of Health Products”, EN 554 “Sterilizimi i pajisjeve mjekësore”, EN 1174-1 ” Sterilizimi i pajisjeve mjekësore”, UNI EN ISO 11607-2:2006” Paketimi për pajisjet mjekësore të sterilizuara”
56. Švrakić S., Vuković S., Bajramović E., Peševski Z., Vodič za prevenciju i liječenje dekubitusa. Ministry of Health of Canton Sarajevo, Institute for Scientific Research and Development of Clinical Center of the University of Sarajevo, Sarajevo, 2009.
57. Shërbimi për mirëmbajtjen e mjedisit – Praktika të pastrimit dhe dezinfektimit. Manual përdorimi. Citim i rekomanduar: Spitali Rajonal Korçë nëpërmjet Projektit “Mbështetje Reformës në Shëndetësi” Maj, 2013.
58. Tomja A, Basha E, Pula A. 2004. Bazat e Infermieristikës së Përgjithshme. Tiranë.
59. The fundamental nursing Process. Lippincot. 2007.
60. Administrativno uputstvo (MZ) br. 03/2019 o kliničkim vodičima i protokolima
61. Administrativno uputstvo (u zdravstvu) br. 01/2010 o receptima u zdravstvenom sistemu u Republici Kosovo
62. Administrativno uputstvo (u zdravstvu) br. 02/2010 o zdravstvenim dokumentima
63. Administrativno uputstvo (zdravstvo) br. 04/2020 o primarnoj zdravstvenoj zaštiti
64. Administrativno uputstvo MŽSPP - br. 10/2015 o tretmanu otpada iz medicinskih proizvoda
65. Administrativno uputstvo br. 13/2013 o državnom katalogu otpada

66. Administrativno uputstvo br. 05/2011 o prevenciji i kontroli bolničkih infekcija
67. Udhëzues Kombëtar. Administrimi i sigurt i mbetjeve spitalore. 2010. Ministria e Shëndetësisë, Tiranë
68. EFN Vodič za primenu člana 31. o međusobnom priznavanju profesionalnih kvalifikacija Vodiča 2005/36/EC, izmenjene Vodičem 2013/55/EU. Struktura nadležnosti EFN-a odobrena od strane Generalne skupštine EFN-a. April 2015. Brisel
69. WHO. 2009. European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries. Second edition
70. WHO. 2009. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.
71. WHO. 2015. Safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns.

