

# **STANDARDIZIRANI POSTUPCI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI**

*Slava Šepec i suradnici*

**Hrvatska komora medicinskih sestara**

**I IZDANJE**

Izdavač:

Hrvatska komora medicinskih sestara

Urednica:

Dragica Šimunec

Recenzent:

Prof. dr. sc. Sonja Kalauz

Tisak & grafičko oblikovanje:

Alfacommerce d.o.o.

ISBN: 978-953-95388-4-2

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA



# STANDARDIZIRANI POSTUPCI U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

Autori:

*Slava Šepec, dipl.ms.-predsjednik stručne grupe*

Članovi stručne grupe:

*Štefica Bagarić, bacc.ms*

*Jadranka Brljak, dipl.ms*

*Snježana Čukljek, prof.*

*Ana Deuth, vms*

*Ružica Evačić, bacc.ms.*

*Ružica Gračak, vms*

*Jasminka Horvatić, dipl.ms*

*Nada Hrdan, dipl.ms*

*Lidija Petrač, vms*

*Mira Paver, vms*

Zagreb, 2010. godina

## KAZALO

### **1. ZADOVOLJAVANJE OSNOVNIH LJUDSKIH POTREBA - SAMOZBRINJAVANJE**

- 1.1 Standardizirani postupak hranjenje pacijenta na usta, s ograničenom ili potpunom nemogućnošću samostalnog unosa hrane i tekućine
- 1.2 Standardizirani postupak hranjenja pacijenta s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju
- 1.3 Standardizirani postupak enteralne prehrane
- 1.4 Standardizirani postupak hranjenja na usta pacijenta oboljelog od demencije
- 1.5 Standardizirani postupak pranja zuba
- 1.6 Standardizirani postupak čišćenja zubi zubnim koncem
- 1.7 Standardizirani postupak higijene i njege usne šupljine
- 1.8 Standardizirani postupak presvlačenja bolesničke pidžame
- 1.9 Standardizirani postupak kupanja u kadi i tuširanje
- 1.10 Standardizirani postupak kupanja nepokretnog pacijenta u krevetu.
- 1.11 Standardizirani postupak higijene anogenitalne regije kod muškarca
- 1.12 Standardizirani postupak higijene anogenitalne regije kod žene
- 1.13 Standardizirani postupak provođenja higijene zdravog stopala
- 1.14 Standardizirani postupak pranja kose nepokretnom pacijentu u krevetu
- 1.15 Standardizirani postupak četkanja i češljanja kose nepokretnom pacijentu
- 1.16 Standardizirani postupak stavljanja noćne posude nepokretnom pacijentu
- 1.17 Standardizirani postupak stavljanja pelena i uložaka inkontinentnom pacijentu u krevetu
- 1.18 Standardizirani postupak masaže kože tijela, kao prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja

- 1.19 Standardizirani postupak premještanja nepokretnog pacijenta u ležećem položaju
- 1.20 Standardizirani postupak premještanja pacijenta iz kreveta u sjedeća kolica
- 1.21 Standardizirani postupak promjene položaja nepokretnog pacijenta u krevetu
- 1.22 Standardizirani postupak korištenja ortopedskih pomagala
- 1.23 Standardizirani postupak s umrlim na bolničkom odjelu

## **2. POSTUPCI MJERENJA VITALNIH ZNAKOVA**

- 2.1 Standardizirani postupak mjerenja disanja
- 2.2 Standardizirani postupak mjerenja tjelesne temperature na uho (membrani timpani) elektronskim toplomjerom.
- 2.3 Standardizirani postupak mjerenja tjelesne temperature aksilarno
- 2.4 Standardizirani postupak mjerenja tjelesne temperature rektalno
- 2.5 Standardizirani postupak mjerenje pulsa palpacijom na arteriji radijalis
- 2.6 Standardizirani postupak mjerenja krvnog tlaka auskultacijom na živu ili pero
- 2.7 Standardizirani postupak mjerenja zasićenja krvi kisikom pulsним oksimetrom.

## **3. FIZIKALNI PREGLED PACIJENTA U SVRHU PLANIRANJA ZDRAVSTVENE NJEGE**

- 3.1 Standardizirani postupak procjene općeg stanja pacijenta
- 3.2 Standardizirani postupak procjene glave i vrata
- 3.3 Standardizirani postupak procjene prsnog koša pacijenta
- 3.4 Standardizirani postupak procjene abdomena pacijenta
- 3.5 Standardizirani postupak procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava pacijenta

### **4. PRIMJENA LIJEKOVA**

- 4.1 Standardizirani postupak Pet pravila ili „5P“ postupak za primjenu lijekova
- 4.2 Standardizirani postupak primjene lijeka na usta.
- 4.3 Standardizirani postupak primjene lijeka u oko
- 4.4 Standardizirani postupak primjene lijeka u uho
- 5.5 Standardizirani postupak primjene lijeka u nos
- 5.6 Standardizirani postupak navlačenja lijeka iz bočice i ampule
- 5.7 Standardizirani postupak primjene lijeka u mišić – intramuskularna injekcija
- 5.7 Standardizirani postupak primjene lijeka pod kožu - supkutana injekcija
- 5.8 Standardizirani postupak primjene lijeka u venu - intravenska injekcija
- 5.9 Standardizirani postupak primjene lijeka putem periferne intravenske kanile
- 5.10 Standardizirani postupak primjene infuzije
- 5.11 Standardizirani postupak primjene kisika u terapijske svrhe
- 5.12 Standardizirani postupak primjene lijekova vaginalno
- 5.13 Standardizirani postupak primjene lijeka u rektum

### **6. MEDICINSKO – TEHNIČKI POSTUPCI**

- 6.1 Standardizirani postupak uzimanja uzoraka venske krvi venepunkcijom.
- 6.2 Standardizirani postupak uzimanja uzoraka krvi za hemokulturu
- 6.3 Standardizirani postupak uzimanja iskašljaja za pretragu
- 6.4 Standardizirani postupak uzimanja uzorka stolice za pretragu
- 6.5 Standardizirani postupak uzimanja uzoraka arterijske krvi za plinsku analizu i acidobazni status
- 6.6 Standardizirani postupak aspiracije sekreta kroz nos
- 6.7 Standardizirani postupak aspiracije sekreta kroz usta
- 6.8 Standardizirani postupak postavljanja periferne intravenske (i.v.) kanile

- 6.9 Standardizirani postupak uvođenja nazogastrične sonde
- 6.10 Standardizirani postupak snimanja elektrokardiograma
- 6.11 Standardizirani postupak asistiranja pri izvođenju abdominalne punkcije
- 6.12 Standardizirani postupak asistiranja kod fiberbronhoskopije
- 6.13 Standardizirani postupak asistiranja kod pleuralne punkcije
- 6.14 Standardizirani postupak intradermalnog alergološkog testa
- 6.15 Standardizirani postupak izvođenja klizme
- 6.16 Standardizirani postupak uvođenja urinarnog katetera
- 6.17 Standardizirani postupak održavanja prohodnosti i toaleta centralnog venskog katetera
- 6.18 Standardizirani postupak zdravstvene njege kolostome

## **7. MJERE SPRJEČAVANJA INFEKCIJA**

- 7.1 Standardizirani postupak provođenja mjera kontaktne izolacije pacijenata
- 7.2 Standardizirani postupak provođenja mjera zaštitne – protektivne – izolacije pacijenata
- 7.3 Standardizirani postupak higijene ruku

### **PREDGOVOR**

Hrvatska komora medicinskih sestara, od izrade Sestrinske liste 2006. godine i Kategorizacije bolesnika, ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom 2007. godine, provodi aktivnosti koje omogućavaju medicinskim sestrama provoditi zdravstvenu njegu prema najboljim standardima sestrinske prakse.

Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi predstavljaju pravila po kojima su medicinske sestre dužne postupati. Jedinstveni način provođenja postupaka osigurava isti standard i sigurnost za svakog bolesnika.

Vremenski i kadrovski normativi koji proizlaze iz „Standardiziranih postupaka“ omogućavaju planiranje potrebnog broja medicinskih sestara i nužnost razine obrazovanja, što je važno za organiziranje provođenja zdravstvene njege.

Određivanjem vremenskih i kadrovskih normativa, racionalno se koriste ljudski potencijali. Vremenski normativi su procijenjeni temeljem mjerenja jedinice vremena u kliničkim uvjetima, a kadrovski temeljem kompetencija medicinskih sestara.

Standardizirani postupci su pisani na način koji omogućava, korisniku i medicinskoj sestri, racionalno shvaćanje provedbe postupka. Koraci provedbe postupka omogućavaju optimalnu iskoristivost vremena, prostora i materijala. Razvidne su kompetencije.

Primjena standardiziranih postupaka otklanja organizacijske probleme i konflikte među zaposlenima. Odličan su edukacijski materijal za novozaposlene, pripravnike i studente. Pogodni su, sa sestrinskom listom i kategorizacijom pacijenata ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom, za određivanje optimalnog broja medicinskih sestara u zdravstvenoj ustanovi.

Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi su još jedan korak prema unaprjeđenju pružanja kvalitete zdravstvene njege i parametra koji omogućava kontrolu kvalitete zdravstvene njege.

Medicinske sestre u okviru svojih kompetencija provode nekoliko stotina postupaka iz područja zdravstvene njege, dijagnostike, primjene lijekova i različitih terapijskih i rehabilitacijskih postupaka. To znači da ovaj priručnik predstavlja tek početak i da se na nastavku već radi.



## Korištena literatura

1. Perry, A.G., Potter, P. A. (2006), *Clinical nursing skills & techniques*. St. Louis: Mosby
2. Dewit, S. C., (2001), *Fundamental concepts and skills for nursing*, Saunders
3. Čukljek, S., (2005), *Osnove zdravstvene njege, Zdravstveno veleučilište, Zagreb*
4. Damani, N. N., (2004), *Priručnik o postupcima kontrole infekcija*, Zagreb
5. Atkinson, L. D., (1995), *Clinical Guide to care planing*, Michigan
6. Ackley, B. J., Ladwig, G. B. (2004.), *Nursing diagnosis handbook a guide to planning care*, 6.th. edition, Mosby St Louis
7. Vrhovac, B., Francetić, I., Jakšić, B., Labar, B., Vucelić, B., (2003), *Interna medicina 3. promijenjeno i dopunjeno izdanje*, Zagreb.
8. Society of gastroenterology Nurses and Associates, (2003), Inc, *Gastroenterology nursing: A core curriculum*, (3.th. Edition). Chicago, Illinois
9. Bruce, L., (1997) *Gastrointestinal Surgery*, Oxford Radcliffe NHS Trust, Oxford,
10. Rogić, M., (2000) *Priručnik za osnovne medicinske postupke u sestriinstvu*, Zagreb
11. Prlić, N., (2003), *Zdravstvena njega, Udžbenik za učenike srednjih medicinskih škola*, Medicinska knjiga, Zagreb
12. Harison's, (2005), „Principles of Internal Medicine“, 16. th. Edition,
13. Hausman, K. Ignatavicius, A., (2002), *Clinical Companion for Medical-Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care*, USA,
14. Capernito, L.J., Lippincott, Williams, Wilkins, (1994), *Nursing diagnosis application to clinical practice*, Philadelphia
15. Dougherty, L., Lister, S., (2004.), *The Royal Marsden Hospital Manual of Clinical Nursing Procedures*, Blackwell Publishing, 6<sup>th</sup> Edition.
16. Wenzel, R., (1998.), *A Guide to Infection Control in the Hospital*, 3<sup>rd</sup> Edition; International Society for Infectious Diseases, B. C., Decker Incorporated

## LITERATURA

17. Kampf, G. Efficacy of hand disinfectants against vancomycin - resistant enterococci in vitro, *Journal of Hospital infection*, 1999, 42: 143-150
18. Protokol za izolaciju bolesnika, KB Merkur, Bolničko povjerenstvo za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija – 2009. godina.
19. Čulo, M., Radni materijal za predavanja o standardnim mjerama i mjerama izolacije bolesnika, Klinika za infektivne bolesti „Dr Fran Mihaljević“, Zagreb, 2010.
20. Čukljek, S. prof., (2006.), Proces zdravstvene njege, nastavni tekstovi, Zdravstveno veleučilište, Zagreb,
21. Visoka škola za zdravstveno nego (2010.), Teoretične in praktične osnove zdravstvene nege, Jesenice

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK HRANJENJA PACIJENTA S OGRANIČENOM ILI POTPUNOM NEMOGUĆNOŠĆU SAMOSTALNOG UNOSA HRANE I TEKUĆINE

---

### ***Naziv postupka***

Hranjenje pacijenta na usta s ograničenom ili potpunom nemogućnošću samostalnog unosa hrane i tekućine.

### ***Definicija postupka***

Postupak hranjenja pacijenta s ograničenom ili potpunom nemogućnošću unosa hrane i tekućine provodi se kada pacijent nije u mogućnosti samostalno uzimati hranu i tekućinu.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje postupka***

Hranjenje pacijenta traje 20 – 30 minuta.

### ***Svrha postupka***

Hranjenjem pacijenta zadovoljava se osnovna ljudska potreba za hranom.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Ovisno o psihofizičkom stanju, pacijenta se može hraniti u sjedećem, bočnom i ležećem položaju. Kod poremećaja svijesti pacijente se ne hrani na usta. Neposredno prije hranjenja provjeriti zubnu protezu. Ako je to potrebno, prije hranjenja pacijent

se treba iskašljati. Pola sata prije obroka provjeriti potrebu eliminacije urina i stolice i omogućiti istu. Pacijenta poticati na sudjelovanje u hranjenju sukladno njegovim mogućnostima.

### Procjena

- psihofizičkog stanja pacijenta
- pacijentove sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki
- pacijentove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zuba, zubne proteze, sposobnost otvaranja usta, sposobnost gutanja
- respiratornog statusa pacijenta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanje disajnih faza, poremećenih oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja

### Planiranje i provođenje postupka

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA	
1.	Pribor za pranje ruku pacijenta i osobe koja hrani pacijenta
	- voda
	- sapun/alkoholni dezinficijens za ruke
	- ručnik ili papirnati ubrusi ili vlažne maramice
	- lavor
	- vreća za komunalni otpad
2. PRIBOR ZA HRANJENJE	
	-poslužavnik s hranom i priborom za jelo
	-papirnati ubrusi
	-čša vode (slamčica, dudica...prema procjeni)
POSTUPAK	
3.	- provjera plana zdravstvene njege (vrsta prehrane i ograničenja, provjeriti uporabu zubne proteze)
4.	- predstaviti se, identificirati pacijenta i objasniti postupak
5.	- smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj – 45-90° - ovisno o sposobnostima pacijenta da sjedi

6.	- oprati i posušiti ruke pacijentu (sestra opere ili dezinficira svoje ruke)
7.	- postaviti poslužavnik s hranom u položaj prikladan za hranjenje
8.	- namjestiti ubrus ispod pacijentove brade, na prsa
9.	- otvoriti pakiranja, namazati namaz, izrezati hranu...
10.	- potaknuti pacijenta da sudjeluje u skladu sa svojim mogućnostima
11.	- staviti slamku za tekućinu ili čašu s prilagođenim nastavkom za pijenje, nadohvat ruke, na poslužavnik
12.	- provjeriti i prilagoditi temperaturu hrane
13.	- redosljed prehrane prilagoditi pacijentovoj želji (ukoliko to nije moguće potrebno je izmjenjivati krutu hranu s tekućom)
14.	- davati čvrstu hranu žlicom ili vilicom, a tekuću žlicom, slamkom ili dudicom
15.	- poticati pacijenta da samostalno drži kruh i pribor, ako ne može, sve radnje obavlja sestra
16.	- omogućiti pacijentu dovoljno vremena za žvakanje i gutanje
17.	- provjeriti guta li pacijent hranu ili je zadržava u ustima
18.	- dopustiti odmor između zalogaja
19.	- koristiti ubrus za brisanje usta pacijenta tijekom jela, u slučaju kašlja i iskašljavanja pridržati ubrus ispred usta
20.	- tijekom obroka primjereno komunicirati s pacijentom
21.	- ukloniti poslužavnik po završetku hranjenja
22.	- provesti oralnu higijenu ili pomoći pri oralnoj higijeni prema standardu
23.	- pomoći pacijentu oprati ruke
24.	- smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj, staviti zvono nadohvat ruke
25.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke
25.	- evaluirati i dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK HRANJENJA PACIJENTA S OTEŽANIM ŽVAKANJEM, GUTANJEM I RIZIKOM ZA ASPIRACIJU

---

### ***Naziv postupka***

Hranjenje na usta pacijenta s otežanim žvakanjem gutanjem i rizikom za aspiraciju.

### ***Definicija postupka***

Postupak hranjenja pacijenta s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju je posebno prilagođen način pripreme i sigurnog unosa hrane i tekućine.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje postupka***

Hranjenje pacijenta s rizikom za aspiraciju traje 30-40 minuta.

### ***Svrha postupka***

Hranjenjem pacijenta s rizikom za aspiraciju je postupak kojim se zadovoljava osnovna ljudska potreba za sigurnim unosom hrane prema propisanoj dijeti.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Ovisno o procjeni stanja, pacijenta se može hraniti u sjedećem, bočnom i ležećem položaju. Kod poremećaja svijesti pacijent se ne hrani na usta. Neposredno prije hranjenja provjeriti zubnu protezu koja može biti smetnja u slučaju aspiracije hrane. Kod rizika za aspiraciju treba voditi računa o konzistenciji hrane. Potrebno je pripremiti aspirator koji će biti potreban ukoliko dođe do aspiracije hrane. Ako je potrebno,

prije hranjenja pacijent se treba iskašljati i očistiti nos. Pola sata prije obroka provjeriti potrebu eliminacije stolice i urina i omogućiti istu. Pacijenta poticati da sudjeluje u hranjenju primjereno svojim mogućnostima.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije
- stanja sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki pacijenta
- pacijentove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zuba, zubne proteze, sposobnosti otvaranja usta, sposobnosti gutanja
- respiratornog statusa pacijenta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanje disajnih faza, poremećenih oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja

### **Planiranje i provođenje postupka**

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA	
1	Pribor za pranje ruku pacijenta i osobe koja hrani pacijenta
	- voda
	- sapun/alkoholni dezinficijens za ruke
	- ručnik ili papirnati ubrusi ili vlažne maramice
	- lavor
	- vreća za komunalni otpad
2. PRIBOR ZA HRANJENJE	
	- poslužavnik s hranom i priborom za jelo
	- papirnati ubrusi
	- čaša vode (slamčica, dudica...prema procjeni)
	- jednokratne, nesterilne rukavice
	- maske
	- zvono
	- izvor kisika i pribor za aplikaciju kisika
	- aspirator i pribor za aspiraciju - prema standardu
	- vreća za infektivni otpad

IZVOĐENJE	
3.	- provjera plana zdravstvene njege - vrsta prehrane i ograničenja, (zubna proteza - može biti smetnja tijekom postupka aspiracije)
4.	- predstaviti se, identificirati pacijenta i objasniti postupak
5.	- provjeriti izvor kisika
6.	- postaviti pribor za aspiraciju i aspirator uz krevet pacijenta
7.	- provjeriti ispravnost aparature i prilagoditi tlak za aspiraciju
8.	- oprati i posušiti ruke pacijentu
9.	- oprati/dezinficirati, posušiti svoje ruke i obući rukavice
10.	- staviti masku
11.	- postaviti poslužavnik s hranom u položaj prikladan za hranjenje
12.	- namjestiti ubrus ispod bolesnikove brade, na prsa
13.	- otvoriti pakiranja hrane
	- potaknuti pacijenta da sudjeluje u hranjenju u skladu sa svojim mogućnostima
	- izbjegavati suhu i ljepljivu hranu
14.	- osigurati vlaženje usne šupljine pacijenta tijekom jela
	- staviti slamku za tekućinu ili čašu s prilagođenim nastavkom za pijenje nadohvat ruke, na poslužavnik
15.	- provjeriti i prilagoditi temperaturu hrane
16.	- redoslijed prehrane prilagoditi pacijentovoj želji
17.	- nuditi zalogaje na četvrt ili pola žlice
18.	- poticati pacijenta da samostalno drži kruh i pribor, ako ne može, sve radnje obavlja sestra. Tijekom obroka primjereno komunicirati s pacijentom
19.	- omogućiti pacijentu dovoljno vremena za žvakanje i gutanje
20.	- provjeriti guta li pacijent hranu ili je zadržava u ustima
21.	- dopustiti odmor između zalogaja
22.	- koristiti ubrus za brisanje usta pacijenta tijekom jela
23.	- promatrati izgled pacijenta, pratiti disanje i pojavu kašljanja. Omogućiti 2-3 minute odmora nakon kašljanja
24.	- u slučaju nemogućnosti gutanja hrane koja je u ustima, ukoliko pacijent ne može iskašljati, hranu odstraniti špatulom ili prstima, staviti je u ubrus i odložiti u vreću za otpad



25.	- u slučaju aspiracije hrane i tekućine, te nemogućnosti iskašljavanja, pristupiti postupku aspiracije hrane i sekreta iz farinksa prema standardu
26.	- u slučaju potrebe, zvonom pozvati drugu sestru i obavijestiti liječnika
27.	- po završetku postupka aspiracije primijeniti terapiju kisikom ako je ordinirano i potrebno
28.	- ukloniti poslužavnik po završetku hranjenja
29.	- provesti oralnu higijenu ili pomoći pacijentu pri oralnoj higijeni prema standardu
30.	- pomoći pacijentu oprati i posušiti ruke
31.	- ostaviti pacijenta u sjedećem položaju još pola sata nakon jela, nakon toga ga smjestiti u odgovarajući ili prisilni položaj
32.	- rasprijeti upotrijebljeni pribor
33.	- svući rukavice i masku
34.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
35.	- evaluirati i dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ENTERALNE PREHRANE

---

---

### ***Naziv postupka***

Enteralna prehrana.

### ***Definicija postupka***

Enteralna prehrana je unos hrane, nutritivnih otopina ili pripravaka, sondom u želudac ili u početne dijelove tankog crijeva, kada nije moguć unos hrane na usta zbog različitih bolesti ili stanja.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Kada se pacijent hrani na sondu pomoću štrcaljke potrebno je 30 minuta.

Ako pacijent nema uvedenu želučanu sondu, trajanje postupka se produžuje za onoliko koliko traje uvođenje sonde prema standardu.

### ***Svrha postupka***

Zadovoljiti energetske i nutritivne potrebe organizma, održati cjelovitost sluznice tankog i debelog crijeva, ali i osigurati dobrobit i kvalitetu života pacijenta.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Enteralna prehrana se provodi kroz uvedenu sondu u želudac ili početni dio tankog crijeva. Sonda se uvodi kroz nos, a kroz usta samo u slučaju mehaničke opstrukcije ili oštećenja nosnica. Konzistencija hrane mora biti prilagođena promjeru sonde. U

prehrani sondom mogu se koristiti gotovi industrijski pripravci ili hrana pripremljena u bolničkim odjelima prehrane. Unos hrane kroz sondu izvodi se štrcaljkama od 50-100 ml, pomoću pumpe i sistema za hranjenje i gravitacijskog sistema.

Trajanje i vrstu prehrane pomoću pumpe ili sustava "kap po kap" određuje liječnik. Enteralna prehrana štrcaljkom mora trajati koliko bi trajao i obrok kada bi pacijent mogao uzimati hranu na usta. Kada pacijenta hranimo štrcaljkom, hrana se unosi najmanje pet puta dnevno u količinama 100 – 400 ml. Hranu je potrebno primijeniti polagano, bez uporabe sile. Prilikom hranjenja krevet treba uspraviti u semi – Fowlerov ili visoki Fowlerov položaj. U tom položaju pacijent ostaje pola sata po završetku hranjenja.

Enteralna prehrana se dijeli na elementarne, monomerne, oligomerne i polimerne pripravke. Razlika je u veličini, količini i vrsti prisutnih molekula. Pripravci koji sadrže veći broj molekula imaju i veću osmolalnost pa mogu prouzročiti nuspojave poput proljeva.

Za enteralnu prehranu su optimalne silikonske sonde, koje omogućuju dužu primjenu i rjeđe oštećuju sluznicu nosa.

U slučaju potrebe trajne enteralne prehrane prednost se daje perkutanoj gastrostomi.

### ***Procjena***

- radne okoline za izvođenje postupka – svjetlo, dovoljno mjesta, mikroklimatski uvjeti
- psihofizičkog stanja pacijenta, suradljivosti prilikom izvođenja postupka i mogućnosti komunikacije
- pozicije i prohodnosti sonde
- ispravnosti enteralne pumpe i ostalog pribora
- pacijentovog stanja sluznica nosa i usta
- temperature i konzistencije hrane
- odgovarajuće hrane prema propisanoj dijeti
- mogućeg zauzimanja položaja pacijenta tijekom hranjenja

### Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- kolica ili poslužavnik
	- kompresa za zaštitu pacijenta
	- stetoskop i štrcaljka 50 ml za provjeru pozicije nazogastrične sonde
	- čaša vode
	- 2 štrcaljke (od 50 do 100 ml) jedna za hranjenje i ispiranje, druga za aspiraciju želučanog sadržaja ili enteralna pumpa i sustavi za hranjenje
	- staničevina ili papirnati ubrusi
	- odgovarajuća hrana temperature 37°C
	- dezinficijens za ruke i kožu
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja, osigurati privatnost
3.	- postaviti pacijenta u povišeni položaj (najmanje 30-45°)
4.	- zaštititi pacijenta papirnatim ubrusom
5.	- oprati i posušiti ruke pacijentu i sebi
	- Provjera pozicije sonde pomoću štrcaljke i zraka
	- svaki puta kod odvajanja štrcaljke ili sistema pumpe od sonde zatvoriti sondu kvačicom, a kvačicu opustiti nakon priključenja štrcaljke, sistema pumpe na sondu ili zatvaranja sonde čepom
6.	- skinuti čep sa sonde
7.	- oprati ga pod tekućom vodom posušiti i odložiti ga na ubrus na poslužavniku. Početak sonde obrisati 1 puta staničevinom
8.	- štrcaljkom od 50 ml uštrcati malu količinu zraka kroz sondu
9.	- istovremeno stetoskopom slušati zvukove u želucu (sonda je dobro pozicionirana ako se čuje ulazak zraka u želudac)
10.	- provjera se može izvršiti i aspiracijom male količine želučanog sadržaja, kojeg treba vratiti u želudac-(Perry, Potter, 2006.), očekivani rezidualni sadržaj je 50-100 ml

11.	- ukoliko se aspirira rezidualnog sadržaja više od 100 ml, hranjenje odgoditi za jedan sat i obavijestiti liječnika. Nakon jednog sata ponovo provjeriti količinu sadržaja, ako je i dalje veća od 100 ml, postupiti prema uputama liječnika. Evidentirati količinu i izgled sadržaja.
12.	- štrcaljku odložiti u infektivni otpad
<b>HRANJENJE POMOĆU ŠTRCALJKE</b>	
13.	- dezinficirati i posušiti ruke
14.	- hranu propisane temperature (37°C) prikladno servirati na poslužavnik
15.	- staviti poslužavnik s hranom u vidokrug pacijenta
16.	- prilikom hranjenja pacijenta poželjno je da medicinska sestra sjedi (pacijent dobiva osjećaj posvećenosti vremena samo njemu)
17.	- navući hranu u štrcaljku
18.	- spojiti štrcaljku sa sondom
19.	- polako, bez primjene sile, utiskivati sadržaj u sondu – svaki puta kada odvajamo štrcaljku od sonde i punimo je hranom, sondu zatvaramo kvačicom koja je na sondi
20.	- za vrijeme hranjenja činiti kratke pauze i prikladno komunicirati s pacijentom
21.	- promatrati pacijenta tijekom hranjenja
22.	- po završetku hranjenja isprati sondu s 20-30 ml vode (voditi računa o eventualnom ograničenju unosa tekućine)
23.	- zatvoriti sondu kvačicom i odvojiti štrcaljku od sonde
24.	- vratiti čep na sondu, ostaviti pacijenta 30 min. u povišenom položaju
25.	- oprati i posušiti ruke
<b>HRANJENJE POMOĆU ENTERALNE PUMPE</b>	
26.	- pumpu postaviti na odgovarajući stalak
27.	- hranu i vodu, temperature 37°C, staviti u odgovarajući sustav za hranjenje slijedeći upute proizvođača pumpe (o vrsti pumpe ovisi i odabir sustava za hranjenje)
28.	- sustav pravilno postaviti u enteralnu pumpu
29.	- ispustiti zrak iz sustava
30.	- provjeriti poziciju sonde i rezidualni sadržaj te spojiti sustav sa sondom
31.	- podesiti vrijeme hranjenja na pumpi prema nalogu liječnika
32.	- tijekom hranjenja nadzirati pacijenta
33.	- po završetku hranjenja, zatvoriti sondu kvačicom i odvojiti sustav od sonde

34.	- isprati sondu s 20-30 ml vode ukoliko ispiranje nije provedeno pomoću pumpe – prije ispiranja opustiti kvačicu kojom je zatvorena sonda
35.	- zatvoriti sondu čepom, ostaviti pacijenta 30 min. u povišenom položaju
36.	- upotrijebljeni sustav odložiti u komunalni otpad
37.	- oprati i posušiti ruke
<b>HRANJENJE METODOM GRAVITACIJE – SUSTAV „KAP NA KAP“</b>	
38.	- slijediti upute proizvođača prilikom spajanja sustava s vrećicom
39.	- vrećicu s hranom, temperature 37°C, objesiti na stalak, 60 cm iznad glave pacijenta
40.	- ispustiti zrak iz sustava
41.	- provjeriti poziciju sonde i rezidualni sadržaj te spojiti sustav sa sondom
42.	- regulirati protok
43.	- tijekom hranjenja nadzirati pacijenta
44.	- po završetku hranjenja odvojiti sustav od sonde
45.	- sondu isprati s 20-30 ml vode
46.	- zatvoriti sondu čepom, ostaviti pacijenta 30 min. u povišenom položaju
47.	- upotrijebljeni pribor i sustav za hranjenje odložiti u komunalni otpad
48.	- oprati i posušiti ruke nakon svake metode hranjenja
49.	- po završenom hranjenju preko sonde, bez obzira na metodu, pacijent ostaje pola sata u povišenom položaju
50.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
51.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta nakon svake metode hranjenja

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK HRANJENJA NA USTA PACIJENTA OBOLJELOG OD DEMENCIJE

---

### ***Naziv postupka***

Hranjenje na usta pacijenta oboljelog od demencije.

### ***Definicija postupka***

Postupak hranjenja na usta pacijenta oboljelog od demencije je siguran unos primjerenopripremljene hrane i tekućine.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje postupka***

Ukoliko nema komplikacija hranjenje pacijenta oboljelog od demencije traje 30 minuta.

### ***Svrha postupka***

Hranjenjem pacijenta zadovoljava se osnovna ljudska potreba za unosom hrane. Svrha je zadovoljiti energetske i nutritivne potrebe koje omogućavaju normalan metabolizam.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Ovisno o procjeni stanja, pacijenta se može hraniti u sjedećem, bočnom i ležećem položaju. Neposredno prije hranjenja provjeriti zubnu protezu koja može biti smetnja u slučaju aspiracije hrane. Zbog prirode bolesti postoji rizik za aspiraciju, dehi-

draciju i pothranjenost usljed otežanog gutanja i smanjenog unosa hrane i tekućine. Treba voditi računa o konzistenciji hrane i podršci koja će trebati sestri ukoliko dođe do aspiracije. Ako je to potrebno, prije hranjenja pacijent se treba iskašljati. Pola sata prije obroka provjeriti potrebu eliminacije stolice i urina i omogućiti istu. Pacijenta poticati na sudjelovanje u hranjenju. Ukoliko dođe do aspiracije hrane postupiti prema standardiziranom postupku za aspiraciju.

### Procjena

- psihofizičkog stanja pacijenta
- stanja sluznice nosa i prohodnosti nosnica
- usne šupljine pacijenta: izgleda sluznice, stanja zuba, zubne proteze, sposobnosti otvaranja usta, sposobnosti gutanja
- respiratornog statusa pacijenta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanje disajnih faza, poremećenih oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja
- mogućnosti žvakanja sa zubnom protezom ili bez nje

### Planiranje i provođenje postupka

PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA	
1	Pribor za pranje ruku pacijenta i osobe koja hrani pacijenta
	- voda
	- sapun/alkoholni dezinficijens za ruke
	- ručnik ili papirnati ubrusi ili vlažne maramice
	- lavor
	- vreća za komunalni otpad
2.	PRIBOR ZA HRANJENJE
	- poslužavnik s hranom odgovarajuće temperature i odgovarajućim priborom za jelo
	- papirnati ubrusi ili podbradak
	- čaša vode (slamčica, dudica...prema procjeni)



	- zaštitna maska
	- zvono
	<b>IZVOĐENJE</b>
3.	- provjera plana njege (vrsta prehrane i ograničenja, temperaturu hrane, provjeriti mogućnost korištenja zubne proteze - može biti smetnja tijekom aspiracije)
4.	- predstaviti se, identificirati pacijenta i primjereno objasniti postupak
5.	- osigurati ugodno okruženje (preporuča se prisutnost drugih pacijenata koji jedu)
6.	- oprati i posušiti ruke pacijentu
7.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke (staviti masku ako je potrebno)
8.	- postaviti poslužavnik s hranom u položaj prikladan za hranjenje
9.	- namjestiti ubrus ili podbradak ispod pacijentove brade
10.	- otvoriti pakiranja, ukloniti poklopce i sav nepotreban pribor koji bi mogao zbunjivati pacijenta... - provjeriti konzistenciju i prilagoditi temperaturu hrane
11.	- osigurati, ako je moguće, da uvijek isto osoblje skrbi za istog pacijenta
12.	- smanjiti ili potpuno onemogućiti vanjske podražaje koji bi zbunjivali pacijenta tijekom jela
13.	- omogućiti pacijentu da što je više moguće samostalno jede. Na taj način se potiče pamćenje i svjesnost pacijenta
14.	- osigurati da pacijent vidi barem još jednu osobu koja jede što će poslužiti kao obrazac za željeno ponašanje
15.	- pomoći pacijentu da svojom rukom stavi zalogaj u usta
16.	- biti ljubazan, dobronamjeran i strpljiv za vrijeme jela
17.	- izbjegavati odlaženja i vraćanja za vrijeme obroka jer to utječe na pažnju i koncentraciju pacijenta
18.	- omogućiti pijenje između zalogaja
19.	- redoslijed prehrane prilagoditi pacijentovoj želji
20.	- veličinu zalogaja prilagoditi mogućnostima pacijenta
21.	- dati pacijentu dovoljno vremena za žvakanje i gutanje
22.	- provjeravati guta li pacijent hranu ili je zadržava u ustima
23.	- dopustiti odmor između zalogaja
24.	- koristiti ubrus za brisanje usta pacijenta tijekom jela i kašljanja

25.	- promatrati disanje i izgled pacijenta
26.	- u slučaju nakupljanja hrane i nemogućnosti gutanja hrane koja je u ustima, hranu odstraniti špatulom ili prstima koristeći rukavice, staviti je u ubrus i odložiti u vreću za otpad
27.	- u slučaju aspiracije hrane ili tekućine, te nemogućnosti iskašljavanja, pristupiti aspiraciji hrane i sekreta iz farinksa prema standardiziranom postupku
28.	- ukloniti poslužavnik po završetku hranjenja
29.	- provesti oralnu higijenu ili pomoći pri oralnoj higijeni prema standardiziranom postupku
30.	- omogućiti i pomoći pacijentu oprati i posušiti ruke
31.	- rasporemiti upotrijebljeni pribor
32.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke (svući rukavice i masku ukoliko su upotrijebljene)
33.	- evaluirati i dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRANJA ZUBA

---

---

### ***Naziv postupka***

Pranje zuba.

### ***Definicija postupka***

Pranje zuba je postupak kojim se skida tanak film (plak) sa zubi i održava higijena usne šupljine.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

Dvije medicinske sestre ako je pacijent nemiran i nesuradljiv.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha pranja zubi je održavanje higijene usne šupljine, sprečavanje stvaranja karijesa i upalnih procesa, podiže razinu samopoštovanja i ugode.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Pranje zubi obavlja se u jutro, iza jela i prije spavanja. Provodi se pomoću četkice i paste za pranje zubi.

## Procjena

- mogućnosti suradnje pacijenta
- pacijentove mogućnosti samozbrinjavanja
- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije
- prisutnosti kontraindikacija za postupak (specifični medicinski postupci i stanja)
- pacijentovog stanja sluznice usne šupljine, usnica, jezika i zubi (zubna proteza)

## Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- posuda za nečisto
	- čaša vode
	- papirnati ručnik
	- jednokratne PVC rukavice, maska s vizikom ili zaštitne naočale
	- četkica za pranje zubi
	- pasta za pranje zubi
	- staničevina ili nepropusna zaštitna podloga
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati i posušiti ruke
3.	- obući rukavice, masku s vizikom ili naočale
4.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja, osigurati privatnost
5.	- ako pacijent sam pere zube ili umjetno zubalo smjestiti ga u sjedeći položaj, zaštititi mu prsa papirnatim ručnikom
6.	- staviti pastu za zube na četkicu za zube, sve ovlažiti vodom. Pacijent sam pere zube lijevo - desno, gore - dolje vanjske i unutarnje plohe zuba, nježno četkati jezik, dobro isprati usta nad posudom za nečisto koja je ispod brade. Ako ne može sam prati zube pere mu ih medicinska sestra
7.	- po potrebi ponoviti postupak

8.	- obrisati usta papirnatim ručnikom
9.	- ako pacijent ima totalnu ili parcijalnu protezu, treba protezu izvaditi iz usne šupljine, oprati pod tekućom vodom četkicom i pastom za zube dobro isprati
10.	- protezu preko noći odložiti u posudu za protezu, povremeno pigment čistiti tabletama za uklanjanje plaka i pigmenta sa zubne proteze
11.	- ako pacijentu zube pere medicinska sestra, pacijenta treba smjestiti u sjedeći ili bočni ležeći položaj
12.	- zaštititi prsa pacijenta papirnatim ručnikom
13.	- ako je pacijent nekomunikativan i nemiran, špatulu namotanu gazom staviti okomito između zubi, da onemogućimo zatvaranje usta i ugriz djelatnika. Druga medicinska sestra u tom slučaju pridržava glavu pacijenta
14.	- staviti pastu za zube na četkicu, sve navlažiti, prati zube nježno u svim smjerovima (lijevo - desno, gore - dolje, četkati vanjske i unutarnje plohe zuba)
15.	- nježno četkati jezik, dobro isprati nad posudom za nečisto, koja je ispod brade
16.	- postupak ponoviti po potrebi
17.	- osušiti usta papirnatim ručnikom
18.	- smjestiti pacijenta u udoban položaj
19.	- oprati, dezinficirati i pospremiti upotrijebljeni pribor
20.	- skinuti rukavice i masku
21.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke
22.	- dokumentirati i evaluirati postupak i stanje zubi

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ČIŠĆENJA ZUBI KONCEM

---

### ***Naziv postupka***

Čišćenje zubi zubnim koncem.

### ***Definicija postupka***

Postupkom čišćenja zubi koncem skida se plak i ostaci hrane između zubi.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha čišćenja zubi koncem je održavanje higijene usne šupljine, sprečavanje razvoja paradentoze i stvaranja karijesa.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Čišćenje zubi koncem obično se obavlja iza pranja zubi ili po potrebi. Ako se to čini jedanput dnevno onda je to najbolje učiniti prije spavanja.

### Procjena:

- mogućnosti suradnje pacijenta
- općeg stanja i stanja svijesti pacijenta
- postojanja kontraindikacija za postupak (specifični medicinski postupci i stanja)
- pacijentovog stanja sluznice usne šupljine, usnica, jezika i zubi postojanje zubne proteze

### Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor
	- čaša vode
	- papirnati ručnik
	- jednokratne nesterilne rukavice, maska s viziorom ili zaštitne naočale
	- konac za čišćenje zubi
	- staničevina/zaštitna kompresa
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke, obući rukavice
4.	- smjestiti pacijenta u polusjedeći ili bočni položaj - glavu okrenuti prema sebi
5.	- sebi staviti zaštitne naočale ili masku s viziorom
6.	- zaštititi pacijenta papirnatim ručnikom, staviti posudu za nečisto pod bradu pacijenta
7.	- otrgnuti 40 cm konca za čišćenje zubi
8.	- razvući konac i započeti čišćenje od gornjeg stražnjeg zuba na desnoj strani prema lijevoj strani, povlačiti konac nježno gore i dolje između zubi, povlačiti od vrha krune zuba do desni
9.	- promijeniti dio konca kod svakog zuba

10.	- donje zube čistiti gore-dolje, početi od zadnjeg desnog zuba prema lijevoj strani
11.	- isprati zube pacijentu vodom, posudu za nečisto držati ispod brade pacijenta, ponoviti ispiranje ako je potrebno, obrisati usta pacijenta papirnatim ručnikom
12.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
13.	- oprati, dezinficirati i pospremiti upotrijebljeni pribor, odložiti ga u komunalni otpad
14.	- svući rukavice i masku s vizikom (naočale)
15.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
16.	- evaluirati i dokumentirati postupak



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK HIGIJENE I NJEGE USNE ŠUPLJINE

---

---

### ***Naziv postupka***

Higijena i njega usne šupljine.

### ***Definicija postupka***

Njega usne šupljine je postupak održavanja usne šupljine čistom i vlažnom čime se sprečavaju infekcije i stvaranje naslaga.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

Dvije medicinske sestre/tehničara kod nemirnog i nesuradljivog pacijenta.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Sprečavanje infekcija usne šupljine, održavanje sluznice čistom i vlažnom, podizanje razine samopoštovanja i ugone.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Mnogi postupci u skrbi za pacijenta kao i stanje pacijenta doprinose suhoći sluznice, te je stoga potrebno njegu usne šupljine provoditi nekoliko puta dnevno. Postupak se provodi tako da se očuva integritet sluznice i zubnog mesa. Prilagodba izvođenja postupka ovisi o stanju sluznice usne šupljine i stanja svijesti pacijenta.

**Procjena:**

- mogućnosti suradnje pacijenta
- općeg stanja i stanja svijesti pacijenta
- postojanja kontraindikacija za postupak (specifični medicinski postupci i stanja)
- pacijentovog stanja sluznice usne šupljine, usnica, jezika i zubi (zubna proteza)

**Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- sredstvo za čišćenje i održavanje sluznice usne šupljine
	- špatule namotane gazom ili set za njegu usne šupljine
	- otvarač za usnu šupljinu
	- sterilna pinceta za uklanjanje naslaga
	- izvor svjetla
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- sredstvo za njegu usnica
	- jednokratne nesterilne rukavice, maska s vizirom ili zaštitne naočale
	- staničevina – zaštitna podloga za prsa pacijenta
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja, osigurati privatnost
4.	- smjestiti pacijenta u Fowlerov 45-80°, ili bočni položaj, glavu pacijenta okrenuti prema sebi
5.	- staviti zaštitnu podlogu ispod brade i prsa pacijenta, a posudu za nečisto na zaštitnu podlogu pod bradu pacijenta
6.	- obući rukavice i staviti masku s vizirom ili naočale
7.	- špatulom namotanom gazom nježno razdvojiti gornje i donje zube pacijenta (izvaditi zubnu protezu ako postoji)

8.	- ako pacijent pruža otpor otvoriti usta pomoću otvarača, jedna sestra će držati usta otvorena, dok će druga provesti njegu usne šupljine
9.	- očistiti usnu šupljinu koristeći špatule namotane gazom ovlažene sredstvom za čišćenje ili priborom iz seta za njegu usne šupljine
10.	- očistiti bukalnu sluznicu, zube i jezik
11.	- ako postoje naslage premazati ih propisanim sredstvom, nakon nekoliko minuta pincetom ih pažljivo ukloniti pazeći da ne oštetimo sluznicu usne šupljine
12.	- ponoviti postupak ako je potrebno
13.	- ako pacijent surađuje isprati usnu šupljinu vodom, a ako pacijent ne surađuje, špatulu namotanu gazom natopiti vodom i očistiti usnu šupljinu. Ponoviti postupak 3 puta
14.	- očistiti i namazati usne
15.	- ukloniti zaštitnu podlogu i posudu za nečisto s prsa pacijenta, odložiti u komunalni otpad
22.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
23.	- oprati, dezinficirati i pospremiti upotrijebljeni pribor
24.	- svući rukavice, masku i naočale
25.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
26.	- evaluirati i dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRESVLAČENJA BOLESNIČKE PIDŽAME (KOŠULJA I HLAČE)

---

### ***Naziv postupka***

Presvlačenje bolesničke pidžame.

### ***Definicija postupka***

Presvlačenje bolesničke pidžame je postupak održavanja urednosti i čistoće pacijenta.

### ***Provođenje postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

Dvije medicinske sestre kod nepokretnog pacijenta.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5 minuta.

### ***Svrha postupka***

Očuvanje urednosti pacijenta, očuvanje samopoštovanja, sprečavanje širenja neugodnih mirisa i infekcije.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Bolesnička pidžama presvlači se kada je zaprljana ili mokra. Nakon kupanja oblači se čista pidžama. Presvlači se na različite načine, ovisno o kroju košulje (kada se otvara srijeda, straga, ili preko glave) i pokretljivosti pacijenta. Prilikom svlačenja prvo se svlači zdrava strana tijela, tijekom oblačenja prvo se oblači bolesna strana tijela.

Pacijent nikada ne smije ostati potpuno razodjeven.

## Procjena

- općeg stanja pacijenta, (stanje kože, alergija na materijale, stupanj pokretljivosti...)
- postojanje povreda kod pacijenta
- prisutnosti i vrste bola
- mogućnosti komunikacije s pacijentom

## Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- čista bolesnička pidžama ili spavaćica (izabrati prema stanju pacijenta i mogućnostima pokretljivosti pidžamu koja se kopča sprijeda, navlači preko glave, sa zipom, gumbima, samoljepljivim trakama ili vezicama)
	- paravan
	- koš za nečisto rublje
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- PVC pregača
	<b>POSTUPAK:</b>
2.	- identificirati pacijenta, predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- zaštititi krevet paravanom – osigurati privatnost
4.	- podignuti krevet na visinu ugodnu za rad
5.	- oprati i posušiti ruke, obući rukavice
6.	- postaviti pacijenta u željeni položaj prikladan za rad
	<b>SVLAČENJE BOLESNIČKE KOŠULJE KOJA SE OTVARA SPRIJEDA KOD POKRETNOG PACIJENTA:</b>
7.	- otkopčati gumbe, zipove, trake, kopče ili odvezati vezice
8.	- svući odjeću s ramena i ruke - prvo na zdravoj strani
9.	- svući odjeću s bolesne strane tijela (pokriti ga ako se odmah ne oblači)
	<b>SVLAČENJE BOLESNIČKE KOŠULJE KOD NEPOKRETNOG PACIJENTA:</b>
10.	- svući pacijentu košulju sa zdrave ruke
11.	- svučeni dio košulje podvinuti ispod pacijenta
12.	- okrenuti pacijenta na zdravi bok

13.	- svući košulju s bolesne strane tijela
14.	- vratiti pacijenta na leđa (pokriti ga ako se odmah ne oblači)
<b>SVLAČENJE BOLESNIČKE KOŠULJE KOJA SE OBLAČI PREKO GLAVE:</b>	
15.	- otkopčati gumbe, zipove, trake ili kopče (ako postoje na ramenima)
16.	- podignuti košulju na prsima do vrata pacijenta
17.	- spustiti glavu pacijenta na prsa i provući košulju preko glave, izravnati je
18.	- svući pacijentu košulju sa zdrave ruke i ramena, podvući je ispod glave do bolesne ruke
19.	- svući košulju s bolesne ruke
<b>SVLAČENJE BOLESNIČKE KOŠULJE KOJA SE OTVARA STRAGA:</b>	
20.	- podignuti pacijenta u sjedeći položaj, ili okrenuti pacijenta na bok leđima okrenutim prema sebi
21.	- otkopčati gumbe, zipove, trake ili kopče (ponekad su trake ili gumbi na ramenima)
22.	- raširiti bolesničku košulju na leđima – osloboditi leđa
23.	- ako je pacijent na boku podviti dio košulje ispod boka na kojem pacijent leži
24.	- slobodnu stranu košulje presaviti na grudi pacijenta
25.	- okrenuti pacijenta na leđa
26.	- svući košulju s ramena i ruke na zdravoj strani
27.	- svući košulju s ramena i ruke na bolesnoj strani
<b>SVLAČENJE BOLESNIČKIH HLAČA KOD TEŠKO POKRETNOG ALI SURADLJIVOG PACIJENTA:</b>	
28.	- skinuti obuću
29.	- polegnuti pacijenta na leđa
30.	- otkopčati hlače
31.	- zamoliti pacijenta da podigne gluteuse
32.	- svući hlače preko bokova i gluteusa
33.	- svući hlače s nogu, i preko stopala
34.	- smjestiti pacijenta u prvobitni položaj ili prisilni položaj, pokriti ga
<b>SVLAČENJE BOLESNIČKIH HLAČA NEPOKRETNOM PACIJENTU U KREVETU:</b>	
35.	- okrenuti ga na leđa

36.	- odignuti gluteuse i svući hlače preko bokova i gluteusa (prekriti intimne dijelove)
37.	- svući hlače s nogu i preko stopala
38.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj, pokriti ga
39.	- odložiti nečistu odjeću u koš za nečisto rublje
40.	- svući rukavice, oprati i posušiti ruke
<b>OBLAČENJE BOLESNIČKE KOŠULJE</b>	
1	- dezinficirati ruke i obući čiste rukavice
2.	- objasniti postupak, dopustiti pitanja
<b>OBLAČENJE PACIJENTA S ODJEĆOM KOJA SE OTVARA SPRIJEDA:</b>	
3.	- staviti pacijenta u sjedeći položaj
4.	- obući bolesničku košulju na ruku i rame oboljele strane tijela
5.	- prebaciti košulju preko leđa
6.	- obući rukav na ruku i rame zdrave strane tijela, zakopčati je
7.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj, pokriti ga
8.	- košulja se može navući samo na ruke i prednji dio tijela
<b>OBLAČENJE BOLESNIČKE KOŠULJE NEPOKRETNOM PACIJENTU U KREVETU:</b>	
9.	- obući rukav košulje preko oboljele ruke i ramena
10.	- okrenuti pacijenta na bok zdrave strane, prema sebi
11.	- podviti košulju pod pacijenta, vratiti ga na leđa
12.	- izvuci košulju ispod pacijenta
13.	- obući zdravu ruku i rame
14.	- zakopčati gumbе, poravnati košulju
15.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj, pokriti ga
<b>OBLAČENJE BOLESNIČKE KOŠULJE PREKO GLAVE:</b>	
16.	- pacijenta poleći na leđa
17.	- provući ruku i rame kroz rukav košulje na oboljeloj strani tijela
18.	- provući zdravu ruku i ramena kroz rukav košulje (ako su obje ruke zdrave, a pacijent ih može podignuti, istovremeno navući rukave na ruke)
19.	- spustiti glavu pacijenta na prsa, navući košulju preko glave pacijenta
20.	- povući košulju preko leđa, izravnati je i zakopčati
21.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj

	<b>OBLAČENJE PACIJENTU BOLESNIČKE KOŠULJE KOJA SE OTVARA NA LEĐIMA:</b>
22.	- pacijent leži na leđima
23.	- navući bolesničku košulju na ruku i oboljelo rame pacijenta
24.	- navući drugi rukav na zdravu ruku i rame
25.	- podvući košulju pod rame i leđa pacijenta
26.	- poravnati košulju sa strane – ispod ramena i leđa
27.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj, pokriti ga
	<b>OBLAČENJE KOŠULJE PACIJENTU U BOČNO – LEŽEĆEM POLOŽAJU:</b>
28.	- okrenuti pacijenta na bok zdrave strane, prema sebi
29.	- navući rukav košulje na bolesnu ruku pacijenta i podvući je preko leđa ispod bočne strane prsnog koša na kojoj leži
30.	- okrenuti pacijenta na leđa i izvući košulju ispod leđa
31.	- navući rukav na zdravu ruku, zakopčati košulju
32.	- vratiti pacijenta u bočni položaj
33.	- poravnati košulju na leđima
	<b>OBLAČENJE HLAČA TEŠKO POKRETNOM ALI SURADLJIVOM PACIJENTU:</b>
34.	- pacijenta postaviti u sjedeći položaj, noge preko ruba kreveta – pridržavati ga za leđa, ako je potrebno
35.	- navući hlače preko stopala i nogu do gluteusa (prvo bolesna, zatim zdrava noga)
36.	- postaviti pacijenta u stojeći položaj, pridržavati ga ako je potrebno ili mu dodati pomagalo za koje će se pridržavati (štap, hodalica, stolac)
37.	- navući hlače preko gluteusa i bokova
38.	- posjesti pacijenta na rub kreveta
39.	- zakopčati hlače
40.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj, pokriti ga
	<b>OBLAČENJE HLAČA NEPOKRETNOM PACIJENTU U KREKETU:</b>
41.	- pacijent leži na leđima
42.	- navući hlače preko stopala i nogu do gluteusa
43.	- odignuti gluteuse pacijenta
44.	- navući hlače preko gluteusa i bokova, zakopčati ih
45.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj



46.	- staviti zvono na dohvat ruke
47.	- svući rukavice, oprati i posušiti ruke nakon svakog postupka
48.	- rasporemiti upotrijebljene stvari u posudu za nečisto ili komunalni otpad
49.	- evaluirati i dokumentirati svaki postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK KUPANJA U KADI I TUŠIRANJE

---

---

### ***Naziv postupka***

Kupanje u kadi i tuširanje.

### ***Definicija postupka***

Kupanje u kadi i tuširanje je postupak kojim se održava higijena kože tijela.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 20 minuta.

### ***Svrha postupka***

Obavljanje osobne higijene, relaksacija.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Kupanje u kadi i tuširanje provodi se svakodnevno i prema potrebi pacijenta. Pacijent se može kupati i tuširati samostalno ili uz djelomičnu ili potpunu pomoć medicinske sestre/tehničara.

Kupanjem i tuširanjem pacijenta unapređuje se zdravlje, postiže se osjećaj ugone i samopoštovanja, pravovremeno se uočavaju i sprečavaju neželjene komplikacije koje mogu nastati zbog bolesnikovog stanja.

## Procjena

- samostalnosti pacijenta
- pokretljivosti i mogućnosti suradnje pacijenta
- psihofizičkog stanja i stanja svijesti pacijenta
- postojanje kontraindikacija za postupak – hemoptoa, vrlo nemiran pacijent...
- pacijentovog stanja kože i sluznica

## Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- kolica za potreban pribor
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- jednokratna zaštitna PVC pregača
	- 3 ručnika
	- papirnati ručnik
	- tekući pH neutralan sapun
	- 3 trljačice
	- termometar
	- odjeća: pidžama ili spavaćica
	- neklizajuća podloga za dno kade
	- stolac za tuširanje
	- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja, osigurati privatnost
3.	- staviti neklizajući podložak na dno kade/tuša
4.	- ako se pacijent kupava u kadi - napuniti kadu toplom vodom prije nego pacijent uđe u kadu. Temperaturu vode dogovoriti s pacijentom
5.	- uključiti prvo hladnu, potom toplu vodu
6.	- izmjeriti temperaturu vode
7.	- oprati i posušiti ruke, obući rukavice i pregaču

8.	- pomoći pacijentu da se razodjene i uđe u kadu – staviti pribor za kupanje pacijentu nadohvat ruke
9.	- napustiti prostoriju ako se pacijent može i želi kupati samostalno
10.	- ostati u blizini, provjeriti pacijenta svakih 5 minuta ili po potrebi
11.	- ako se pacijent ne može sam prati, oprati ga istim redoslijedom kao kod kupanja u krevetu. Nakon kupanja isprati tijelo tuširanjem
12.	- kod tuširanja: usmjeriti mlaz tuša od pacijenta dok se prilagođava temperatura vode, provjeriti temperaturu i pritisak vode
13.	- nasapunati tijelo pacijenta, oprati ga istim redoslijedom kao kod kupanja u krevetu, isprati tušem
14.	- pomoći pacijentu kod izlaska iz kade ili ispod tuša, posjesti ga na stolac
15.	- posušiti pacijenta koristeći određene ručnike za pojedini dio tijela, redoslijedom kako ste ga kupali – dobro posušiti područje ispod prsa, kožne nabore, područje anogenitalne regije, područje između prstiju)
16.	- namazati i izmasirati tijelo losionom
17.	- obući pacijenta
18.	- počešljati pacijenta
19.	- smjestiti pacijenta u krevet
20.	- rasporemiti i dezinficirati upotrijebljeni pribor
21.	- svući rukavice i skinuti pregaču
22.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke
23.	- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta
24.	- uputiti osoblje za održavanje higijene da počisti kadu i kupaonicu

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK KUPANJA NEPOKRETNOG PACIJENTA U KREVTU

---

### ***Naziv postupka***

Kupanje nepokretnog pacijenta u krevetu.

### ***Definicija postupka***

Kupanje nepokretnog pacijenta je dio osobne higijene tijela kojim se održava čistoća kože i sluznica.

### ***Provoditelj postupka***

Dvije med. sestre/tehničara.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 40 minuta.

### ***Svrha postupka***

Održavanje čistoće kože, noktiju i sluznica, uklanjanje mikroorganizama i neugodnog mirisa, poticanje cirkulacije, osiguravanje udobnosti, dobrog općeg osjećanja i samopoštovanja.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Kupanjem pacijenta unapređuje se zdravlje, postiže udobnost, pravovremeno se uočavaju i sprečavaju neželjene komplikacije koje mogu nastati zbog pacijentovog stanja. Tijekom kupanja medicinska sestra uspostavlja primjerenu komunikaciju i odnos povjerenja s pacijentom.

### Procjena

- pokretljivosti pacijenta, mogućnosti suradnje i komunikacije
- općeg stanja pacijenta
- kontraindikacija za postupak - vitalna ugroženost pacijenta
- stanja kože i sluznica pacijenta

### Planiranje i provođenje postupka

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica za pribor
	- zaštitna folija za krevet složena u valjak ili nepropusno platno i plahta
	- 2 lavora
	- vrč s toplom vodom
	- termometar
	- čista pidžama
	- čisto posteljno rublje
	- ručnici - 3 kom
	- trljačice – 4 kom.
	- staničevina/papirnati ručnici
	- tekući ph neutralan sapun ili gel
	- pribor za higijenu anogenitalne regije i noćna posuda
	- češalj ili četka
	- pribor za njegu noktiju - škare, kliješta, rašpa
	- sredstvo za masažu kože - losion, mlijeko, krema za tijelo
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- dezinficijens za pribor
	- jednokratne nesterilne rukavice, zaštitne PVC pregače
	- posuda za nečisto
	- koš za nečisto rublje

	IZVOĐENJE
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, zaštititi paravanom)
4.	- postaviti pacijenta u položaj prikladan za rad, podignuti krevet na radnu razinu
5.	- oprati, posušiti ruke, obući rukavice i zaštitnu pregaču-oba izvršitelja
6.	- u dogovoru s pacijentom maknuti jedan jastuk
7.	- cijelom dužinom ispod pacijenta, zaštititi krevet zaštitnom folijom ili nepropusnim platnom
8.	- skinuti pokrivač, ostaviti gornju plahtu ili navlaku
9.	- staviti ručnik na prsa pacijenta, na gornji rub plahte
10.	- staviti lavor na stolac s desne strane kreveta na papirnati ubrus/ručnik
11.	- napuniti dvije trećine lavora toplom vodom (43-46°C), provjeriti temperaturu vode termometrom
12.	- mokrom trljačicom oprati područje oko očiju, bez sapuna, oprati prvo suprotnu stranu
13.	- kutom trljačice oprati nježno oko, od vanjskog prema unutarnjem rubu. Za svako oko koristiti drugi kut. Posušiti oko suhim ručnikom
14.	- oprati lice u obliku brojke 3, oprati ispod nosa. S kutom trljačice oprati oko usta. Isprati i posušiti ručnikom
15.	- oprati uške, prvo suprotno uho, zatim uho do vas. Isprati i posušiti ručnikom
16.	- oprati prednju stranu vrata polukružnim pokretima, oprati stražnju stranu vrata. Isprati i posušiti. Ručnik odložiti na gornji rub kreveta.
17.	- skinuti gornji dio pidžame, pokriti pacijenta plahtom do struka. Ručnikom za brisanje tijela zaštititi gornji rub plahte i prsa pacijenta
18.	- zaštititi plahtu i krevet ručnikom za brisanje tijela uzduž suprotne ruke - svojim dlanom pridržavati podlakticu, neka podlaktica leži u vašoj ruci. Oprati između prstiju, podlakticu i nadlakticu. Isprati, posušiti ručnikom za brisanje tijela. Ponoviti postupak na suprotnoj strani.
19.	- u slučaju da pokretljivost ruku dozvoljava staviti lavor na ručnik u krevet, staviti šaku u vodu, oprati između prstiju, podlakticu, nadlakticu. Isprati, posušiti. Očistiti ispod noktiju. Ponoviti postupak na drugoj ruci.

20.	- otkriti prsa i oprati polukružnim pokretima rameni obruč, dojke u obliku brojke 8. Isprati i posušiti ručnikom za brisanje tijela. Oprati pazušne jame, prvo suprotnu jamu, isprati i osušiti. Ručnikom kojim je brisano lice pokriti prsni koš
21.	- povući zaštićeni prekrivač do simfize, prati trbuh polukružnim pokretima. Kutom trljačica oprati pupak. Isprati i posušiti ručnikom za tijelo.
22.	- okrenuti pacijenta na lijevi bok, pokriti prednji dio tijela prekrivačem
23.	- rub prekrivača zaštititi ručnikom za brisanje tijela, prati leđa uzdužnim pokretima, isprati, posušiti
24.	- izmasirati leđa i trticu losionom za tijelo
25.	- polukružnim pokretima oprati gluteuse, isprati, posušiti ručnikom za tijelo
26.	- razdvojiti gluteuse i grubu nečistoću odstraniti papirnatim ručnikom, odložiti ga u posudu za nečisto
27.	- provesti njegu analne regije prema standardu, za sušenje koristiti treći ručnik - promijeniti rukavice
28.	- vratiti pacijenta na leđa
29.	- obući gornji dio pidžame
30.	- zaštitnu foliju kojom se štiti krevet povući ispod leđa do struka
31.	- korištenu trljačicu odložiti u posudu za nečisto
32.	- promijeniti vodu i trljačicu, provjeriti temperaturu vode za pranje nogu
33.	- ako pacijent ne može saviti koljeno, otkriti suprotnu nogu, zaštititi genitalije, ručnik staviti uzdužno pod nogu i stopalo, nogu pridržavati svojom rukom, i oprati je ispruženu, dugim pokretima, isprati i posušiti
34.	- ako pacijent može saviti koljeno, staviti lavor na ručnik, uroniti stopalo u vodu, prati dugim pokretima potkoljenu i natkoljenu, isprati i posušiti. Ponoviti postupak s drugom nogom
35.	- odrezati nokte, maknuti lavor i ručnik, pokriti pacijenta pokrivačem
36.	- promijeniti lavor, vodu i trljačicu, provjeriti temperaturu vode



37.	- ako može, dopustiti pacijentu da sam opere svoje genitalije. Postaviti noćnu posudu ispod gluteusa. Namjestiti pacijentu lavor nadohvat ruke, nasapunati čistu trljačicu, staviti je nadohvat ruke ili je dati pacijentu u ruku. Ispirati trljačicu i dodavati je pacijentu. Polijevanjem iz vrča isprati spolovilo. Maknuti noćnu posudu, odložiti je pod krevet. Posušiti genitalije trećim ručnikom.
38.	- maknuti zaštitnu foliju ispod pacijenta, pokriti ga
39.	- počešljati pacijenta
40.	- namjestiti krevet, po potrebi ga presvući, rublje odložiti u koš za nečisto
41.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilan položaj
42.	- staviti signalno zvono nadohvat ruke
43.	- rasporemiti upotrijebljeni pribor i rublje
44.	- skinuti rukavice i pregaču
45.	- oprati i dezinficirati pribor – češalj, škarice, rašpicu
46.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke
	- evaluirati i dokumentirati i postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK HIGIJENE ANOGENITALNE REGIJE KOD NEPOKRETNOG MUŠKARCA

---

### ***Naziv postupka***

Higijena anogenitalnog područja kod muškarca.

### ***Definicija postupka***

Higijena anogenitalnog područja kod pacijenata je postupak kojim se održava čistoća navedenog područja.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

Dvije medicinske sestre/tehničara, kod teškog pacijenta.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 15 minuta.

### ***Svrha postupka***

Održavanje čistoće anogenitalnog područja smanjuje mogućnost nastanka infekcije i drugih komplikacija, otklanja neugodne mirise, stvara osjećaj ugone i samopoštovanja.

### **Osnovna obilježja postupka**

Zbog specifičnosti područja navedeni postupak se provodi više puta tijekom 24 sata ovisno o potrebama pacijenta, pri čemu treba osigurati privatnost, vodeći brigu o dostojanstvu pacijenta. Uključuje pranje penisa, skrotuma i analnog područja.

### **Procjena**

- stupnja pokretljivosti pacijenta
- mogućnosti komunikacije i suradnje pacijenta
- inkontinencije urina i stolice
- uvedenog urinarnog katetera kod pacijenta
- pacijentovog stanja sluznica i kože urogenitalnog i analnog područja

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica za pribor
	- nepropusni podložak
	- odgovarajuća pomagala (ulošci, mrežaste gaćice i/ili pelene)
	- trljačice
	- plahta
	- nesterilne jednokratne rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- lavor
	- tekući, ph neutralan, sapun za intimnu njegu
	- staničevina ili papirnati ručnici
	- zaštitna jednokratna pregača
	- termometar
	- paravan

IZVOĐENJE	
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- zaštititi krevet paravanom – osigurati privatnost
4.	- postaviti pacijenta u položaj prikladan za rad – na leđa ili bok
5.	- napuniti lavor toplom vodom 40°C
6.	- provjeriti temperaturu vode termometrom
7.	- smjestiti lavor pokraj kreveta, na stolicu
8.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke i obući rukavice
9.	- krevet zaštititi nepropusnim podloškom
10.	- pridržavati pacijentove noge u potrebnom položaju – ako je moguće, razmaknute i savinute u koljenima
11.	- nasapunati vlažnu trljačicu
12.	- nasapunati dlakavi dio spolovila
13.	- oprati, isprati
14.	- povući kožicu preko glansa ako kožica nije obrezana
15.	- držati penis i oprati vrh, kružnim pokretima nasapunanom trljačicom, prati od sredine prema van, isprati, ponoviti postupak ako je potrebno
16.	- vratiti kožicu u prirodni položaj
17.	- oprati cijeli penis, isprati
18.	- oprati skrotum, dobro isprati, obrisati, osušiti penis, skrotum i dlakavi dio
19.	- okrenuti pacijenta na bok, oprati analno područje i perineum, isprati, obrisati, posušiti. Vratiti pacijenta na leđa
20.	- ako je pacijent inkontinentan staviti uložak i mrežaste gaćice ili pelenu
21.	- maknuti nepropusni podložak, urediti krevet
22.	- staviti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
23.	- rasporemiti upotrijebljeni pribor i odložiti u komunalni otpad
24.	- svući rukavice
25.	- oprati i posušiti ruke
26.	- evaluirati i dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK HIGIJENE ANOGENITALNE REGIJE KOD ŽENA

---

---

### ***Naziv postupka***

Higijena anogenitalnog područja kod žena

### ***Definicija postupka***

Higijena anogenitalnog područja kod pacijentica je postupak kojim se održava čistoća navedenog područja.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

Dvije medicinske sestre/tehničar kod nepokretne i nesuradljive pacijentice.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 15 minuta.

### ***Svrha postupka***

Održavanje čistoće anogenitalnog područja smanjuje mogućnost nastanka infekcije i drugih komplikacija, otklanja neugodne mirise, stvara osjećaj ugone i samopoštovanja.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Zbog specifičnosti područja navedeni postupak se provodi više puta tijekom 24 sata ovisno o potrebama pacijentica, pri čemu treba osigurati privatnost, vodeći brigu o dostojanstvu pacijentica.

## Procjena

- stupnja pokretljivosti pacijentice
- mogućnosti komunikacije i suradnje pacijentice
- inkontinencije urina i stolice
- uvedenog urinarnog katetera kod pacijentice
- pacijentičinog stanja sluznica i kože anogenitalnog područja

## Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- kolica za pribor
	- nepropusni podložak za krevet
	- odgovarajuća pomagala (ulošci, mrežaste gaćice i pelene)
	- trljačice
	- plahta
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- lavor
	- noćna posuda
	- vrč, irigator
	- staničevina ili papirnati ručnici
	- zaštitna pregača
	- termometar
	- tekući, ph neutralan, sapun za intimnu njegu
	- paravan
	- koš za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenticu, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- zaštititi krevet paravanom – osigurati privatnost
4.	- napuniti lavor toplom vodom 40°C

5.	- provjeriti temperaturu vode termometrom
6.	- smjestiti lavor pokraj kreveta, na stolicu
7.	- oprati/dezinficirati ruke i obući rukavice
8.	- krevet zaštititi nepropusnim podloškom
9.	- pacijentici saviti noge u koljenima (ako je moguće), raširiti ih
10.	- pridržavati noge u potrebnom položaju tijekom pranja
11.	- nasapunati vlažnu trljačicu
12.	- nasapunati vanjski, dlakavi dio spolovila, od simfize do kraja vagine
13.	- oprati, isprati, obrisati
14.	- razdvojiti velike usne (labije), uzdužnim pokretima od klitorisa do vagine, bez sapuna, s čistom trljačicom oprati sluznicu, isprati, obrisati, posušiti, ponoviti postupak ako je to potrebno
15.	- kod vaginalnog krvarenja i infekcija, spolovilo oprati na noćnoj posudi, pod mlazom iz vrča ili irigatora, te isprati i posušiti
16.	- okrenuti pacijenticu na bok, jednim potezom oprati rektalno područje od vagine do anusa, isprati, obrisati, po potrebi ponoviti postupak i posušiti
17.	- kod inkontinencije i/ili krvarenja obući mrežaste gaćice, staviti uložak ili pelenu
18.	- maknuti nepropusni podložak, urediti krevet, nečiste plahte odložiti u koš za nečisto
19.	- staviti pacijenticu u udoban ili prisilni položaj
20.	- rasporemiti upotrijebljeni pribor i odložiti u komunalni otpad
21.	- svući rukavice, odložiti u komunalni otpad
22.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
23.	- evaluirati i dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROVOĐENJA HIGIJENE ZDRAVOG STOPALA

---

---

### ***Naziv postupka***

Higijena zdravog stopala.

### ***Definicija postupka***

Higijena stopala i noktiju je dio dnevne njege pri čemu se održava čistoća stopala.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za svakodnevnu higijenu stopala potrebno je 10 minuta, za higijenu stopala s higijenom noktiju potrebno je 20 minuta.

### ***Svrha postupka***

Održavanje higijene stopala i noktiju, sprječavanje infekcije, povreda i stvaranje osjećaja ugodne i samopoštovanja.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Stopala se lako ozlijede i inficiraju. Nečista stopala i čarape su povoljna podloga za razvoj mikroorganizama, uzrokuju neugodan miris. Održavanjem higijene stopala poboljšava se cirkulacija i hrani koža. Higijena se provodi svakodnevno.



## Procjena

- općeg stanja pacijenta
- pacijentovih higijenskih navika
- pacijentovog stanja kože stopala i noktiju (promjena, oštećenja, cirkulacije, dijabetičko stopalo, pucanje kože, kurje oči, zadebljali nokti, rasklimani nokti...)

## Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- kolica za pribor
	- lavor ili kadica s toplom vodom
	- hranjiva krema za kožu
	- ručnik
	- papirnati ručnik
	- ph neutralni sapun za pranje
	- pribor za toaletu noktiju
	- termometar
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- jednokratna zaštitna PVC pregača
	- alkoholni dezinficijens za pribor i ruke
	- zaštitni podložak
	- čiste čarape
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- postaviti pacijenta u položaj prikladan za rad
4.	- dogovoriti s pacijentom temperaturu vode
5.	- ispuniti dvije trećine posude toplom vodom
6.	- provjeriti temperaturu vode termometrom
7.	- oprati i posušiti ruke, obući rukavice i zaštitnu pregaču
8.	- ako se higijena provodi u krevetu zaštititi posteljno rublje zaštitnim podložkom
9.	- pomoći pacijentu da stavi stopala u posudu s vodom

10.	- oprati stopala i između prstiju sapunom za pranje, isprati, obrisati i temeljito osušiti naročito između prstiju
11.	- ukoliko se provodi higijena i rezanje noktiju držati stopala 15 do 20 minuta u toploj vodi
12.	- očistiti ispod noktiju sa stikom za kožicu, nakon svakog nokta očistiti stik papirnatim ručnikom
13.	- izvaditi nogu po nogu iz vode i osušiti je
14.	- rezati nokte ravno s klještima za nokte, oblikovati nokte rašpom
15.	- potisnuti kožicu natrag sa stikom za nokte
16.	- namazati losionom od koljena do tabana, ne mazati između prstiju
17.	- obući čarape ako pacijent želi
18.	- obući neklizajuću obuću
19.	- rasprijeti pribor
21.	- svući rukavice i zaštitnu pregaču, odložiti u komunalni otpad
22.	- oprati i posušiti ruke
23.	- evaluirati i dokumentirati postupak
24.	- ako pacijent noge može oprati sam priprema je ista, pomoći pacijentu prema procjeni

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRANJA KOSE NEPOKRETNOM PACIJENTU U KREKETU

---

---

### ***Naziv postupka***

Pranje kose nepokretnom pacijentu u krevetu.

### ***Definicija postupka***

Pranje kose je postupak kojim se održava higijena vlasišta i kose.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 20-30 minuta, ovisno o zamršenosti i dužini kose.

### ***Svrha postupka***

Održavanje vlasišta i kose čistom, stvara osjećaj ugone i podiže samopoštovanje.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Pranje kose se obavlja najmanje jednom tjedno. Prilikom pranja kose treba voditi brigu da je glava pacijenta nagnuta prema natrag, ako nije kontraindicirano.

**Procjena:**

- mogućnosti suradnje pacijenta
- psihofizičkog stanja pacijenta
- prisutnosti kontraindikacija za postupak (netom učinjena operacija...)
- stanja kože vlasišta, opadanja kose
- zamršenosti kose pacijenta
- mogućih nametnika u vlasištu pacijenta (prisutnost ušiju, gnjida)

**Planiranje i provođenje**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- kolica za pribor
	- sušilo za kosu
	- taca
	- PVC bazen za pranje kose
	- PVC posuda za otpadnu vodu
	- šampon i regeneratorski po potrebi kod duge kose
	- vrč 2 litre i izvor tople vode
	- termometar
	- jednokratne nesterilne rukavice i zaštitna PVC pregača
	- češalj (s velikim zupcima) i četka
	- tekući deterdžent
	- alkoholni dezinficijensi za ruke i pribor
	- ručnici i staničevina
	- posuda za nečisto
	- paravan
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati i posušiti svoje ruke
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja, osigurati privatnost

4.	- upozoriti pacijenta ako postoji mogućnosti jačeg ispadanja kose prilikom pranja, uslijed specifičnih situacija - kemoterapija
5.	- smjestiti pacijenta na leđa, pročešljati kosu, dogovoriti s pacijentom toplinu vode
6.	- maknuti jastuke
7.	- staviti PVC bazen na uzglavlje kreveta
8.	- obući rukavice i zaštitnu pregaču
9.	- položiti glavu pacijenta u bazen
10.	- vrat pacijenta zaštititi ručnikom
11.	- na pod pokraj kreveta staviti PVC posudu za nečistu vodu
12.	- crijevo iz bazena staviti u PVC posudu za nečistu vodu
13.	- napuniti vrč toplom vodom - temperaturu vode provjeriti termometrom
14.	- zaštititi oči pacijenta vlažnim, toplim ručnikom
15.	- navlažiti kosu vodom iz vrča
16.	- uzeti malu količinu šampona, započeti pranje, kružnim pokretima, vršcima prstiju, masirati kožu glave od čela prema zatiljku
17.	- vodom iz vrča isprati kosu, istisnuti vodu iz kose, (ako je kosa jako prljava ponoviti šamponiranje i ispiranje)
18.	- prekriti kosu ručnikom, obrisati lice
19.	- pacijentu podići glavu i ukloniti bazen
20.	- istrljati kosu suhim ručnikom
21.	- počešljati, osušiti i oblikovati kosu
22.	- smjestiti pacijenta u udoban položaj
23.	- oprati, dezinficirati i pospremiti upotrijebljeni pribor
24.	- svući rukavice i zaštitnu pregaču
25.	- oprati i posušiti ruke
26.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta, kose i vlasišta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ČETKANJA I ČEŠLJANJA KOSE NEPOKRETNOM PACIJENTU

---

---

### ***Naziv postupka***

Četkanje i češljanje kose nepokretnom pacijentu.

### ***Definicija postupka***

Četkanje i češljanje kose nepokretnog pacijenta dio je jutarnje i poslijepodnevne njege i/ili kada je to potrebno.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5-10 minuta ovisno o dužini i zamršenosti kose.

### ***Svrha postupka***

Četkanjem i češljanjem se povećava protok krvi kože vlasišta, sprječava čupavost i zamršenost kose, postiže se urednost, podizanje razine samopoštovanja i ugode.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Navedeni postupak se provodi dva puta dnevno ovisno o potrebama pacijenta, pri čemu treba osigurati privatnost, vodeći brigu o dostojanstvu pacijenta. Nikada ne šišati čupavu i zamršenu kosu bez odobrenja pacijenta.

### Procjena:

- pokretnosti pacijenta i mogućnosti suradnje
- općeg stanja i stanja svijesti pacijenta
- prisutnosti kontraindikacija za izvođenje postupka (svježi implantat kose)
- pacijentovog stanja kože vlasišta (rane, kraste, seboreja, stupanj masnoće, čistoće...)
- zamršenosti pacijentove kose
- opadanja kose pacijentu
- prisutnost mogućih nametnika u vlasištu pacijenta (prisutnost ušiju, gnjida)

## PLANIRANJE I PROVOĐENJE POSTUPKA

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- češalj (s velikim zupcima) i četka
	- tekući deterdžent
	- alkoholni dezinficijensi za ruke i pribor
	- ručnik, staničevina, posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati ruke/utrljati alkoholni dezinficijens, posušiti ih
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- staviti pacijenta u sjedeći položaj, ili ga okrenuti na bok ako ne može sjediti
5.	- ako pacijent sjedi zaštititi mu ramena ručnikom. Ako pacijent leži zaštititi jastuk
6.	- zamoliti pacijenta da skine naočale
7.	- podijeliti kosu uzdužno polovicom glave
8.	- raščešljavati pramen po pramen od vrha prema korijenu kose
9.	- učiniti isto na drugoj polovici glave
10.	- obratiti pažnju na stražnji dio glave i dobro počešljati zamršeni dio vlasišta
11.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj

12.	- očistiti češalj staničevinom, oprati pod tekućom vodom i deterdžentom, isprati, posušiti i dezinficirati alkoholnim dezinficijensom
13.	- pospremiti upotrijebljeni pribor, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
14.	- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje vlasišta



## **STANDARDIZIRANI POSTUPAK STAVLJANJA NOĆNE POSUDE NEPOKRETNOM PACIJENTU**

---

---

### ***Definicija postupka***

Stavljanje noćne posude za eliminaciju stolice i urina.

### ***Provođenje postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

Dvije medicinske sestre kod nepokretnog pacijenta.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

### ***Svrha postupka***

Eliminacija stolice i urina.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Eliminacija stolice i urina u noćnu posudu je postupak kojim se osigurava pražnjenje crijeva i mokraćnog mjehura pacijentima koji su nepokretni, a nisu inkontinentni, u ležećem, prisilnom ili sjedećem položaju, u krevetu ili na stolici. Noćna posuda treba biti ergonomskog oblika, neoštećena, bez oštrih rubova prilagođena temperaturi tijela.

## Procjena

- općeg stanja pacijenta, (stupnja pokretljivosti, mogućnosti samozbrinjavanja...)
- prisutnosti povreda i oštećenja kože gluteusa i trtice pacijenta
- bola u leđima, kukovima, trtici pacijenta
- psihičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije s pacijentom
- poremećaja i poteškoća pri defekaciji

## Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- paravan
	- topla noćna posuda, posuda za mokrenje
	- zaštitni nepropusni podložak
	- toaletni papir
	- posuda za pranje perianalnog dijela ili vlažne maramice
	- pH neutralni sapun
	- ručnik, papirnati ručnik
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- PVC pregača
	- posuda za komunalni otpad - koš
	<b>POSTUPAK</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak
3.	- osigurati privatnost - zaštititi krevet paravanom
4.	- dezinficirati i posušiti svoje ruke, obući rukavice
5.	- smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj
6.	- zaštititi krevet nepropusnim podloškom
7.	- odignuti pokrivač do gornjeg dijela natkoljenica
8.	- uputiti pacijenta da ako može, savije koljena i upirući se o pete podigne glutealni dio
9.	- jednom rukom pridrži pacijentu lumbosakralni dio leđa, a drugom staviti noćnu posudu pod gluteuse i trticu

10.	<p>- ako pacijent ne može odignuti glutealni dio potrebne su dvije osobe za izvođenje postupka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spustiti krevet u vodoravan položaj</li> <li>• pomoći pacijentu ili ga okrenuti na bok, stražnjim dijelom okrenutim prema nama</li> <li>• staviti gornji rub noćne posude bočno na željeni dio gluteusa, ispod trtice</li> <li>• pomoći pacijentu da se sam okrene ili ga medicinska sestra okrenute na leđa, gluteusi su postavljeni na noćnu posudu. Anus mora biti na otvoru noćne posude</li> </ul> <p>- kad je pacijent smješten na noćnu posudu, pažljivo podići uzglavlje kreveta ako dopušta stanje pacijenta, pokriti ga</p>
11.	- ako je moguće pacijenta ostaviti samoga
13.	- staviti zaštitne stranice na krevet ako je potrebno
14.	- osigurati pacijentu zvono na dohvata ruke
15.	- doći odmah na poziv pacijenta
16.	- dopustiti pacijentu da obriše vlažnim maramicama perianalni dio – ako može, ukloniti noćnu posudu na isti način kako je postavljena
17.	- urediti analnu i perianalnu regiju
18.	- pomoći pacijentu da se udobno smjesti i pomoći mu da opere i obriše ruke
19.	- ne uklanjati stolicu ili urin u slučaju bilo kakvih abnormalnosti (primjesa sluzi, krvi, gnoja)
20.	- o abnormalnostima stolice ili urina obavijestiti liječnika, postupiti prema odredbama (poslati na ordinirane pretrage)
21.	- zbrinuti upotrijebljeni pribor i materijal prema pravilima zdravstvene ustanove
22.	- svući rukavice, oprati i posušiti ruke.
23.	- qevaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta, upisati abnormalnosti i provedene odredbe liječnika

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK STAVLJANJA PELENA I ULOŽAKA INKONTINENTNOM PACIJENTU U KREVETU

---

---

### ***Naziv postupka***

Stavljanje pelena i uložaka za eliminaciju stolice i urina inkontinentnom pacijentu u krevetu.

### ***Definicija postupka***

Stavljanje pelena i uložaka inkontinentnom pacijentu je postupak kojim se omogućava ugodan i dostojanstven način eliminacije stolice i urina, smanjuje rizik za iritaciju kože i pojavu komplikacija ležanja na najmanju moguću mjeru.

### ***Provođenje postupka***

Dvije medicinske sestre/tehničari.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Eliminacija stolice i urina.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Eliminacija stolice i urina u pelenu ili uložak postupak je kojim se osigurava pražnjenje crijeva i mokraćnog mjehura bolesnicima koji su nepokretni i inkontinentni, u ležećem, prisilnom ili sjedećem položaju u krevetu. Pelene ili uložak te mrežaste gaćice trebaju biti odgovarajuće veličine i moći upijanja s indikatorom vlažnosti i ela-

stičnom trakom protiv istjecanja sadržaja. Pelena i uložak se mijenjaju kada indikator vlažnosti promijeni boju.

### Procjena

- općeg stanja pacijenta, (stupanj pokretljivosti i mogućnosti samozbrinjavanja...)
- prisutnosti povreda i oštećenja glutealnog dijela kože pacijenta
- bola u lumbosakralnom dijelu leđa i kukovima pacijenta
- psihičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije s pacijentom
- poremećaja i poteškoća pri defekaciji i uriniranju

### Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- paravan
	- zaštitni nepropusni podložak
	- pelena odgovarajuće veličine ili uložak+mrežaste gaće
	- toaletni papir
	- posuda za pranje ili emulzija za uklanjanje grube nečistoće
	- ph neutralan sapun
	- ručnik, papirnati ručnik
	- antiseptik za ruke
	- jednokratne nesterilne rukavice, PVC pregača
	- posuda za otpad/PVC vreća
	<b>POSTUPAK</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- osigurati privatnost - postaviti paravan, zatvoriti vrata
4.	- dezinficirati i posušiti ruke, obući rukavice
5.	- smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj
	- zaštititi krevet podložkom
6.	- spustiti pokrivač do koljena

7.	<p>-ukoliko pacijent već ima pelenu svući je na sljedeći način: Stavljanje čiste pelene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• saviti pelenu po dužini tako da slijedi anatomske oblike tijela</li> <li>• kod žena širi dio pelene staviti pod leđa do struka i ispod suprotnog boka, a kod muškaraca širi dio pelene staviti sprijeda</li> <li>• pelenu provući između nogu</li> <li>• vratiti pacijenta na leđa, priljubiti pelenu uz tijelo i fiksirati krilca</li> </ul>
8.	<p>Svlačenje uložka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zamoliti pacijenta ako može, da savije koljena i upirući se o pete podigne gluteuse</li> <li>• spustiti mrežaste gaćice do koljena</li> <li>• prednjim dijelom uložka odstraniti grubu nečistoću</li> <li>• okrenuti pacijenta na bok, s gluteusa i anusa odstraniti nečistoću i ukloniti uložak odlažući ga u PVC vreću.</li> <li>• gluteuse i perianalnu regiju oprati prema standardu ili upotrijebiti emulziju za čišćenje kože i odstraniti zaštitni podložak. Ako je jednokratni odložiti ga u PVC vreću. Višekratni odložiti u koš za nečisto rublje</li> <li>• promijeniti rukavice</li> </ul> <p>Oblačenje novog uložka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• saviti uložak po dužini tako da slijedi anatomske oblike tijela</li> <li>• kod žena širi dio uložka staviti pod leđa do struka, a kod muškaraca širi dio uložka staviti sprijeda</li> <li>• vratiti pacijenta na leđa, zamoliti ga, ako može, da savije koljena i upirući se o pete podigne gluteuse</li> <li>• gaće povući do struka (ako je potrebno promijeniti ih)</li> </ul>
9.	<p>- pomoći pacijentu da se udobno smjesti</p>
10.	<p>- zbrinuti upotrijebljeni pribor i materijal prema pravilima zdravstvene ustanove</p>
11	<p>- svući rukavice, odložiti ih u PVC vreću</p>

12.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
13.	- evaluirati i dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MASAŽE KOŽE TIJELA KAO PREVENCIJA KOMPLIKACIJA DUGOTRAJNOG LEŽANJA

---

---

### ***Naziv postupka***

Masaža kože tijela kao prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja

### ***Definicija postupka***

Masaža kože tijela je postupak kojim se trljanjem kože, stimulira cirkulacija i prevenciji komplikacije dugotrajnog ležanja. (isključuje sve oblike fizikalne terapije)

### ***Provođenje postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 10 minuta

### ***Svrha postupka***

Poticaj cirkulacije, održavanja tonusa kože i stvaranju osjećaja ugone.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Masira se cijelo tijelo, a naročita pozornost se posvećuje mjestima koja su izložena pritisku. Postupak se provodi više puta tijekom 24 sata, ovisno o procjeni. Masira se samo zdrava koža.



## Procjena

- stanja pacijentove kože (crvenilo, oštećenje...)
- mogućnosti suradnje s pacijentom
- pokretljivosti pacijenta
- stanja svijesti pacijenta i mogućnosti komunikacije
- prisutnosti bola

## Planiranje i provođenje

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- ručnik
	- losion
	- paravan
	- jednokratne PVC rukavice
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- osigurati privatnost - zatvoriti vrata, staviti paravan
4.	- oprati i posušiti ruke
5.	- obući rukavice
6.	- postaviti pacijenta u odgovarajući položaj prikladan za rad – voditi brigu o ograničenjima, slijed i učestalost utrljavanja losiona ovisi o mjestima visokog rizika za oštećenje integriteta kože
7.	- okrenuti pacijenta na bok - leđa okrenuta prema vama, ili na trbuh, otkriti leđa i ramena, pokriti prednji dio tijela pokrivačem
8.	- rasprostrti ručnik uzduž leđa
9.	- utrljavati losion uzduž leđa i ramena polukružnim pokretima
10.	- utrljavati losion u područje trtice i gluteusa polukružnim ili kružnim pokretima
11.	- vratiti pacijenta u prvobitni položaj i pokriti ga
13.	- utrljavati losion na ruke i laktove
14.	- utrljavati losion po nogama i stopalima (naročito u pete)

15.	- obući pacijenta, smjestiti ga udoban ili prisilni položaj
16.	- zategnuti posteljno rublje
17.	- rasporemiti i odložiti upotrijebljeni pribor
18.	- svući rukavice, odložiti ih u komunalni otpad
	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
19.	- evaluirati i dokumentirati postupak i izgled kože

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PREMJEŠTANJA NEPOKRETNOG PACIJENTA U LEŽEĆEM POLOŽAJU POMOĆU KLIZNE PLOČE (ROLLERBOARD)

---

### ***Naziv postupka***

Premještanje nepokretnog pacijenta s jednog ležaja na drugi pomoću klizne ploče.

### ***Definicija postupka***

Premještanje nepokretnog pacijenta u ležećem položaju je postupak kojim se pomoću klizne ploče pacijent premješta s jednog ležaja na drugi.

### ***Provoditelj postupka***

Dvije medicinske sestre/tehničar

Četiri do pet osoba za premještanje vrlo pretilih pacijenata ili pacijenata čije zdravstveno stanje zahtijeva sudjelovanje više osoba za premještanje.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 8 - 10 minuta. ovisno o zdravstvenom stanju pacijenta, njegovoj tjelesnoj građi i okolinskim uvjetima u kojima se pacijent premješta.

### ***Svrha postupka***

Brzo i lagano, ugodno za pacijenta, fizički neopterećujuće za osoblje (čuvanje kralješnice osoblja) premještanje nepokretnog pacijenta s jednog ležaja na drugi.

### **Osnovna obilježja postupka**

Za provođenje postupka potrebno je oba ležaja postaviti u istu razinu. Ploču postaviti tako da je polovica klizne ploče uzdužno ispod pacijenta, a druga polovica ploče je na ležaju na kojeg premještamo pacijenta. Podučiti osoblje korištenju klizne ploče.

### **Procjena:**

- općeg stanja i stanja svijesti pacijenta
- sposobnosti razumijevanja i mogućnosti suradnje pacijenta
- tjelesne građe i zdravstvenog stanja pacijenta (smije li se pacijent poleći na ravno i na leđa, potreba za većim brojem medicinskih sestara/tehničara)
- okolinskih uvjeta za izvođenje postupka (ima li mjesta u sobi za paralelno postavljanje kreveta, može li se izravnati krevet...)

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA</b>
	- klizna ploča (rollerboard)
	- ležaj na koji želimo premjestiti pacijenta
	- jednokratne nesterilne rukavice - po potrebi
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- dezinficijens za ploču
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjeriti znanje zaposlenika o korištenja klizne ploče
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost
5.	- osigurati dovoljno prostora za premještanje pacijenta
6.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
7.	- obući rukavice – po potrebi
8.	- izravnati oba ležaja – spustiti uzglavlje

9.	- izjednačiti razinu oba ležaja, prisloniti ih jednog uz drugi i zakočiti ih
10.	- ukloniti sve jastuke s kreveta
11.	- jedna sestra stoji s jedne strane kreveta na kojem leži pacijent i lagano nagne pacijenta prema sebi držeći ga za suprotno rame i bok
12.	- sestra koja stoji s druge strane ležaja na koji premještamo pacijenta, izravna kliznu ploču i podmetne je cijelom dužinom ispod tijela pacijenta
13.	- vratiti pacijenta u ležeći položaj na kliznu ploču (ploču podvući do kralješnice)
14.	- druga polovica klizne ploče je na ležaju na koji se premješta pacijent
15.	- obje medicinske sestre na dogovoreni znak istovremeno laganim guranjem i povlačenjem pacijenta preko klizne površine preklizavaju pacijenta na drugi ležaj (sestra koja je na strani kreveta na kojem pacijent leži gura pacijenta, a sestra koja je na strani kreveta na koji se pacijent premješta povlači pacijenta)
16.	- kada je pacijent premješten na drugi ležaj, lagano ga okrenuti na bok i maknuti kliznu ploču
17.	- postaviti pacijenta u udoban ili prisilni položaj, postaviti jastuke, pokriti ga
18.	- dezinficirati, posušiti i pospremiti kliznu ploču
19.	- svući rukavice
20.	- oprati i posušiti ruke
21.	- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PREMJEŠTANJA PACIJENTA IZ KREVETA U SJEDEĆA KOLICA

---

### ***Naziv postupka***

Premještanje pacijenta iz kreveta u sjedeća kolica.

### ***Definicija postupka***

Premještanje pacijenta iz kreveta u sjedeća kolica je postupak kojim se omogućava promjena položaja pacijenta.

### ***Provođenje postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

Dvije medicinske sestre/tehničara ako je pacijent lošeg općeg stanja.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 7 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je sigurno premještanje pacijenta iz kreveta u kolica, s ciljem promjene položaja, sprečavanja komplikacija ležanja ili zbog transporta pacijenta.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Premještanje pacijenata s kreveta na sjedeća kolica provodi se u slučaju nemogućnosti samostalnog premještanja ili pacijentu propisanog ograničenja pokretljivosti.

Premještanje se provodi poticanjem pacijenta na suradnju i korištenjem njegovih preostalih mogućnosti. Premještanje pacijenta mora biti sigurno za pacijenta i proveditelje postupka.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta (stupanj pokretljivosti, mišićne snage, podnošenja napora, mogućnosti komunikacije i suradnje...)
- prisutnosti povreda, oštećenja, propisanih ograničenja pacijenta
- prisutnost i vrsta bola
- ispravnosti sjedećih kolica

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- sjedeća kolica
	- papuče, ogrtač
	- pomagalo za podizanje (trapez, uzde...)
	- jednokratne nesterilne rukavice, prema procjeni
	- jastuk i pojas za fiksiranje, prema procjeni
	<b>POSTUPAK:</b>
2.	- provjeriti dokumentaciju pacijenta i poštivati sva propisana ograničenja
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- po potrebi obući rukavice
5.	- pripremiti pacijenta za postupak (osigurati privatnost, obući odjeću i obuću)
6.	- postaviti kolica paralelno s krevetom tako da je naslon kolica okrenut prema uzglavlju kreveta
7.	- skinuti stranicu kolica koja je do kreveta
8.	- zakočiti kolica
9.	- podignuti držače za noge na kolicima, ukoliko postoje

10.	<p>a) premještanje pacijenta uz pomoć jedne osobe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacijent samostalno, ako može, uz pomoć pomagala ili sestre, zauzme sjedeći položaj</li> <li>- spustiti noge preko ruba kreveta i obuti papuče</li> <li>- stati ispred pacijenta u lagani raskorak, svojim rukama obuhvatiti pacijenta ispod pazuha (svoje lice okrenuti u stranu – ne disati u pacijenta)</li> <li>- pacijent obuhvati sestru za ramena ili oko vrata</li> <li>- sestra svojim koljenima fiksira koljena pacijenta</li> <li>- uspraviti pacijenta i polukružnim pokretom smjestiti pacijenta u kolica</li> <li>- vratiti stranicu kolica</li> <li>- spustiti držače za noge</li> <li>- namjestiti noge na držače</li> <li>- nasloniti leđa pacijenta na naslon</li> <li>- ruke pacijenta položiti u krilo ili na stranice kolica</li> </ul>
11.	<p>b) premještanje pacijenta uz pomoć dvije osobe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pacijent uz pomoć dvije osobe zauzme sjedeći položaj u krevetu, s lagano privučenim koljenima (svaka medicinska sestra je s jedne strane kreveta)</li> <li>- jedna medicinska sestra pridržava pacijenta a druga prelazi na istu stranu kreveta i postavlja kolica uz krevet u ravnini pacijentovih gluteusa, naslon kolica okrenuti prema uzglavlju kreveta</li> <li>- skinuti stranicu kolica uz krevet</li> <li>- jedna medicinska sestra stoji iza pacijenta i obuhvati ga ispod pazuha, a druga ispred kolica i obuhvati ga ispod koljena i bedara</li> <li>- istovremeno, (na tri), prenose ga na kolica i stavljaju u sjedeći položaj</li> <li>- vratiti stranicu kolica</li> <li>- pravilno smjestiti pacijenta u kolica; uspraviti leđa, spustiti držače i podići noge na držače, ruke staviti na stranice kolica ili na jastuk ako je potrebno (jastuk se u tom slučaju stavlja na koljena pacijenta).</li> <li>- obuti papuče,</li> <li>- ako je potrebno, pojasom fiksirati pacijenta ispod prsa i koljena</li> </ul>



## ZADOVOLJAVANJE OSNOVNIH LJUDSKIH POTREBA - SAMOZBRINJAVANJE

12.	- svući rukavice (ako su upotrebljavane)
13.	- oprati i posušiti ruke
14.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROMJENE POLOŽAJA NEPOKRETNOG PACIJENTA U KREVTU

---

---

### ***Naziv postupka***

Promjena položaja nepokretnog pacijenta u krevetu u polusjedeći, sjedeći, bočni i trbušni položaj.

### ***Definicija postupka.***

Promjena položaja nepokretnog pacijenta u krevetu je postupak kod kojeg pacijent sam, uz pomoć pomagala, jedne ili više medicinskih sestara mijenja položaj u krevetu.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra kada je potrebna pomoć pacijentu pri okretanju.

Dvije ili više medicinskih sestara u slučaju potpune nepokretnosti i ovisno o težini stanja pacijenta.

### ***Trajanje postupka***

Postupak se izvodi 5-10 minuta, ovisno o težini stanja pacijenta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je spriječiti komplikacije dugotrajnog ležanja, učiniti podnošljivim prisilni položaj koji određuje bolest ili neki medicinsko tehnički zahvat i osigurati udobnost pacijenta.

### **Osnovna obilježja postupka**

Pacijent može u krevetu promijeniti položaj na dva načina:

- 1.) - aktivno: sam svojom snagom, ili koristeći pomagala - trapez, uzde, električnim podizanjem i nagibanjem kreveta.
2. - pasivno: uz pomoć druge osobe, druge osobe i pomagala (ovisno o stupnju mogućnosti samozbrinjavanja i stanju pacijenta).

Frekvencija promjene položaja i broj potrebnih sestara određuje se na temelju stanja pacijenta. Pacijentu se mijenja položaj svaka dva sata ako planom zdravstvene njege nije drugačije određeno.

Tijekom izvođenja postupka treba prikladno komunicirati s pacijentom. Prilikom svake promjene položaja izbjegavati trenje i razvlačenje pacijentove kože.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta
- rizika za nastanak oštećenja kože koristeći Braden skalu
- pacijentove mogućnosti uporabe pomagala
- pacijentovog respiratornog statusa i podnošenja napora
- rizika za pad – koristeći Morseovu skalu
- potrebnog broja medicinskih sestara za promjenu položaja

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA
	- jednokratne nesterilne rukavice – ako je potrebno
	- paravan po potrebi
	- pomagala potrebna za promjenu položaja (jastuci, silikonski podlošci, podnožak...)
	- koš za nečisto

	Izvođenje
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, dopustiti pitanja
3.	- oprati i posušiti ruke, obući rukavice – ako je potrebno
4.	- osigurati privatnost – ako je potrebno zaštititi krevet paravanom, podići krevet na radnu razinu
5.	Namještanje pacijenta iz ležećeg u polusjedeći i sjedeći položaj – jedna medicinska sestra <ul style="list-style-type: none"> <li>- stati u raskorak u podnožje kreveta</li> <li>- rukama uhvatiti dlanove pacijentovih ruku</li> <li>- povući pacijenta prema sebi u polusjedeći ili sjedeći položaj</li> <li>- jednom rukom zadržati pacijenta u pretklonu</li> <li>- prijeći na jednu stranu kreveta</li> <li>- drugom rukom podići uzglavlje na željenu razinu</li> <li>- složiti jastuke kao crjepove na krovu</li> <li>- vratiti pacijenta na jastuke</li> <li>- provjeriti udobnost</li> </ul>
6.	Namještanje pacijenta iz ležećeg u polusjedeći i sjedeći položaj – dvije medicinske sestre <ul style="list-style-type: none"> <li>- ako pacijent ne može ispružiti ruke ili ga se ne smije iz bilo kojeg razloga povlačiti za ruke, medicinske sestre, svaka sa svoje strane uhvate pacijenta ispod pazuha i ramenog obruča</li> <li>- jedna medicinska sestra pridržava glavu pacijenta na zatiljku, istovremeno pacijenta dižu u sjedeći položaj</li> <li>- u sjedećem položaju ga pridržava jedna medicinska sestra</li> <li>- druga medicinska sestra podiže uzglavlje kreveta na željenu razinu i slaže jastuke jednog na drugi (kao crjepove na krovu)</li> <li>- obje medicinske sestre vraćaju pacijenta na jastuke</li> <li>- između stopala i podnožja kreveta staviti podnožak za sprječavanje klizanja pacijenta i osloboditi pete pritiska</li> <li>- nadzirati pacijenta tijekom sjedenja</li> </ul>

7.	<p>Namještanje pacijenta iz ležećeg u sjedeći položaj s nogama spuštenim niz stranicu kreveta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- postaviti pacijenta u sjedeći položaj opisano u točki 5 i 6 postupka</li> <li>- rukom koja je bliže pacijentu uhvatiti ga ispod pazuha sa stražnje strane</li> <li>- drugom rukom obuhvatiti pacijentove obje noge ispod koljena, zarotirati ih i spustiti preko ruba kreveta</li> <li>- ukoliko pacijent ne može sam sigurno sjediti, treba osigurati održavanje željenog položaja podlaganjem leđa jastucima ili ga rukama osloniti na zakočeni pokretni stolić na koji je postavljen jastuk</li> <li>- obući pacijentu čarape i papuče</li> <li>- noge pacijenta pokriti pokrivačem</li> <li>- pod stopala pacijenta staviti podnožak</li> <li>- staviti pacijentu zvono na dohvat ruke</li> <li>- maknuti paravan ako je bio korišten</li> <li>- nadzirati pacijenta tijekom sjedenja</li> <li>- po završenom sjedenju pacijenta vratiti obrnutim redoslijedom u ležeći položaj</li> </ul>
8.	<p>Okretanje nepokretnog pacijenta na lijevi bok – jedna medicinska sestra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stati s lijeve strane kreveta</li> <li>- ispružiti lijevu pacijentovu nogu</li> <li>- desnu pacijentovu nogu saviti u koljenu i prebaciti preko lijeve noge</li> <li>- obje pacijentove ruke staviti na njegova prsa</li> <li>- lijevom rukom prihvatiti pacijenta za desni bok</li> <li>- desnom rukom prihvatiti pacijenta za desno rame</li> <li>- istovremeno okrenuti pacijenta na lijevi bok</li> <li>- lijevu pacijentovu ruku namjestiti na krevet uz glavu</li> <li>- desna ruka može biti ispružena uz prsa pacijenta u laganoj fleksiji</li> <li>- namjestiti jastuk pod glavu pacijenta i provjeriti sigurnost disanja</li> <li>- između pacijentovih nogu staviti jastuk odgovarajuće debljine (ne predebeli, po mogućnosti silikonski)</li> <li>- predilekciona mjesta na stopalu osloboditi pritiska</li> <li>- jastukom podložiti leđa pacijenta</li> <li>- provjeriti udobnost pacijenta</li> <li>- staviti pacijentu zvono nadohvat ruke</li> </ul>

9.	<p>Vraćanje nepokretnog pacijenta na leđa s lijevog boka</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stati s desne strane kreveta</li> <li>- maknuti jastuke između nogu i ispod leđa pacijenta</li> <li>- izravnati noge pacijenta</li> <li>- staviti pacijentove ruke na njegova prsa</li> <li>- lijevom rukom uhvatiti pacijenta za desno rame</li> <li>- desnom rukom uhvatiti pacijenta za desni bok</li> <li>- istovremeno vratiti pacijenta na leđa</li> <li>- pacijentove ruke smjestiti uz tijelo ili na prsa pacijenta</li> <li>- namjestiti jastuk pod glavu pacijenta</li> <li>- staviti jastuk ispod koljena pacijenta ili tako podesiti krevet</li> <li>- ispod obje pete staviti podložak – osloboditi pete pacijenta od dodira s podlogom</li> <li>- koljena pacijenta lagano razmaknuti</li> </ul>
10.	<p>Okretanje nepokretnog pacijenta na desni bok – jedna medicinska sestra</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stati s desne strane kreveta</li> <li>- ispružiti desnu pacijentovu nogu</li> <li>- lijevu pacijentovu nogu saviti u koljenu i prebaciti preko desne noge</li> <li>- pacijentove ruke staviti na njegova prsa</li> <li>- desnom rukom prihvatiti pacijenta za lijevi bok</li> <li>- lijevom rukom prihvatiti pacijenta za lijevo rame</li> <li>- istovremeno okrenuti pacijenta na desni bok</li> <li>- desnu pacijentovu ruku namjestiti na krevet uz glavu</li> <li>- lijeva pacijentova ruka može biti ispružena uz prsa pacijenta, u laganoj fleksiji</li> <li>- namjestiti jastuk pod glavu pacijenta i provjeriti sigurnost disanja</li> <li>- između nogu pacijenta staviti jastuk odgovarajuće debljine (ne predebeli, po mogućnosti silikonski)</li> <li>- podložiti leđa pacijenta jastukom uzdužno</li> <li>- provjeriti udobnost pacijenta</li> <li>- staviti zvono nadohvat ruke pacijenta</li> </ul>
11.	<p>Vraćanje nepokretnog pacijenta na leđa s desnog boka</p>
	<p>-postupak kao pod brojem 9 samo postupke činiti s lijeve strane kreveta i prihvaćati pacijenta za lijevu stranu ramena, noge i bokova</p>

12. Okretanje nepokretnog pacijenta s boka na trbuh – jedna medicinska sestra
- pacijenta okrenuti na jedan bok prema koracima pod 8 ili 10
  - podvući pacijentovu ruku pod bok (ako leži na desnom boku desnu ruku, ako leži na lijevom boku lijevu ruku)
  - slobodnu pacijentovu ruku položiti na njegova prsa
  - izravnati pacijentove noge
  - kod žena namjestiti jastuk uzdužno pod trbuh – ne staviti jastuk pod dojke
  - prihvatiti pacijenta za rame i bok na kojem ne leži
  - lagano ga zaokrenuti na trbuh i prsa
  - glavu pacijenta okrenuti na stranu
  - podložiti ušnu školjku pacijenta i paziti da nije savinuta
  - u slučaju nemogućnosti okretanja glave na stranu, podložiti čelo pacijenta (poželjno silikonskim podloškom ili nekim drugim prikladnim podloškom)
  - nadzirati disanje pacijenta
  - češće mijenjati položaj pacijentovih ruku (uz glavu, uz tijelo s dlanovima prema gore, pod čelo)
  - stopala pacijenta osloboditi pritiska podlaganjem odgovarajućih jastuka pod potkoljenice

12.	<p>Okretanje nepokretnog pacijenta s leđa na lijevi bok – dvije medicinske sestre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pripremiti pacijenta za okretanje: ukloniti jastuke, izravnati krevet</li> <li>- obje medicinske sestre stoje s desne strane kreveta</li> <li>- medicinska sestra koja stoji kod uzglavlja podvlači svoju lijevu ruku ispod vrata pacijenta do suprotne aksile, a desnu ispod desne lopatice do suprotne aksile</li> <li>- druga medicinska sestra podvlači svoju lijevu ruku ispod sakralnog dijela pacijenta, a desnu ispod koljena</li> <li>- istovremeno pacijenta premještaju do desnog ruba kreveta</li> <li>- medicinska sestra koja je bliža podnožju kreveta, prelazi na lijevu stranu kreveta</li> <li>- medicinska sestra s desne strane kreveta stavi desnu ruku pacijenta na njegova prsa, a lijevu pacijentovu ruku izravna i podvuče pod lijevi bok</li> <li>- medicinska sestra s desne strane kreveta pacijentovu desnu nogu savije u koljenu</li> <li>- medicinska sestra s lijeve strane kreveta desnom rukom primi pacijenta za desno rame, a lijevom rukom za desni bok i laganim povlačenjem prema sebi okreće pacijenta na lijevi bok</li> <li>- medicinska sestra s desne strane kreveta izvlači lijevu pacijentovu ruku ispod boka, namješta je uz leđa pacijenta u laganu fleksiju s dlanom okrenutim prema gore</li> <li>- glava pacijenta je okrenuta na lijevu stranu, ispod glave namjestiti jastuk tako da su dišni putovi slobodni i izravnati ušnu školjku</li> <li>- desnu nogu pacijenta lagano saviti u koljenu i podložiti odgovarajućim jastukom</li> <li>- predilekciona mjesta stopala i gležnjeva osloboditi pritiska</li> <li>- desna ruka pacijenta savijena je u laktu s dlanom prema dolje</li> <li>- postaviti jastuk duž leđa pacijenta po potrebi</li> <li>- provjeriti udobnost pacijenta</li> </ul>
13.	<p>Promjena položaja nepokretnog pacijenta s leđa na desni bok-dvije medicinske sestre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primijeniti postupke pod brojem 12, istim redoslijedom ali promijeniti stranu</li> </ul>



	po završetku svakog od navedenih postupaka potrebno je:
14.	-svući rukavice i odložiti ih u komunalni otpad
15.	-oprati/dezinficirati i posušiti ruke
16.	-dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK KORIŠTENJA ORTOPEDSKIH POMAGALA (ŠTAPA, HODALICE I ŠTAKA)

---

---

### ***Naziv postupka***

Korištenje štapa, hodalice i štaka.

### ***Definicija postupka***

Korištenje štapa, hodalice i štaka je postupak kojim se omogućava kretanje i iskorištavanje pacijentovih mogućnosti.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebne su 4 minute. Ukoliko se prati pacijenta, vrijeme odgovara vremenu provedenom u pratnji.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je pomoću pomagala omogućiti pacijentu kretanje bilo samostalno ili uz pomoć druge osobe.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Pomagala za kretanje su: štap, štaka, hodalice. Štap može biti s jednom ili više nogica. Štap i hodalice se koriste za siguran hod kod nestabilnih pacijenata. Za održavanje ravnoteže štap se drži u dominantnoj ruci, osim u slučaju bolesti ili slabosti dominantne ruke kada se drži u zdravoj ruci. Hodalice mogu biti različitih modela, s

kotačićima i kočnicama te bez kotačića. Štake mogu biti podlaktične i podpazušne. Koriste se za rasterećenje oboljelog donjeg ekstremiteta. Sva navedena pomagala moraju imati mogućnost regulacije visine. Sestra treba poticanjem, nadzorom i pomaganjem postići sigurno i optimalno kretanje i svladavanje straha u korištenju pomagala. Edukaciju o načinu korištenja pomagala provode fizioterapeuti. Nepravilnim korištenjem pomagala za kretanje postoji visoki rizik za pad i povrede pacijenta.

### **Procjena:**

- pokretljivosti i ograničenja pacijenta
- mišićne snage ekstremiteta pacijenta
- držanje tijela pacijenta
- pacijentovog podnošenja napora
- psihičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije
- podova – ravnina, skliskost, oštećenost i okoline pacijenta – ometači nesmetanog kretanja – stolice, stalci za infuzije, sani kolica, stolici za hranjenje, papuče uz krevet

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- odgovarajuće pomagalo (štap, štake s gumenim štitnikom, hodalica)
	- stabilna obuća s gumenim džonom
	- prikladna odjeća
	- dezinficijens za ruke
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjeriti medicinsku dokumentaciju i plan zdravstvene njege
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke
4.	- pripremiti pacijenta za postupak, (ako je potrebno osigurati privatnost tijekom podizanja i oblačenja pacijenta)
	- posjesti ga, obući, odjenuti

5.	- osigurati prostor za rad (ukloniti zapreke – infuzijske stalke, stolove i stolice...)
6.	- postaviti odgovarajuće pomagalo uz krevet, prilagoditi visinu pomagala
<b>KRETANJE UZ POMOĆ ŠTAPA</b>	
	- primijeniti korake od 1-6 +
7.	- provjeriti pacijentovo znanje o korištenju štapa (pitati ga da opiše kako koristi štap)
8.	- dodati pacijentu štap u odgovarajuću ruku
9.	- pomoći mu kod ustajanja, ako je potrebno
10.	- nadzirati ga tijekom kretanja ako je potrebno
<b>KRETANJE UZ POMOĆ HODALICE</b>	
	- primijeniti korake od 1-6 +
11.	- provjeriti pacijentovo znanje o korištenju hodalice (pitati ga da opiše kako koristi hodalicu)
12.	- postaviti hodalicu ispred pacijenta
13.	- pomoći mu kod ustajanja, ako je potrebno
14.	- pacijent čvrsto uhvati rukohvate hodalice
15.	- promatrati koristi li ispravno hodalicu (zakočiti...)
16.	- hodati uz pacijenta, ako je potrebno
<b>KRETANJE UZ POMOĆ ŠTAKA</b>	
	- primijeniti korake od 1-6 +
17.	- provjeriti pacijentovo znanje o korištenju štaka (pitati ga da opiše kako koristi štake)
18.	- postaviti štake sa svake strane uz tijelo
19.	- provjeriti zna li pacijent koristiti štake (zabrana opterećenja ekstremiteta)
20.	- pacijent uzima štake u ruke, uspravlja se oslanjajući se na štake i zdravi ekstremitet
21.	- štake su oko 15 cm odmaknute od nogu sa strane i prema naprijed
22.	- pacijent stoji na zdravoj nozi za vrijeme pomicanja štaka i bolesne noge prema naprijed.
23.	- premjestiti težinu tijela na štake, te pomaknuti zdravu nogu prema naprijed
24.	- kod silaženja i uspona po stubama prvo se spuštaju štake, a potom zdrava noga. Radnja se izvodi izuzetno oprezno zbog visokog rizika za pad. Hodati uz pacijenta ako je potrebno. Uvijek kada je to moguće, treba koristiti dizalo

25.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke
26.	- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK S UMRLIM NA BOLNIČKOM ODJELU

---

---

### ***Naziv postupka***

Postupak s umrlim.

### ***Definicija postupka***

Postupak s umrlim dio je sestrinske skrbi nakon smrti pacijenta.

### ***Trajanje postupka***

Za postupak je potrebno 20 minuta

### ***Svrha postupka***

Njega umrlog na propisan način poštujući dostojanstvo mrtvog tijela i pripremiti ga za transport u mrtvačnicu.

### ***Provoditelj postupka***

Dvije medicinske sestre/tehničari.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Njega umrle osobe počinje nakon što je liječnik utvrdio smrt. Umrlog se preporuča smjestiti u zasebnu prostoriju, a ako to nije moguće krevet treba zaštititi paravanom. Prije transporta u mrtvačnicu umrlo osoba ostaje na odjelu 2 sata. Bilježi se točno vrijeme smrti, provjerava se identitet i dokumentacija. Po isteku 2 sata provjeravaju se sigurni znaci smrti, te se umrli transportira u mrtvačnicu. Obavješćavanje obitelji se provodi po pravilima zdravstvene ustanove. Članovima obitelji umrloga treba po-

kazati i izraziti sućut, pružiti podršku i pomoć u okviru svojih kompetencija i prema pravilima zdravstvene ustanove. Postupak označavanja umrlog novorođenčeta isti je kao i odaslog uz dodatak identifikacijske narukvice s brojem, te imenom i prezime-  
nom majke. Identifikacijsku karticu treba dobro fiksirati da se spriječi ispadanje. Ako se zahtijeva obdukcija umrle osobe, zubna proteza se ne stavlja u usnu šupljinu nego se transportira zajedno s tijelom. Elektrostimulator srca, mokraćnog mjehura ili neki drugi elektrostimulator uklanja liječnik.

### **Procjena**

- postojanja sigurnih znakova smrti
- čistoće umrlog tijela
- postojanje drenova, katetera, sondi, kanila, tubusa, proteza - zubne proteze, proteze ekstremiteta, očne proteze, stoma vrećica, elektrostimulatora - srca, urinarnog mjehura, na tijelu umrle osobe
- stupnja relaksacije mišića (zbog inkontinencije stolice i urina)

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA MATERIJALA I PRIBORA :
	- paravan
	- kolica
	- maske, jednokratne nesterilne rukavice i zaštitni PVC ogrtači
	- škare
	- papirnati ručnici
	- komprese, flaster, zavoj, mrežice, mokri smotuljci od vate
	- tekući sapun, lavor
	- trljačice, ručnik
	- pelena
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- spremnik za infektivni otpad
	- spremnik za nečisto, koš za nečisto rublje

	- sabirnik za oštre predmete
	- identifikacijska oznaka za umrlog (kartica s osobnim podacima pokojnika - ime i prezime, datum i godina rođenja, vrijeme i datum smrti, odjel/zdravstvena ustanova)
	<b>IZVOĐENJE POSTUPKA</b>
2.	- postaviti paravan
4.	- obući zaštitni ogrtač, staviti masku
5.	- oprati i posušiti ruke, obući rukavice
6.	- podići krevet na radnu razinu i izravnati ga
7.	- ukloniti sve jastuke i posteljno rublje, osim plahte na kojoj leži umrli, sve odložiti u koš za nečisto rublje
8.	- svući umrloga - pidžamu, spavaćicu i odložiti u koš za nečisto rublje
9.	- skinuti nakit, ručni sat
10.	- ukloniti drenove, katetere, nazogastričnu sondu, sistem za infuziju, i.v. kanilu, CVK i sl., odložiti u spremnik za infektivni ili oštri otpad
11.	- oprati tijelo ako je potrebno
12.	- prekriti rane kompresom i fiksirati flasterom, zavojem ili mrežicom ovisno o rani
13.	- staviti pelenu ako je potrebno
14.	- zatvoriti očne kapke vlažnim smotuljcima vate i fiksirati flasterom
15.	-ako postoji zubna proteza staviti je u usta ukoliko se ne zahtijeva obdukcija
16.	- zatvoriti usta, bradu fiksirati vezanjem zavoja oko glave
17.	- počešljati kosu
18.	- ispružiti ruke uz tijelo
19.	- izravnati noge
20.	- na nožni palac zavezati identifikacijsku karticu umrloga (u slučaju amputacije postaviti na postojeći ekstremitet. Ako su amputirane obje noge karticu treba zavezati oko zapešća ruke)
21.	- prekriti plahtom cijelo tijelo umrlog
22.	- po isteku 2 sata provjeriti sigurne znakove smrti
23.	- obavijestiti transportnu službu za transport u mrtvačnicu (umrlog se ne transportira u vrijeme ručka i posjeta)
24.	- popisati stvari umrlog i zbrinuti prema pravilu zdravstvene ustanove i pripremiti za predaju obitelji ili kontakt osobi



25.	- raspoređiti upotrijebljeni materijal
26.	- službi za održavanje čistoće prostora delegirati čišćenje i dezinfekciju kreveta i bolesničke sobe
27.	- svući zaštitni ogrtač, rukavice i masku, odložiti u spremnik za nečisto
28.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
29.	- dokumentirati postupak i pripremiti dokumentaciju za ispis
30	- obavijestiti obitelj ili kontakt osobu o datumu i vremenu smrti poštujući pravila zdravstvene ustanove

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA DISANJA

---

---

### ***Naziv postupka***

Mjerenje disanja.

### ***Definicija postupka***

Mjerenje disanja je postupak kojim se utvrđuje frekvencija, dubina, ritam, trajanje i zvuk pojedinih faza disanja.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 5 min.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je mjerenje vitalne funkcije – disanja.

### ***Osnovna obilježja vještine***

Disanje je izmjena kisika i ugljičnog dioksida između atmosfere i tjelesnih stanica. Sestra prati disanje mjereći brzinu, dubinu, ritam respiratornih kretanja i zvukove disanja, stavljajući dlan na prsni koš, koristeći slušalice ili pomoću monitora. Tijekom disanja prsni koš se lagano diže i spušta. Zdrav odrastao čovjek normalno diše kroz nos, bez napora, jedva čujno, u frekvenciji 16 - 20 udaha i izdaha u minuti. Disanje se mjeri 60 sekundi. Kako bi se tijekom mjerenja izbjegla svjesna promjena disanja kod pacijenta, disanje se može mjeriti tako da se broje pacijentove respiracije odmah

nakon mjerenja pulsa i dalje držeći prste na pacijentovoj radijalnoj arteriji. Normalna brzina i ritam disanja naziva se eupnea. Tahipnea je disanje brže od 20 udaha u minuti. Porast tjelesne temperature za 1°C ubrzava disanje za četiri udaha u minuti. Usporeno, ujednačeno disanje, jednakog trajanja koje se odvija tijekom sna naziva se bradipnea. Bradipneu još mogu izazvati tumori mozga, opijati, alkohol i metaboličke bolesti. Neke bolesti mogu izazvati i druge patološke oblike disanja. Kusmaulovo disanje je karakterizirano- napornim respiracijama sličnim uzdasima, Čejn – Štoksovo disanje je brzo, duboko disanje preko 30 puta u minuti, isprekidano periodima apnee u trajanju preko 20 sekundi. Svako disanje koje odstupa od normalnog disanja treba priopćiti liječniku.

### Procjena

- ispravnosti slušalice - stetoscopa
- faktora rizika za promjene disanja (napor, stres...)

### Planiranje i provođenje postupka

1.	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- sat sa sekundarom
	- olovka
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- dezinficijens za slušalice
	- slušalice
	- paravan po potrebi
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjeriti medicinsku dokumentaciju, plan zdravstvene njege ili potrebu za ponovnom procjenom disanja
3.	- dezinficirati svoje ruke i slušalice (membranu i olive)
4.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, dopustiti pitanja
5.	- pridobiti pacijenta za suradnju
6.	- omogućiti privatnost - ako se otkriva prsni koš

## POSTUPCI MJERENJA VITALNIH ZNAKOVA

7.	- postupak izvoditi tako da pacijent ne utječe na disanje
8.	- zbog lakšeg mjerenja, ako je potrebno, otkriti prsni koš
9.	- postaviti slušalice na prsni koš
10.	- brojiti udisaje /1 min. pomoću slušalica ili promatranjem
11.	- pokriti prsni koš
12.	- dezinficirati i posušiti ruke
13.	- dezinficirati membranu i olive slušalica
14.	- dokumentirati postupak i rezultate disanja (broj udisaja, zvučne fenomene i ostale nepravilnosti. U slučaju nepravilnosti obavijestiti liječnika)

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE NA UHO (MEMBRANI TIMPANI) ELEKTRONSKIM TOPLOMJEROM

---

---

### ***Naziv postupka***

Mjerenje tjelesne temperature u uhu (na membrani timpani) elektronskim toplomjerom.

### ***Definicija postupka***

Mjerenje tjelesne temperature je postupak kojim se utvrđuje stupanj ugrijanosti organizma, a izražava se u stupnjevima Celzijusa.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka, potrebno je 3 minute.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti tjelesne temperature.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Tjelesna temperatura je razlika između količine topline proizvedene tjelesnim procesima i količine tjelesne temperature izgubljene u vanjsku okolinu. Središnja temperatura ili temperatura dubokih tjelesnih tkiva nalazi se pod kontrolom hipotalamusa i kreće se unutar uskog raspona. Raspon normalne tjelesne temperature mjereno na

membrani timpani kreće se od 36,5 - 37,5°C. Promjene tjelesne temperature tijekom dana ovise o brojnim činiteljima: dobu dana, dobi, tjelesnom naporu, emocionalnom stanju, menstrualnom ciklusu, trudnoći, uvjetima u okolini, bolestima...

Kada temperaturu mjerimo pomoću elektronskog toplomjera treba provjeriti čistoću leće ispod sonde. Otoskop sa senzorom na vršku očitava toplinu što je isijava timpaniska membrana. Zvuk signalizira izmjerenu temperaturu za 2 - 5 sekundi. Ukoliko je uho bolesno temperatura se ne mjeri na membrani timpani.

### Procjena

- potreba za mjerenjem tjelesne temperature kod pacijenta
- vrijeme proteklo od tjelesne aktivnosti pacijenta
- čimbenika koji utječu na vrijednost tjelesne temperature (dob, spol, temperatura okoline, lijekovi, doba dana, stres, strano tijelo u uhu...)
- stanje pacijentove ušne školjke i zvukovoda, bola u uhu
- ispravnosti elektronskog toplomjera

### Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- elektronski toplomjer
	- zaštitne kapice za jednokratnu upotrebu
	- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor
	- posuda za nečisto
	- olovka
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjera prethodnih vrijednosti temperature i vrijeme mjerenja
3.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta
4.	- objasniti postupak i dopustiti pitanja
5.	- oprati ili dezinficirati i posušiti ruke

6.	- udobno smjestiti pacijenta
7.	- staviti zaštitnu kapicu na toplomjer
8.	- maknuti slušni aparat – ako postoji
9.	- povući ušku prema natrag i prema gore, staviti toplomjer u ušni kanal i pritisnuti gumb za mjerenje
10.	- mjeriti dok se oglasi zvučni signal
11.	- izvaditi toplomjer i očitati vrijednost temperature na displeju
12.	- ako je primjereno komentirati rezultat mjerenja s pacijentom
13.	- zaštitnu kapicu odložiti u posudu za nečisto, rasprijeti pribor
14.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke
15.	- dokumentirati rezultate mjerenja
16.	- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE AKSILARNO

---

---

### ***Naziv postupka***

Mjerenje tjelesne temperature aksilarno.

### ***Definicija postupka***

Mjerenje tjelesne temperature je postupak kojim se utvrđuje stupanj topline organizma, a izražava se u stupnjevima Celzijusa.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti tjelesne temperature.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Tjelesna temperatura je razlika između količine topline proizvedene tjelesnim procesima i količine tjelesne temperature izgubljene u vanjsku okolinu. Središnja temperatura ili temperatura dubokih tjelesnih tkiva nalazi se pod kontrolom hipotalamusa i kreće se unutar uskog raspona. Raspon normalne tjelesne temperature mjerene



aksilarno kreće se od 36,0 - 37,2°C. Promjene tjelesne temperature tijekom dana ovise o brojnim činiteljima: dobu dana, životnoj dobi, tjelesnom naporu, emocionalnom stanju, menstrualnom ciklusu, trudnoći, uvjetima u okolini, bolestima...

Aksilarno, tjelesna temperatura mjeri se pomoću termometra koji se sastoji od staklene cjevčice s rezervoarom u kojem se nalazi živa. Izloženost toplini uzrokuje širenje i dizanje žive unutar cjevčice.

### **Procjena**

- potreba za mjerenjem tjelesne temperature kod pacijenta
- vrijeme proteklo od tjelesne aktivnosti
- čimbenika koji utječu na vrijednost tjelesne temperature (dob, spol, temperatura okoline, lijekovi, doba dana, stres...)
- stanja pacijentove aksile (dostupnost aksile, kaheksija, imobilizacija ruke, oštećenja kože, vlažnost kože...)

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- toplomjer
	- sat sa sekundarom
	- staničevina
	- jednokratne PVC rukavice
	- posuda za nečisto
	- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor
	- olovka
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjera prethodnih vrijednosti temperature i vremena mjerenja
3.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta
4.	- objasniti postupak i dopustiti pitanja
5.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke

## POSTUPCI MJERENJA VITALNIH ZNAKOVA

6.	- udobno smjestiti pacijenta
7.	- zamoliti pacijenta da staničevinom posuši pazušnu jamu, ako ne može sam tada to učini medicinska sestra (prije brisanja pazušne jame obući rukavice)
8.	- staviti dio toplomjera sa živinim rezervoarom u centralni dio aksile, ruku pacijenta staviti preko prsiju. Pacijentu savjetovati da se prihvati rukom za suprotno rame, ako ne može, ruku pridržava sestra
9.	- mjeriti temperaturu – optimalno je 10 minuta
10.	- ako je primjereno komentirati rezultat mjerenja s pacijentom
11.	- toplomjer odložiti u posudu za nečisto
12.	- nakon mjerenja, ukloniti staničevinom nečistoću s toplomjera, oprati ga mlakom vodom i deterdžentom, isprati čistom vodom, posušiti, dezinficirati i spremiti u zatvorenu suhu posudu
13.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke
14.	- dokumentirati rezultat mjerenja
15.	- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA TJELESNE TEMPERATURE REKTALNO

---

---

### ***Naziv postupka***

Mjerenje tjelesne temperature rektalno.

### ***Definicija postupka***

Mjerenje tjelesne temperature je postupak kojim se utvrđuje stupanj ugrijanosti organizma a izražava se u stupnjevima Celzijusa.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 7 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti tjelesne temperature.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Tjelesna temperatura je razlika između količine topline proizvedene tjelesnim procesima i količine tjelesne temperature izgubljene u vanjsku okolinu. Središnja temperatura ili temperatura dubokih tjelesnih tkiva nalazi se pod kontrolom hipotalamusa i kreće se unutar uskog raspona. Raspon normalne tjelesne temperature mjereno rektalno kreće se od 36,5 - 37,8°C (za 0,5°C više u odnosu na vrijednost dobivenu aksilarnim mjerenjem). Promjene tjelesne temperature tijekom dana ovise o brojnim

činiteljima: dobu dana, dobi, tjelesnom naporu, emocionalnom stanju, menstrualnom ciklusu, trudnoći, uvjetima u okolini, bolestima...

Mjeri se pomoću termometra koji se sastoji od staklene cjevčice s rezervoarom kruškolikog oblika u kojem se nalazi živa. Izloženost toplini uzrokuje širenje i dizanje žive.

### **Procjena**

- potreba za mjerenjem tjelesne temperature kod pacijenta
- vrijeme proteklo od tjelesne aktivnosti pacijenta
- čimbenika koji utječu na vrijednost tjelesne temperature (dob, spol, temperatura okoline, lijekovi, doba dana, stres...)
- stanja analne regije pacijenta (dostupnost analne regije za mjerenje temperature, proljev, zadnja stolica, oštećenja kože i sluznice rektuma, hemoroidi, krvarenje...)

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- taca
	- toplomjer s kruškolikim rezervoarom
	- lubrikant, špatula
	- sat
	- staničevina
	- jednokratne PVC rukavice
	- zaštitna folija za postelju
	- posuda za nečisto
	- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor
	- olovka
	IZVOĐENJE
2.	- provjeriti prethodne vrijednosti i mjerenja
3.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta
4.	- objasniti postupak i dopustiti pitanja

5.	- osigurati privatnost (koristiti paravan)
6.	- oprati/dezinficirati, posušiti svoje ruke
7.	- obući rukavice
8.	- udobno smjestiti pacijenta u bočni položaj
9.	- po potrebi ukloniti nečistoću iz perianalne regije staničevinom
10.	- staničevinu odbaciti u posudu za nečisto
11.	- pripremiti toplomjer (špatulom nanijeti lubrikant na rezervoar toplomjera)
12.	- upozoriti pacijenta da duboko diše, razmaknuti gluteuse i uvesti toplomjer u rektum 2.5 - 3.5 cm
13.	- mjeriti temperaturu 5 minuta
14.	- pažljivo izvaditi toplomjer, obrisati ga od fekalnih masa i očitati vrijednost
15.	- toplomjer odložiti u posudu za nečisto
16.	- svući rukavice, odložiti ih u komunalni otpad
17.	- dezinficirati i posušiti ruke
18.	- pacijenta smjestiti u udoban položaj
19.	- ako je primjereno komentirati rezultat mjerenja s pacijentom
20.	- obući čiste rukavice, oprati toplomjer mlakom vodom i deterdžentom, isprati čistom vodom, posušiti, dezinficirati i spremi ga u zatvorenu posudu na suhom mjestu
21.	- pospremiti pribor
22.	- svući rukavice, odložiti ih u komunalni otpad
23.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
24.	- dokumentirati rezultate mjerenja i provedbu postupaka
25.	- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA PULSA PALPACIJOM NA ARTERIJI RADIJALIS

---

### ***Naziv postupka***

Mjerenje pulsa palpacijom na arteriji radijalis.

### ***Definicija postupka***

Mjerenje pulsa palpacijom na arteriji radijalis je postupak kojim se tijekom 60 sekundi mjeri frekvencija, ritam, punjenost pulsa i procjenjuje elasticitet krvne žile.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka, potrebno je 5 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti pulsa.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Puls ili bilo je niz tlačnih valova u arterijama koje se osjeti kao podizanje i spuštanje arterije, a uzrokovano je promjenama krvnog tlaka pod utjecajem kontrakcije i relaksacije lijeve klijetke srca. Kad pulsni val stigne do periferne arterije može se osjetiti palpiranjem arterije koja se nalazi uz kost ili mišić.

Najčešće se mjeri na a. radialis, a može se mjeriti i na a. brahialis, a. temporalis, a. carotis, a. femoralis, a. poplitea, a. dorzalis pedis i a. tibialis posterior.

U zdrava odrasla čovjeka koji miruje normalni broj otkucaja je 60-80 u minuti.

### **Procjena**

- potreba za mjerenjem pulsa kod pacijenta
- vrijeme proteklo od tjelesne aktivnosti pacijenta
- čimbenika koji utječu na vrijednost pulsa (kardiovaskularni status, lijekovi, dob, spol, tjelesna temperatura, stres...)
- mjesta mjerenja pulsa kod pacijenta

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- sat sa sekundarnim mehanizmom ili štoperica
	- olovka
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- oprati/dezinficirati, posušiti svoje ruke
4.	- udobno smjestiti pacijenta
5.	- provjeriti rezultate prethodnih vrijednosti i vrijeme mjerenja
6.	- ispružiti i udobno položiti pacijentovu ruku na čvrstu podlogu s ispruženim dlanom
7.	-palpacijom pronaći pulzacije na arteriji
8.	- mjeriti jagodicama 2., 3. i 4. prsta laganim pritiskom na arteriju tijekom jedne minute (kod aritmija mjeriti 2 minute, a prema procjeni i duže)
9.	- brojiti frekvenciju uz kontrolu sata, procijeniti ritam, punjenost, amplitudu otkucaja i elasticitet krvne žile
10.	- ako je primjereno, komentirati rezultat s pacijentom
11.	- pospremiti pribor

## POSTUPCI MJERENJA VITALNIH ZNAKOVA

12.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke
13.	- dokumentirati rezultate mjerenja i provedbu postupaka
14.	- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA KRVNOG TLAKA AUSKULTACIJOM – TLAKOMJEROM NA ŽIVU ILI PERO

---

---

### ***Naziv postupka***

Mjerenje krvnog tlaka auskultacijom na živu ili pero.

### ***Definicija postupka***

Mjerenje krvnog tlaka je postupak kojim se pomoću tlakomjera na živu ili pero i slušalica utvrđuje vrijednost sistoličkog i dijastoličkog tlaka, a izražava se mm Hg.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 5-8 min.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je dobiti podatak o vrijednosti arterijskog krvnog tlaka.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Najčešća tehnika mjerenja arterijskog krvnog tlaka je auskultacija pomoću slušalica i tlakomjera na živu ili pero.

Živin manometar je uspravna cijev koja sadrži živu. Pritisak koji se postiže pomoću pumpice pomiče stupac žive prema gore – suprotno gravitacijskoj sili. Milimetarska kalibracija označava visinu živinog stupca. Kako bi očitavanja tlaka bila točna, prilikom

oslobađanja pritiska živa mora slobodno padati i uvijek biti na nuli prilikom potpunog ispuštanja zraka.

Potrebno je poštivati oznake navedene na orukvici tlakomjera. Optimalna širina orukvice iznosi 40 - 50% opsega ekstremiteta na kojem se mjeri tlak, a dužina dvaput toliko. Ako je opseg ruke 28 cm, širina orukvice trebala bi iznositi 11-14 cm, a dužina 22-28 cm.

Optimalna vrijednost arterijskog tlaka je 120/80 mm Hg.

### **Procjena**

- potrebe za mjerenjem krvnog tlaka kod pacijenta
- čimbenika koji utječu na vrijednost krvnog tlaka (dob, spol, dnevne varijacije, pozicija tijela, psihofizički napor, bol, tjeskoba ili strah, lijekovi, pušenje...)
- mjesta mjerenja krvnog tlaka kod pacijenta (ne mjeriti na mjestu AV fistule, limfedema, edema, primjena infuzije...)
- obujma nadlaktice pacijenta
- ispravnosti tlakomjera i slušalica
- vlastitog sluha (nagluhe osobe, osobe koje imaju tinitus ne mjere arterijski tlak pomoću slušalica)

### **Planiranje i provođenje**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- tlakomjer na živu ili pero - odgovarajuća veličina orukvice
	- slušalice
	- dezinfekcijsko sredstvo i jastučić od vate
	- olovka
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	<b>IZVOĐENJE</b>
<b>2.</b>	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja

3.	- oprati i posušiti svoje ruke
4.	- smjestiti pacijenta u pravilan položaj za mjerenje krvnog tlaka
5.	- pacijentovu ruku osloboditi odjeće, podignuti ruku u razinu srca, ispružiti je dlanom okrenutim prema gore
6.	- oviti praznu orukvicu oko pacijentove nadlaktice tako da je moguće staviti distalnu falangu prsta između orukvice i nadlaktice. Orukvica je donjim dijelom 2-3 cm iznad pregiba lakta. Gumene cijevi orukvice postaviti s vanjske strane lakta
7.	- pozicionirati skalnu tlakomjera u visinu očiju provoditelja postupka
8.	- kod tlakomjera na pero, ako su spojeni pumpica i manometar, uzeti manometar u dominantnu ruku. Ako je manometar odvojen od pumpice fiksirati ga na orukvicu. Dominantnom rukom se upumpava zrak (pridržavati se uputa proizvođača)
9.	- locirati puls u lakatnoj jami (arterija brahialis)
10.	- dezinficirati membranu slušalice, pustiti da se posuši i postaviti je na mjesto pulzacije
11.	- dezinficirati olive slušalica, pustiti da se posuše i staviti slušalice u svoje uši
12.	- zatvoriti ventil pumpice za pritisak
13.	- zrak upuhati u balon orukvice do 30 mm Hg iznad očekivanog sistoličkog tlaka pacijenta ili 10 mm Hg iznad nivoa posljednjeg čujnog zvuka
14.	- polako otpuštati ventil pumpice te dozvoliti živi da se spušta brzinom 2-3 mm Hg u sekundi
15.	- očitati i upamtiti vrijednost kad se pojavi prvi čisti zvuk – što označava vrijednost sistoličkog tlaka
16.	- postupno nastaviti s ispuštanjem zraka iz orukvice, očitati i upamtiti vrijednost kod koje zvuk prestaje - što označava vrijednost dijastoličkog tlaka
17.	- ispustiti preostali zrak iz orukvice – provjeriti je li živa ili pero na nuli
18.	- skinuti orukvicu s pacijentove ruke
19.	- pomoći pacijentu da se vrati u udoban položaj i odjenuti mu odjeću
20.	- dezinficirati slušalice i membranu stetoscopa, pribor vratiti na predviđeno mjesto
21.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
22.	- dokumentirati rezultate mjerenja i provedbu postupaka
23.	- u slučaju odstupanja od normalnih vrijednosti obavijestiti liječnika

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK MJERENJA ZASIĆENJA KRVI KISIKOM PULSNIM OKSIMETROM

---

---

### ***Naziv postupka***

Mjerenje zasićenja krvi kisikom pulsним oksimetrom.

### ***Definicija postupka***

Pulsna oksimetrija je neinvazivna metoda mjerenja zasićenja krvi kisikom.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Dobiti podatak o zasićenju krvi kisikom (O<sub>2</sub>).

### ***Osnovna obilježja postupka***

To je pouzdana procjena zasićenja arterijske krvi s O<sub>2</sub> i može smanjiti potrebu za plinskom analizom arterijske krvi (ABS). Kod odraslih mjeri se postavljanjem elektrode na prst ruke, nožni prst, ušnu resicu, most nosa ili čelo. Mjesto mjerenja mora biti čisto, suho i toplo.

Sonda s diodom (elektroda) emitira svjetlo. Kabelom je povezana s oksimetrom. Svjetlosne valove koje dioda emitira apsorbiraju i natrag reflektiraju oksigenirane

molekule hemoglobina. Normalno zasićenje arterijske krvi s O<sub>2</sub> je više od 90%. Indikacija za mjerenje zasićenja arterijske krvi s O<sub>2</sub> pomoću pulsnog oksimetra je potreba za čestim ili kontinuiranim praćenjem zasićenosti arterijske krvi s O<sub>2</sub> tijekom 24 sata kod pacijenta.

Prije monitoringa, potrebno je provjeriti na aparatu granice za alarm koje su određene od strane proizvođača, kao na primjer 85% - nisko, a 100% visoko zasićenje krvi s O<sub>2</sub>.

Jačina i volumen alarma moraju biti prikladno namješteni kako bi se izbjeglo zastrašivanje pacijenta i posjetitelja. Tijekom mjerenja zasićenja arterijske krvi s O<sub>2</sub> pomoću pulsnog oksimetra pacijent miruje.

### **Procjena**

- učestalosti potrebe za mjerenjem SpO<sub>2</sub>
- najprikladnija mjesta za postavljanje sonde pacijentu.
- faktora koji utječu na mjerenje i rezultat kao što su: lak na noktima, umjetni nokti, vlažni prsti i koža, drhtanje i nemir, terapija O<sub>2</sub>, razina hemoglobina, hipotenzija, hipotermija, promjene u disanju, cijanoza, stupanj svijesti pacijenta
- psihofizičkog stanja pacijenta.

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- aparat za mjerenje SpO <sub>2</sub> , sonda za mjerenje
	- staničevina
	- dezinficijens za elektrodu po preporuci proizvođača
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjeriti ispravnost aparata i elektroda
3.	- provjeriti vrijednosti prethodnih mjerenja (ako postoje)
4.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta
5.	- objasniti postupak i dopustiti pitanja

6.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke
7.	- udobno smjestiti pacijenta
8.	- upozoriti pacijenta da diše normalno
9.	- senzorsku sondu postaviti na odabrano mjesto (prst, vrh nosa, ušku)
10.	- uključiti oksimetar - promatrati intenzitet pulsa na ekranu, sondu ostaviti sve dok očitavanje ne dostigne konstantnu vrijednost i puls potpunu snagu
11.	- vrijednost očitati na ekranu – očitavanje može trajati 10 – 30 sekundi ovisno o mjestu mjerenja
12.	- maknuti sondu i isključiti oksimetar osim ako nije potreban trajni monitoring
13.	- pomoći pacijentu da se smjesti u željeni položaj
14.	- dezinficirati elektrodu i aparat
15.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
16.	- dokumentirati vrijednost, obavijestiti liječnika o rezultatu

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE OPĆEG STANJA PACIJENTA

---

---

### ***Naziv postupka***

Procjena općeg stanja pacijenta.

### ***Definicija postupka***

Procjena općeg stanja pacijenta je postupak kada se pomoću mjerenja i fizikalnog pregleda, te putem intervjuiranja pacijenta, procjenjuje njegovo opće stanje.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrinstva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 15 minuta

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je utvrđivanje općeg stanja pacijenta i planiranje zdravstvene njege.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Procjena općeg stanja pacijenta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju pacijenta i njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom – razgovorom s pacijentom o njegovim poteškoćama, promatranjem pacijenta (inspekcija), mjerenjem, palpacijom, auskultacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se prilikom primitka pacijenta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju pacijenta.

Prikupljeni podaci čine sestrinsku anamnezu – skup podataka o tjelesnim, psihološkim i socijalnim aspektima prošlog i sadašnjeg zdravstvenog stanja i ponašanja zdravog ili bolesnog čovjeka, koje prikuplja medicinska sestra u svrhu utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom

Na osnovi prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira i provodi zdravstvena njega.

### **Procjena**

- prisutnost boli kod pacijenta
- vitalnih funkcija pacijenta
- stanja svijesti pacijenta
- mogućnost komunikacije s pacijentom
- psihofizičkog i socijalnog stanja pacijenta

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- taca
	- slušalice
	- tlakomjer
	- toplomjer
	- digitalni ili ručni sat sa sekundarom
	- visinomjer
	- vaga
	- jednokratne PVC rukavice
	- špatula
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- paravan
	- staničevina
	- posuda za nečisto



IZVOĐENJE	
2.	- oprati i posušiti ruke (obući rukavice ako je potrebno)
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost pacijentu (zatvoriti vrata, staviti paravan, zamoliti druge pacijente da napuste sobu)
5.	- postaviti pacijenta u položaj prikladan za pregled
6.	- tijekom postupka pratiti verbalne i neverbalne reakcije pacijenta
7.	- izmjeriti tjelesnu temperaturu, puls, disanje i arterijski krvni tlak prema standardiziranom postupku
8.	- zabilježiti spol, dob, fizičke karakteristike pacijenta
9.	- ako su odgovori pacijenta nejasni ili nerazumljivi postavljajte jednostavna, kratka pitanja (procjena orijentacije)
10.	- procijeniti raspoloženje pacijenta (verbalna i neverbalna reakcija)
11.	- procijeniti odnos pacijenta i članova obitelji ako su prisutni
12.	- procijeniti posturu (držanje i stav) pacijenta, prisutnost nesvršishodnih pokreta
13.	- procijeniti govor pacijenta (razumljivost, brzina)
14.	- procijeniti urednost i uređenost pacijenta (počešljanost, našminkanost, čistoću odjeće)
15.	- procijeniti boju kose, teksturu – tanka i lomljiva kosa, ispucali vrhovi, raspoređenost kose – postoji li alopecija (mjestimična ili cijelog vlasišta), ušljivost
16.	- procijeniti izgled noktiju – čvrstoću, teksturu, urednost
17.	- procijeniti prisutnost tjelesnih mirisa
18.	- procijeniti izgled kože, pitati pacijenta je li uočio promjene na koži – svrbež, krvarenja, vlažnost, promjene madeža, čvorovi, izbočenja kože, promjene osjeta, osjetljivost ili bol, petehije, hematomi, ogrebotine, poderotine, pregledati cijelo tijelo
19.	- procijeniti boju kože – usporediti boju kože na simetričnoj strani tijela, usporediti boju na neosunčanim dijelovima tijela, uočiti razlike u nijansi boje (mjesto na koži mogu biti svjetlija ili tamnija na ograničenom, većem ili manjem području)
20.	- pažljivo provjeriti boju kože lica, boju oralne sluznice, usana, konjunktiva, bjeloočnica, dlanova i ležišta noktiju

21.	- palpirati površinu kože prstima kako bi uočili vlažnost i teksturu kože, prisutnost znoja. U slučaju znojenja – procijeniti boju, miris, količinu znoja
22.	- procijeniti turgor kože
23.	- dlanovima palpirati temperaturu kože na simetričnim dijelovima tijela i uočiti razlike u temperaturi
24.	- procijeniti rizik za nastanak oštećenja kože (dekubitusa) pomoću Braden skale
25.	- u slučaju prisutnosti oštećenja kože – procijeniti boju, lokaciju, veličinu, oblik, lokaliziranost, vlaženje, bolnost, dubinu lezije, sekret lezije - miris, boju i konzistenciju sekreta
26.	- utvrditi prisutnost edema
27.	- izmjeriti tjelesnu visinu i težinu, izračunati indeks tjelesne mase pacijenta
28.	- procijeniti rizik za pad i povrede po Morseu
29.	- smjestiti pacijenta u udoban položaj
30.	- ukloniti i dezinficirati upotrijebljen pribor, svući rukavice ako su korištene
31.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
32.	- dokumentirati uočeno

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE GLAVE I VRATA PACIJENTA

---

---

### ***Naziv postupka***

Procjena glave i vrata pacijenta.

### ***Definicija postupka***

Procjena glave i vrata pacijenta je postupak pri kojem se procjenjuje izgled glave i vrata mjerenjem, promatranjem, palpiranjem i intervjuiranjem pacijenta.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrinstva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 4 minute.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je utvrđivanje stanja pacijenta i planiranje zdravstvene njege.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Procjena stanja pacijenta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju pacijenta i njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom – razgovorom s pacijentom o njegovim poteškoćama, mjerenjem, promatranjem (inspekcija) i palpacijom vrata. Detaljna procjena stanja vrata provodi se prilikom primitka pacijenta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju pacijenta.

Na osnovi prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze planira i provodi zdravstvena njega.

**Procjena:**

- prisutnosti bolova vrata i glave pacijenta, ranije pojave glavobolje, vrtoglavica ili ukočenosti
- pacijentovog disanja
- stanja svijesti i mogućnosti komunikacije s pacijentom
- rizika na pacijentovom radnom mjestu
- prisutnosti alergija u pacijenta
- navika pušenja, žvakanja duhana, konzumiranja droga ušmrkavanjem ili utrljavanjem u desni
- navike spavanja – vrijeme spavanja, položaj glave i tijela

**Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- jednokratne PVC rukavice
	- špatula
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- paravan
	- staničevina
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost pacijentu (zatvoriti vrata, staviti paravan, zamoliti druge pacijente da napuste sobu)

5.	- postaviti pacijenta u sjedeći ili ležeći položaj prikladan za pregled vrata i glave
6.	- procijeniti položaj glave i izgled lica, simetričnost lica
7.	- procijeniti pokretljivost, položaj, boju očiju, izgled konjuktiva,
8.	- procijeniti vid pacijenta, zamućenje vida, svjetlaci, suženo vidno polje, pitati o bolesti oka nastalih uslijed kroničnih bolesti (dijabetes, hipertenzija)
9.	- procijeniti veličinu, oblik i simetričnost zjenica, reakciju zjenica na svjetlo (rukom pokriti i otkriti oko te promatrati širenje zjenica)
10.	- procijeniti korištenje pomagala za vid ili vidne proteze
11.	- procijeniti sluh pacijenta, promjene sluha, korištenje pomagala za sluh, bol u uhu, svrbež, iscjedak iz uha, tinitus
12.	- procijeniti sekreciju iz nosne šupljine (boja, količina, miris) i pridružene simptome - kihanje, kongestija, krvarenje iz nosa
13.	- procijeniti izgled nosnica, uočiti oštećenja, upale, dodatnu pozornost posvetiti sluznici nosa kod pacijenta s NG sondom i nazalnim kateterom
14.	- uz pomoć špatule procijeniti izgled usnica i usne šupljine – vlažnost, boja, naslage, izgled desni i jezika, stanje zubala. Špatulu odložiti u posudu za nečisto
15.	- ako pacijent ima umjetno zubalo skinuti ga i provjeriti izgled desni ispod zubala
16.	- procijeniti i palpirati vrat – prisutnost boli, ukočenosti, palpirati mišiće vrata i procijeniti simetričnost, izbočenja. Zamoliti pacijenta da nagne glavu naprijed i nazad, te na lijevo i na desno – uočavati pokretljivost i pritom promatrati lice pacijenta kako bi uočili nelagodu
17.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
18.	- ukloniti i dezinficirati upotrijebljeni pribor
19.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
20.	- dokumentirati uočeno

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE PRSNOG KOŠA PACIJENTA

---

### ***Naziv postupka***

Procjena prsnog koša pacijenta.

### ***Definicija postupka***

Procjena prsnog koša je postupak kada se mjerenjem, auskultacijom, perkusijom, inspekcijom, te intervjuiranjem pacijenta procjenjuje stanje prsnog koša.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrištva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 6 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je utvrđivanje stanja pacijenta i omogućavanje planiranja zdravstvene njege.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Procjena stanja prsnog koša pacijenta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra prikuplja podatke o stanju pacijenta i njegovog prsnog koša. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom – razgovorom s pacijentom o njegovim poteškoćama, promatranjem prsnog koša (inspekcija) mjerenjem disanja i pulsa, palpacijom, perkusijom i auskultacijom prsnog koša. Detaljna procjena stanja provodi se prilikom

primitka pacijenta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju pacijenta.

Na osnovi prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira i provodi zdravstvena njega.

**Procjena:**

- prisutnosti boli u prsnom košu pacijenta
- pacijentovog disanja
- mogućnosti komunikacije s pacijentom
- utjecaja lijekova koje pacijent uzima za kardiovaskularni i respiratorni sustav na stanje pacijenta
- postojanja alergija, prisutnost alergena na radnom mjestu
- navika: pušenja, pušenja marihuane, konzumiranja alkohola, kofeina, prehrane i njihov utjecaj na stanje pacijenta
- podnošenja napora
- povreda prsnog koša pacijenta

**Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- taca
	- slušalice
	- sat sa sekundarom
	- jednokratne PVC rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor
	- paravan
	- staničevina
	- posuda za nečisto

IZVOĐENJE	
2.	- oprati i posušiti ruke (obući rukavice ako je potrebno)
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost pacijentu (zatvoriti vrata, staviti paravan, zamoliti druge pacijente da napuste sobu)
5.	- podići razinu kreveta (visina kreveta mora biti udobna za rad), pacijenta smjestiti u sjedeći položaj - kod nepokretnog pacijenta podići uzglavlje kreveta za 45-90°, ako pacijent ne može sjediti smjestiti ga u ležeći položaj
6.	- pitati pacijenta o prethodnim i sadašnjim bolestima: pneumonija, bronhitis, srčane bolesti, traume, maligne bolesti...
7.	- pitati pacijenta o pojavi kašlja, hemoptize, gubitka tjelesne težine, umora, noćnog znojenja, povišene tjelesne temperature (znakovi i simptomi tuberkuloze). o terapiji kisikom i o podnošenju napora
8.	<p>Procjena leđa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stati pacijentu iza leđa i promatrati izgled, deformitete, položaj kralježnice, rebara, uvlačenje međurebranih prostora pri disanju</li> <li>• obostrano palpirati leđa i uočavati nakupine tkiva, pulzacije, neuobičajene pokrete ili osjetljiva područja</li> <li>• u slučaju uočavanja nakupina tkiva ili edema uočiti veličinu, oblik, karakteristike</li> <li>• bolna područja oprezno palpirati</li> <li>• stojeći iza leđa pacijenta, staviti palčeve duž spoja desetog rebra s kralježnicom, dlanovima lagano naslonjenim na posteriolateralne dijelove prsnog koša, palčevi trebaju biti međusobno udaljeni oko 5 cm usmjereni prema kralježnici. Pritisnuti palčeve prema pacijentovoj kralježnici i stvoriti malu nakupinu kože među palčevima. Uputiti pacijenta da udahne pa izdahne. Pratiti kretanje i položaj palaca – simetričnost i položaj - pri izdisaju palčevi trebaju biti udaljeni 3 do 5 cm</li> </ul>
9.	- procijeniti ritam i frekvenciju disanja



10.	- procijeniti pojavu kašlja, iskašljavanja sputuma, bolova u prsima (karakteristike bola). Procijeniti kratkoću daha, dispneu, ortopneu, tahipneu. Procijeniti kako pacijent podnosi napor, utvrditi postojanje edema, cijanoze kože, palpitacije
11.	Procjena lateralnog dijela prsnog koša: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zamoliti pacijenta da digne ruke</li> <li>• promatrati lateralni dio prsnog koša kao i leđa (simetričnost, položaj rebara, deformitete, uvlačenje međurebranih prostora tijekom disanja)</li> </ul>
12.	Procjena izgleda pazušnih jama: <ul style="list-style-type: none"> <li>• popunjenost ili velika praznina pazušne jame</li> <li>• uočiti dlakavost</li> <li>• palpiranjem utvrditi postojanje izbočina ili nakupina tkiva u pazušnoj jami</li> </ul>
13.	Procjena izgleda prednjeg dijela prsnog koša: <ul style="list-style-type: none"> <li>• procijeniti prsnu muskulaturu – kretanje mišića pri disanju, korištenje pomoćne dišne muskulature</li> <li>• procijeniti obrazac disanja, uočavati simetričnost dizanja prsnog koša i abdomena</li> <li>• palpirati mišiće i rebra i uočavati nakupine tkiva, neuobičajene pokrete ili osjetljiva područja</li> <li>• staviti dlanove na svaku stranu prsnog koša s palčevima međusobno udaljenim oko 5 cm usmjerenim duž linije rebra i uputiti pacijenta da duboko udahne – pritom palčevi trebaju biti udaljeni 3 do 5 cm i položaj dlanova treba biti simetričan</li> </ul>
14.	Procijeniti dojke: <ul style="list-style-type: none"> <li>- izgled i simetričnost dojki</li> <li>- izgled bradavica dojki</li> <li>- pitati pacijenticu je li uočila promjene na dojnama</li> </ul>
15.	Procijeniti krvne žile vrata: <ul style="list-style-type: none"> <li>- smjestiti pacijenta u sjedeći položaj</li> <li>- palpirati karotidne arterije i uočiti ritam, frekvenciju, punjenost, elasticitet krvne žile, promjene pulsa pri udisaju i izdisaju</li> </ul>

16.	procijeniti puls – radijalni i apikalni, uočiti ritam, frekvenciju, punjenost
17.	procijeniti kapilarno punjenje: <ul style="list-style-type: none"><li>• pritisnuti ležište nokta pacijenta i brzim puštanjem promatrati promjenu boje ležišta nokta, cirkulacija se ponovno uspostavlja i boja vraća unutar 2 sekunde</li></ul>
18.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
19.	- ukloniti i dezinficirati upotrijebljeni pribor (svući rukavice ako su korištene)
20.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
21.	- dokumentirati uočeno

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE ABDOMENA PACIJENTA

---

---

### ***Naziv postupka***

Procjena abdomena pacijenta

### ***Definicija postupka***

Procjena abdomena pacijenta je postupak pri kojem se procjenjuje izgled i stanje abdomena mjerenjem, palpacijom, auskultacijom i intervjuom pacijenta.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrinstva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 6 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je utvrđivanje stanja pacijenta i planiranje zdravstvene njege.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Procjena stanja pacijenta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju pacijenta i njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom – razgovorom s pacijentom o njegovim poteškoćama, mjerenjem, promatranjem (inspekcija), palpacijom i auskultacijom. Detaljna procjena stanja abdomena provodi se prilikom primitka pacijenta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena ovisi o stanju pacijenta.

Na osnovi prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira i provodi zdravstvena njega.

### **Procjena:**

- prisutnost boli u abdomenu pacijenta
- vitalnih znakova pacijenta
- psihičkog stanja pacijenta
- stanja svijesti i mogućnosti komunikacije s pacijentom
- kretnje pacijenta i položaj koji zauzima (npr. noge privučene abdomenu...)
- uzimanje protuupalnih lijekova, antibiotika, lijekova za gastrointestinalni sustav, ostalih lijekova
- op. zahvati u području abdomena, traume, podatak o dijagnostičkom postupku – gastrokopija, laparoskopija, rektoskopija...
- trudnoća
- prehrambenih navika pacijenta
- rizika na pacijentovom radnom mjestu
- rizika: hemodijalize, i.v. uzimanje droge, život s partnerom koji ima hepatitis B,
- spolna aktivnost pacijenta proteklih 6 mjeseci

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	Priprema pribora i materijala
	- taca
	- slušalice
	- metar
	- jednokratne PVC rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- paravan

	- staničevina
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati i posušiti ruke
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost pacijentu (zatvoriti vrata, staviti paravan, zamoliti druge pacijente da napuste sobu)
5.	- osloboditi područje abdomena, ostale dijelove tijela pokriti
6.	- smjestiti pacijenta u ležni položaj, s rukama položenim uz tijelo, koljena lagano privučениh trbuhu
7.	- razgovarati s pacijentom tijekom pregleda, zamoliti ga da pokaže bolna mjesta
8.	- pitati pacijenta o bolovima u abdomenu ili donjem dijelu leđa (lokalizacija, karakteristika, intenzitet boli...), mučnina, žgaravica, povraćanje, grčevi (osobito posljednjih 24 sata), otežano gutanje, podrigivanje, nadutost
9.	- procijeniti osobitosti izlučivanja stolice – učestalost, karakteristike, nedavne promjene u izlučivanju stolice: proljevasta stolica, sluzava, krvava, tvrda, neredovita, podatak o zadnjoj defekaciji. Upotreba sredstva koja pospješuju defekaciju (laksativi, čajevi, tablete). Učestalost primjene klizme. Unos namirnica – neka opiše koje namirnice konzumira, navike vezane uz unos hrane i pića
10.	- promatrati kožu abdomena i uočavati – boju, napetost, stanje pupka, ožiljke, izražene vene, osip, lezije, strije, nadutost, umjetne otvore - stome
11.	- u slučaju prisutnosti modrica pitati pacijenta primjenjuje li sam neke lijekove – inzulin, antikoagulantna terapija
12.	- uočavati konture, simetričnost i površinske pokrete na stjenci abdomena, uočavati nakupine tkiva, izbočine
13.	- ukoliko abdomen izgleda distendiran uočiti je li distenzija generalizirana, u slučaju distenzije izmjeriti opseg abdomena (označite mjesto gdje ste mjerili opseg)
14.	- pitati pacijenta o eliminaciji stolice i prisutnosti vjetrova, prisutnosti zvukova
15.	- lagano palpirati abdomen i uočiti mišićni otpor, uočiti je li abdomen mekan ili tvrd, osjetljiv i pritom promatrati lice pacijenta kako bi uočili nelagodu

16.	- u slučaju palpiranja nakupina tkiva uočiti položaj, veličinu, oblik, karakteristike
17.	- palpirati mokraćni mjehur neposredno ispod pupka a iznad simfize – pritom pitati pacijenta osjeća li nagon na mokrenje
18.	- slušalicama auskultirati peristaltiku
19.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
20.	- ukloniti i dezinficirati upotrijebljeni pribor
21.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
22.	- dokumentirati uočeno

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROCJENE MIŠIĆNO-KOŠTANOG I NEUROLOŠKOG SUSTAVA PACIJENTA

---

---

### ***Naziv postupka***

Procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava pacijenta.

### ***Definicija postupka***

Procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava pacijenta je postupak pri kojem medicinska sestra procjenjuje mišićno-koštani i neurološki sustav mjerenjem, palpiranjem, perkusijom, promatranjem, te intervjuiranjem pacijenta.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrinstva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je 6 minuta.

### ***Svrha postupka***

Svrha postupka je utvrđivanje stanja pacijenta i planiranje zdravstvene njege.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Procjena stanja pacijenta je postupak prilikom kojeg medicinska sestra detaljno prikuplja podatke o stanju pacijenta i njegovih organskih sustava. Medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom – razgovorom s pacijentom o njegovom funkcioniranju i poteškoćama vezanim uz pokretljivost, promatranjem pacijenta (inspekcija), mjerenjem, palpacijom i perkusijom. Detaljna procjena stanja provodi se prilikom

primitka pacijenta na liječenje, a učestalost i detaljnost kasnijih procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava ovisi o stanju pacijenta.

Na osnovi prikupljenih podataka postavljaju se sestrinske dijagnoze, planira i provodi zdravstvena njega.

***Procjena:***

- prisutnosti boli u mišićima i kostima, stabilnosti tijekom hodanja, sjedenja, premještanja pacijenta
- prirode i opsega mišićno - koštane boli: lokacija, trajanje, ozbiljnost čimbenika koji doprinose i pojačavaju bol, čimbenika koji smanjuju bol, karakteristike boli, pojačava li se bol pri kretanju
- slabosti i smanjenih osjeta u ekstremitetima pacijenta, glavobolje, tremor, vrtoglavica
- neosjetljivosti pojedinih dijelova tijela pacijenta
- promjene govora i promjene vida pacijenta
- utjecaj poteškoća na aktivnosti samozbrinjavanja i socijalne uloge
- prisutnosti otežanog disanja kod pacijenta
- prisutnosti anksioznosti kod pacijenta
- mogućnosti komunikacije s pacijentom
- uzimanja analgetika, antipsihotika, antidepresiva, stimulatora CNS-a i ostalih lijekova
- ozljede leđne moždine, ostale bolesti kod pacijenta

***Planiranje i provođenje postupka***

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- krojački metar
	- jednokratne PVC rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke



	- paravan
	- staničevina
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati i posušiti ruke (obući rukavice ako je potrebno)
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost pacijentu (zatvoriti vrata, staviti paravan, zamoliti druge pacijente da napuste sobu)
5.	- postaviti pacijenta u položaj prikladan za pregled
6.	<p>Mišićno-koštani sustav</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• procijeniti mogućnost hvatanja predmeta rukama i prstima</li> <li>• procijeniti snagu i tonus mišića gornjih i donjih ekstremiteta</li> <li>• procijeniti snagu stiska šaka tako da pacijent stisne naše ruke što jače može</li> <li>• staviti ruku pacijentu na lakat i reći pacijentu da usprkos otporu digne ruku, potom staviti ruku na koljeno i reći pacijentu da podigne nogu i pritom održava otpor dok ne kažemo da je dovoljno</li> <li>• usporediti simetričnost grupa mišića na obje strane tijela, uočiti slabost</li> </ul> <p>• procijeniti sposobnost pacijenta da sjedi, stoji, hoda, mijenja položaj</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• procijeniti držanje pacijenta dok stoji i hoda – uočiti povlačenje noge, guranje, šepanje, balans, vidljive deformitete donjih ekstremiteta, položaj trupa u odnosu na ekstremitete</li> <li>• stati iza pacijenta i promatrati položaj kuka u odnosu na ramena</li> <li>• pregledati ekstremitete – veličina, deformiteti, položaj kostiju</li> <li>• izmjeriti opseg ekstremiteta krojačkim metrom u slučaju vidljivih odstupanja</li> <li>• oprezno palpirati kosti, zglobove i okolno tkivo, uočiti toplinu, osjetljivost, edeme, otpor na pritisak, crvenilo...</li> <li>• procijeniti stupanj pokretljivosti pojedinog zgloba</li> </ul>

	Neurološki sustav
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• procijeniti stanje svijesti i orijentaciju pacijenta pitajući ga ime i prezime, gdje se nalazi, dan u tjednu, godinu, pritom pratiti ponašanje</li> <li>• procijeniti osjetljivost ekstremiteta – bol, dodir, osjete (toplo/hladno)</li> </ul>
8.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
9.	- ukloniti i dezinficirati upotrijebljeni pribor, svući rukavice ako su postojale
10.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
11.	- dokumentirati uočeno

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK „PET PRAVILA“ ZA PRIMJENU LIJEKOVA

---

---

### ***Naziv postupka***

Pet pravila ili „5P“ postupak za primjenu lijekova.

### ***Definicija postupka***

Pet pravila je postupak čijim se odrednicama osigurava pravilna primjena lijekova.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar svih razina obrazovanja.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Provjera pet pravila traje od 1-3 minute.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena svih pisano ordiniranih lijekova.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Pet pravila je obavezni postupak koji mora provesti svaka medicinska sestra/tehničar prije primjene lijekova. Prije primjene lijekova pročitati upute o lijeku - prospekt, poštivati preporuke proizvođača i rok trajanja.

## Planiranje i provođenje

<b>PRAVILA</b>	
<b>1.</b>	<b>PRAVI PACIJENT</b>
	-identificirati pacijenta: direktnim pitanjem - „Kako se zovete?“, u slučaju nemogućnosti komunikacije s pacijentom provjeriti - pomoću identifikacijske narukvice, provjerom dokumentacije, uvažavati kognitivne sposobnosti pacijenta.
<b>2.</b>	<b>PRAVI LIJEK</b>
	- usporediti ime propisanog lijeka s imenom lijeka na originalnom pakiranju
	- provjeriti rok trajanja
	- provjeriti miris, boju, izgled, svojstva
<b>3.</b>	<b>PRAVA DOZA</b>
	- odabrati i pripremiti propisanu dozu
	- provjeriti ordiniranu dozu s uputama proizvođača (minimalna i maksimalna doza)
<b>4.</b>	<b>PRAVO VRIJEME</b>
	- ordinirani lijek primijeniti u propisano vrijeme
<b>5.</b>	<b>PRAVI NAČIN</b>
	- provjeriti način primjene propisanog lijeka na terapijskoj listi
	- usporediti ih s uputama koje se nalaze u originalnom pakiranju
	- poštivati upute proizvođača (prije jela, poslije jela, tijekom jela)
	- dokumentirati primjenu lijeka

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA NA USTA

---

### ***Naziv postupka***

Primjena lijeka na usta.

### ***Definicija postupka***

Lijekovi i kontrastna sredstva primjenjuju se na usta u terapijske i dijagnostičke svrhe.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5 minuta.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranih lijekova odobrenih za primjenu na usta.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Na usta se primjenjuju lijekovi u svrhu liječenja, prevencije bolesti ili zbog dijagnostičkih postupaka. Primjenjuju se na pismeni nalog liječnika, poštujući 5P standard. Lijek može biti u krutom i tekućem obliku (kapsule, tablete, otopina, itd). Ako se lijek priprema u ljekarni ili u sobi za pripremu lijekova tada svaki lijek mora biti pakiran zasebno za svakog pacijenta prema standardu 5P.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnosti suradnje
- moguće ranije alergije pacijenta na lijek
- stanja usne šupljine pacijenta
- pacijentovog akta gutanja

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA</b>
	- taca
	- posudica za lijekove i žličica
	- čaša vode
	- topla voda, tekući sapun, papirnati ručnik
	- dezinficijens za ruke
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
3.	- provjeriti pripremljene lijekove s pisanom naredbom liječnika
4.	- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
5.	- lijek uzeti iz originalnog pakiranja (žličicom ili istresti u kutijicu pacijenta)
6.	- odnijeti lijek na taci u bolesničku sobu ili ga pripremiti u bolesničkoj sobi
7.	- identificirati pacijenta
8.	- objasniti postupak, dozvoliti pitanja
9.	- dopustiti pacijentu da drži (ako to želi) lijek u ruci – na taj se način upoznaje s lijekovima
10.	- podignuti pacijenta u sjedeći položaj ili mu podići glavu
11.	- podučiti pacijenta da tabletu ili kapsulu jednu po jednu stavi na sredinu jezika i proguta uz gutljaj vode
12.	- ostati uz pacijenta dok ne popije lijek, provjeriti je li popio lijek
13.	- ako je potrebno smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
14.	- oprati i posušiti ruke
15.	- dokumentirati postupak i pratiti reakcije na lijek.
16.	- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U OKO

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena kapi i masti u oko.

### ***Definicija postupka***

Primjena kapi i masti u oko je postupak kojim se lijekovi i dijagnostičke otopine primjenjuju u oko u terapijske i dijagnostičke svrhe.

### ***Provođitelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5 minuta.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranih otopina i masti odobrenih za primjenu u oko.

### ***Osnovna obilježja postupka***

U oko se primjenjuju sterilne otopine i masti, sobne temperature, u svrhu liječenja, prevencije bolesti ili dijagnostičkih postupaka u uvjetima asepse. Primjenjuju se na pismeni nalog liječnika i to na donju konjuktivu, odnosno kanal, između bulbusa i konjunktive s udaljenosti 2 - 3 cm kako se ne bi dodirnula rožnica. Svaki pacijent treba imati svoje pakiranje lijeka. Lijek nakon svake upotrebe treba pohraniti prema uputama proizvođača. Treba poštivati rok trajanja i upotrebe lijeka nakon otvaranja pakiranja, a na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja, potpis sestre koja je otvorila lijek.

### **Procjena**

- prethodnih alergija na na lijek
- stanja pacijentovog oka (sekret, ostaci prethodno primijenjene ljekovite masti)
- psihofizičkog stanja pacijenta
- prostor za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- ordinirani lijek sobne temperature (na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja, potpis sestre)
	- sterilni smotuljci gaze i sterilne komprese za oko 4x4 cm
	- hipoalergijski flaster
	- fiziološka otopina
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- alkoholni antiseptik za ruke
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta
3.	- primijeniti protokol 5P za primjenu lijeka na siguran način
4.	- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (osvjetljenje, bez jakog strujanja zraka)
5.	- objasniti postupak i moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
6.	- upozoriti pacijenta da odmah obavijesti u slučaju pojave poteškoća
7.	- smjestiti pacijenta u sjedeći ili ležeći položaj, glavu lagano zabaciti prema natrag
8.	- dezinficirati i posušiti svoje ruke



9.	- ako je potrebno prethodno očistiti oko na slijedeći način; a) - obući rukavice, b) - sterilnim smotuljkom gaze navlaženim fiziološkom otopinom čistiti oko jednim potezom od vanjske strane oka prema nosu, c) - po potrebi ponoviti s čišćenje s sterilnim smotuljkom gaze
10.	- rukavice i upotrijebljene smotuljke gaze baciti u posudu za nečisto i u infektivni otpad
11.	- dezinficirati i posušiti ruke
12.	- u dominantnu ruku uzeti lijek i otvoriti pakiranje
13.	- u nedominantnu ruku uzeti smotuljak gaze, lagano povući donji kapak prema dolje, učiniti dostupnom konjuktivnu vrećicu
14.	- zamoliti pacijenta da gleda prema gore
15.	- dominantnom rukom primijeniti ordinirani lijek na konjuktivu
16.	- nakon primjene zamoliti pacijenta da zatvori oko i miruje 10-20 minuta
17.	- ako je ordinirano zatvoriti oko, treba staviti sterilnu gazu na oko i učvrstiti ju hipoalergijskim flasterom (ne lijepiti na obrve, ne komprimirati bulbus)
18.	- upotrijebljeni pribor odložiti prema pravilima zdravstvene ustanove
19.	- oprati i posušiti ruke
20.	- uočavati eventualne promjene kod pacijenta (nemir, svrbež, otežano disanje...)
21.	- obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija
22.	- dokumentirati postupak, vrijeme primjene lijeka i eventualne reakcije

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U UHO

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena kapi i masti u ušni kanal ili na ušku.

### ***Definicija postupka***

Primjena kapi i masti u uho je postupak kojim se otopine ili masti primjenjuju u ušni kanal ili na ušku u terapijske svrhe.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5 minuta. Ako liječimo/njeguemo oba uha 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranih otopina i masti propisanih za primjenu u ušni kanal.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Lijek se primjenjuje u vanjski dio uha ili ušni kanal. Najčešće se koriste otopine/ kapi. Lijek se primjenjuje u uvjetima asepsa za slučaj oštećenja membrane timpani i mogućnosti prodora u unutarnje uho. Lijek se primjenjuje na pismeni nalog liječnika. Svaki pacijent treba imati svoje pakiranje lijeka. Nakon svake upotrebe lijek treba pohraniti prema uputama proizvođača. Poštivati rok trajanja i upotrebe lijeka. Nakon otvaranja pakiranja lijeka, na kutiju lijeka upisati datum, vrijeme otvaranja i potpis medicinske sestre koja je otvorila lijek.

### Procjena

- prethodnih alergija na lijek
- stanja pacijentovog vanjskog uha (sekret, ostaci prethodno primijenjene ljekovite masti)
- psihofizičkog stanja pacijenta
- prostor za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)

### Planiranje i provođenje postupka

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- ordinirani lijek (na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja, potpis medicinske sestre)
	- sterilni smotuljci gaze i sterilne komprese 5x5cm
	- fiziološka otopina zagrijana na temperaturu tijela
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- posuda za nečisto
	- alkoholni antiseptik za ruke
	- mrežica za fiksiranje smotuljaka gaze ili kompresa
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta
3.	- primijeniti protokol 5P za primjenu lijeka na siguran način
4.	- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji – osvjetljenje, mir, čistoću
5.	- objasniti postupak, moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
6.	- upozoriti pacijenta da odmah obavijesti u slučaju pojave poteškoća
7.	- smjestiti pacijenta na bok u ležeći položaj ili u sjedeći položaj
8.	- učiniti dostupnim uho koje ćemo liječiti ili njegovati
9.	- dezinficirati i posušiti ruke

## PRIMJENA LIJEKOVA

10.	- nakon što se uho pregleda, ako ga treba očistiti, oblače se rukavice, smotuljkom vate navlaženim fiziološkom otopinom lagano se očistiti ušni kanal i uška. Ne ulaziti duboko u ušni kanal
11.	- rukavice i upotrijebljene smotuljke vate odložiti u posudu za nečisto i infektivni otpad
12.	- dezinficirati i posušiti ruke
13.	- nedominantnom rukom nježno povući ušku prema natrag i gore
14.	- dominantnom rukom ukapati propisanu otopinu ili primijeniti ljekovitu mast
15.	- zamoliti pacijenta da ostane u tom položaju 10 minuta
16.	- smotuljak gaze ili kompresu staviti u ušku – na ulazu u kanal, po potrebi fiksirati mrežicom
17.	- ako je ordinirano, nakon desetak minuta provesti postupak na drugom uhu
18.	- smjestiti pacijenta u udoban položaj
19.	- upotrijebljeni pribor odložiti prema pravilima zdravstvene ustanove
20.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
21.	- uočavati promjene na pacijentu (nemir, dezorijentiranost, šum u ušima...)
22.	- obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija
23.	- dokumentirati postupak, vrijeme primjene lijeka i eventualne reakcije na lijek

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U NOS

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena kapi, spreja i masti u nos.

### ***Definicija postupka***

Primjena kapi, spreja i masti u nos je postupak kojim se lijekovi primjenjuju u nos u terapijske svrhe.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5 minuta.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranih kapi, spreja i masti odobrenih za nazalnu upotrebu.

### ***Osnovna obilježja postupka***

U nos se primjenjuju lijekovi u obliku kapi, spreja ili masti. Unatoč nesterilnoj sredini, lijekovi se moraju davati aseptičnom tehnikom. Primjenjuje se na pismeni nalog liječnika. Svaki pacijent treba imati svoje pakiranje lijeka. Lijek nakon svake upotrebe pohraniti prema uputama proizvođača. Poštivati rok trajanja i upotrebe lijeka nakon otvaranja pakiranja, a na pakiranje upisati datum, vrijeme otvaranja i potpis sestre.

### **Procjena**

- prethodnih alergija na lijek
- stanja prohodnosti nosnica i dišnih putova pacijenta
- psihofizičkog stanja pacijenta
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- ordinirani lijek sobne temperature
	- staničevina
	- sterilni štapići za nos
	- fiziološka otopina
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- antiseptik za ruke
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji (dobro osvjetljenje...)
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, osigurati privatnost
4.	- primijeniti protokol 5P za primjenu lijeka na siguran način
5.	- objasniti postupak i moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
6.	- upozoriti pacijenta da odmah obavijesti u slučaju pojave poteškoća
7.	- zamoliti pacijenta da ispuše nos ako može
8.	- ako pacijent ne može sam ispuhati nos: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) - dezinficirati ruke i obući rukavice</li> <li>b) - očistiti dostupni sekret iz nosa štapićem za nos navlaženim fiziološkom otopinom</li> <li>c) - rukavice i upotrijebljene štapiće ukloniti u posudu za nečisto</li> </ul>

9.	- ako sekret nije moguće odstraniti na gore naveden način aspirirati ga iz nosa aspiratorom
10.	- dezinficirati i posušiti ruke
<b>PRIMJENA KAPI U NOS:</b>	
	- primijeniti korake od 2-10
11.	- smjestiti pacijenta u sjedeći ili ležeći položaj, glavu lagano zabaciti prema natrag, ako pacijent leži na ravnom staviti jastuk ispod ramena
12.	- u dominantnu ruku uzeti lijek i otvoriti pakiranje
13.	- nedominantnom rukom podići vrh pacijentovog nosa
14.	- aplicirati propisanu dozu lijeka
15.	- ponoviti postupak i u drugoj nosnici
16.	- zamoliti pacijenta da ostane u tom položaju 5-10 minuta
17.	- upozoriti pacijenta da ne ispuhuje nos barem 20 minuta
18.	- dokumentirati postupak i reakcije pacijenta
19.	- oprati i posušiti ruke
<b>PRIMJENA LIJEKA U SPREJU U NOS:</b>	
	- primijeniti korake od 2-10
11.	- smjestiti pacijenta u Fowlerov položaj ako nije zabranjeno
12.	- zamoliti pacijenta da izdahne
13.	- u dominantnu ruku uzeti sprej i otvoriti pakiranje
14.	- zamoliti pacijenta da zatvori oči
15.	- vrh spreja staviti unutar nosnice
16.	- zamoliti pacijenta da udahne kroz nos - istovremeno s udahom uštrcati lijek u nosnicu, pritom lagano prstom nedominantne ruke pritisnuti suprotnu nosnicu
17.	- ponoviti postupak u drugoj nosnici
18.	- kompresom namočenom u dezinficijens obrisati nastavak spreja koji je bio u nosu, - pustiti da se posuši i zatvoriti sprej
19.	- upozoriti pacijenta da ne ispuhuje nos barem 20 minuta
20.	- dokumentirati postupak i reakcije pacijenta
21.	- oprati i posušiti ruke

<b>PRIMJENA MASTI U NOS</b>	
	- primijeniti korake od 2-10
11.	- smjestiti pacijenta u ležeći sjedeći ili Fowlerov položaj
12.	- na sterilni štapić nanijeti mast ili koristiti aplikator
13.	- zamoliti pacijenta da diše na usta
14.	- štapić ili aplikator lagano uvesti u nosnicu i kružnim pokretima premazati propisano područje
15.	- upotrijebljeni pribor odložiti u infektivni otpad
16.	- oprati i posušiti ruke
17.	- dokumentirati postupak i eventualne reakcije
18.	- uočavati promjene kod pacijenta obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i dokumentirati ih



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK NAVLAČENJA LIJEKA IZ BOČICE I AMPULE

---

---

### ***Naziv postupka***

Navlačenje lijeka iz bočice i ampule.

### ***Definicija postupka***

Navlačenje lijeka iz bočice ili ampule pomoću igle i štrcaljke za supkutanu, intrakutano, intramuskularnu i intravenoznu primjenu.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar - prema kompetencijama.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5 minuta, zavisno o količini i pripremku lijeka.

### ***Svrha postupka***

Navlačenje pripremljenog, pismeno ordiniranog lijeka ili otopine pod aseptičnim uvjetima.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Lijek može biti u bočicama i ampulama, kao gotovi pripravak ili u obliku praha, kojeg otapamo prije navlačenja u štrcaljku ili infuzijsku bocu. Lijek je potrebno primijeniti odmah po navlačenju. Ukoliko se izvlači samo određena količina lijeka koristiti iglu s filtrom koja ostaje u bočici. Tako pripremljeni lijek se može čuvati prema pisanim uputama lijeka - prospektu, a baca se nakon 24 sata. Na bočici napisati vrijeme i da-

tum otvaranja ili otapanja lijeka, količinu preostalog lijeka i potpis medicinske sestre koja je otvarala lijek. Ukoliko je potrebno otapanje lijeka s količinom otapala više od 50 ml, koristi se igla s dva oštra vrha - pretakač.

### **Procjena**

- ispravnosti pakiranja lijeka
- provjera naziva lijeka
- provjera roka upotrebe lijeka
- načina primjene i koncentracija otopine prema uputi na prospektu i usporedba s pisanom odredbom liječnika
- izgleda otopine (organoleptička svojstva, ne isprobavati okus)
- radnog prostora i površine za provedbu postupka (mikroklimatskih uvjeta, osvjetljenja, mira)

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca ili kolica
	- lijek
	- sredstvo za dezinfekciju površina
	- štrcaljka i igla potrebnog lumena i veličine
	- smotuljci vate ili gaze
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- posuda za nečisto
	- sabirnik za oštre predmete
	<b>IZVOĐENJE</b>
<b>2</b>	<b>NAVLAČENJE LIJEKA IZ AMPULE</b>
1.	- oprati ili dezinficirati i posušiti ruke
2.	- iz gornjeg dijela ampule polukružnim pokretom istresti lijek u donji dio ampule

3.	- smotuljcima vate natopljenim u dezinfekcijsko sredstvo dezinficirati vrat ampule
4.	- odlomiti vrat ampule prema oznaci na vratu ampule
5.	- spojiti iglu sa štrcaljkom, uroniti iglu u ampulu do dna ampule i navući lijek
6.	- ne izvlačeći iglu iz ampule, okrenuti štrcaljku okomito i istisnuti mjehuriće zraka u ampulu, pazeći da se ne istiskuje lijek
7.	- upotrijebljenu iglu odložiti u spremnik za oštre predmete
8.	- staviti sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na štrcaljku
9.	- ampulu sačuvati do završetka aplikacije lijeka, potom je odložiti u sabirnik za oštre predmete
10.	- nakon navlačenja lijeka oprati i posušiti ruke
<b>NAVLAČENJE LIJEKA IZ BOČICA S PRAHOM I GUMENIM ČEPOM:</b>	
1.	- oprati ili dezinficirati i posušiti ruke
2.	- odstraniti aluminijski ili plastični poklopac s bočice
3.	- dezinficirati čep bočice smotuljkom vate ili gazicom natopljenom dezinfekcijskim sredstvom
4.	- u štrcaljku navući propisanu količinu otapala
5.	- kroz gumeni čep uvesti iglu u bočicu i utisnuti otapalo
6.	- ostaviti iglu i štrcaljku u bočici (u štrcaljku će ući nešto zraka radi povećanog pritiska u bočici - ne odvajati iglu od štrcaljke i bočice)
7.	- lagano rotirati bočicu i pričekati da se lijek otopi
8.	- držati bočicu okomito klipom štrcaljke prema dolje
9.	- utisnuti zrak iz štrcaljke u bočicu
10.	- pažljivo povući iglu do razine čepa
11.	- lagano navući lijek u štrcaljku i istisnuti preostali zrak natrag u bočicu
12.	- odvojiti iglu od štrcaljke i bočice. Odložiti je u spremnik za oštre predmete
13.	- staviti sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na štrcaljku
14.	- sačuvati bočicu do kraja aplikacije lijeka
15.	- oprati i posušiti ruke
<b>NAVLAČENJE GOTOVIH LIJEKOVA/OTOPINA IZ BOČICA S GUMENIM ČEPOM:</b>	
1.	- oprati ili dezinficirati i posušiti ruke

## PRIMJENA LIJEKOVA

2.	- odstraniti aluminijski ili plastični poklopac s bočice
3.	- dezinficirati gumeni čep na bočici
4.	- spojiti iglu i štrcaljku
5.	- okrenuti bočicu okomito, čepom prema dolje
6.	- iglom i štrcaljkom, probosti gumeni čep bočice (igla mora probušiti samo stjenku čepa)
7.	- navući potrebnu količinu lijeka
8.	- nakon uzimanja željene količine lijeka bočicu okrenuti prema dolje
9.	- izvaditi iglu sa štrcaljkom
10.	- korištenu iglu odložiti u spremnik za oštre predmete
11.	- staviti sterilnu iglu odgovarajućeg lumena sa štitnikom na štrcaljku
12.	- okrenuti štrcaljku iglom prema gore i istisnuti preostali zrak
13.	- bočicu sačuvati do kraja aplikacije lijeka, potom je odložiti u sabirnik za oštri otpad
14.	- oprati i posušiti ruke

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U MIŠIĆ - INTRAMUSKULARNA INJEKCIJA - (I.M.)

---

---

### ***Naziv postupka***

Intramuskularna injekcija (i.m. injekcija).

### ***Definicija postupka***

Intramuskularna injekcija je primjena lijeka pomoću igle i štrcaljke u mišić.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5-7 minuta, zavisno o načinu pakiranja lijeka (gotov pripravak ili u prahu te ga je potrebno razrijediti) i o propisanoj dozi lijeka.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranog lijeka ili otopine odobrene za primjenu u mišić.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Terapija intramuskularno primjenjuje se na pismeni nalog liječnika. Lijek se primjenjuje injiciranjem u velike mišiće na mjesta gdje nema velikih krvnih žila i živaca, pod kutom od 90°. Resorpcija lijeka je brza i lijek djeluje već unutar 30 minuta.

Za primjenu intramuskularne terapije potrebno je poznavati anatomiju mišićnog sustava. Najčešće se daje u dorzoglutealnu regiju (M gluteus maximus) do 5 ml

pripravka. Manja količina lijeka, do 2 ml, može se aplicirati u nadlaktičnu regiju (M deltoideus), ili natkoljeničnu regiju (M rectus femoris i M vastus lateralis). Za veće količine lijeka treba lijek navući u dvije štrcaljke i primijeniti na dva različita mjesta. Primjena lijeka u mišić može biti kontraindicirana kod bolesnika s oštećenim mehanizmom koagulacije ili kod antikoagulantne terapije. Odabir lumena igle za intramuskularnu primjenu ovisi o gustoći pripravka, konstituciji mišića i dubljini potkožnog masnog tkiva. Najčešće je to od 22 - 27 G za vodene otopine, a od 18 - 25 G za uljne otopine. U slučaju učestale primjene lijeka potrebno je mijenjati mjesto uboda. Uljne otopine primjenjuju se "Z" tehnikom.

### **Procjena**

- kontraindikacija i ranijih alergijskih reakcija na lijekove
- tjelesne građe pacijenta i stanja mišića o čemu ovisi odabir mjesta primjene lijeka i veličina igle
- stanja kože ubodnog mjesta i prethodnih davanja lijeka
- psihofizičkog stanja pacijenta
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir).

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- paravan prema potrebi
	- taca
	- štrcaljka s pripremljenim lijekom i iglom
	- alkoholni antiseptik za kožu
	- smotuljci vate ili gaze
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- posuda za nečisto
	- sabirnik za oštre predmete

IZVOĐENJE	
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta
	- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
3.	- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji
4.	- dezinficirati i posušiti ruke
5.	- obući rukavice
6.	- objasniti postupak i moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
7.	- smjestiti pacijenta u ležeći položaj, ako je moguće, te odabrati mišić za primjenu
8.	- dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji, pričekati 15 – 30 sekundi da se posuši
9.	- savjetovati pacijenta da opusti mišić (usmjeriti pažnju na nešto drugo, tehnike disanja, lupkanje...)
10.	- uzeti štrcaljku u dominantnu ruku, skinuti štitnik s igle
	- nedominantnom rukom, kažiprstom i palcem:
11.	a) - rastegnuti kožu
	b) - kod atrofiranih mišića obuhvatiti i stisnuti mišić
	c) - kod Z tehnike dlanom povući kožu iznad mjesta planiranog uboda prema gore ili u stranu i držati je tijekom injiciranja.
12.	- naglim trzajem ruke ubosti pod kutom od 90° (2/3 igle uvesti u mišić)
13.	- kod atrofičnih mišića lagano uvesti iglu u mišić
14.	- aspirirati; u slučaju pojave krvi izvući iglu i promijeniti smjer igle i ponovo aspirirati
15.	- ako nema krvi, polako injicirati lijek iz štrcaljke u mišić
16.	- smotuljkom vate fiksirati kožu i izvući iglu, lagano protrljati ubodno mjesto i držati nekoliko sekundi
17.	- kod „Z“ tehnike izvući iglu, naglo pustiti zategnuti dio kože i staviti vatu
18.	- iglu i štrcaljku odložiti u sabirnik za oštre predmete (štitnik ne vraćati na iglu)
19.	- ostali upotrijebljeni pribor odložiti prema pravilima zdravstvene ustanove
20.	- svući rukavice
21.	- dezinficirati i posušiti ruke

## PRIMJENA LIJEKOVA

22.	-dokumentirati postupak
23.	- uočavati neželjene reakcije, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA POD KOŽU - SUPKUTANA INJEKCIJA

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena lijeka pod kožu - supkutana injekcija (s.c. injekcija).

### ***Definicija postupka***

Supkutana injekcija je način primjene lijekova i drugih otopina iglom i štrcaljkom u potkožno tkivo.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5- min u slučaju gotovog pripravka.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranog lijeka ili otopine odobrene za supkutano davanje.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Daje se na pismeni nalog liječnika. Lijek se injicira u sloj između mišića i kože pod aseptičnim uvjetima. Supkutana injekcija se daje pod kutom od 30-90°, ovisno o debljini potkožnog masnog tkiva i vrsti lijeka. Lijek se resorbira već za 30 minuta nakon primjene. Daju se male količine od 0,5 do 2 ml lijeka, u vanjsku stranu gornje trećine nadlaktice, vanjski dio natkoljenice, gornji dio leđa uz kralježnicu i lopatice, te u lateralne strane trbuha od pupka do ilijačne kosti. Koriste se male igle od 25-27 G (1.5 – 2 cm duljine).

Lijek se ne smije primjenjivati na mjesta edema, modrica, promijenjene boje kože i na oštećena mjesta. Kod učestale primjene lijeka potrebno je mijenjati mjesto injiciranja.

### **Procjena**

- kontraindikacija i ranijih alergijskih reakcija na lijekove
- debljine potkožnog tkiva pacijenta
- izgleda kože na mjestu planirane primjene lijeka i mjesta prethodnih uboda (hematomi, crvenilo, edem)
- psihofizičkog stanja pacijenta

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- štrcaljka s pripremljenim lijekom i odgovarajućom iglom
	- alkoholni antiseptik za kožu
	- smotuljci vate ili gaze
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- posuda za nečisto
	- sabirnik za oštre predmete
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta
3.	- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
4.	- pacijentu objasniti postupak i moguće reakcije na lijek, dopustiti pitanja
5.	- osigurati privatnost
6.	- dezinficirati i posušiti svoje ruke
7.	- obući rukavice
8.	- odabrati mjesto za primjenu lijeka
9.	- udobno smjestiti pacijenta u pravilan položaj za primjenu s.c. injekcije

10.	- dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji tri puta, pričekati 15-30 sekundi da se posuši
11.	- uzeti štrcaljku u dominantnu ruku, skinuti štitnik s igle
12.	- drugom rukom, palcem i kažiprstom, nabrati kožu i ubosti pod kutom 30 – 45 - 90° (zavisno o debljini kože i potkožnog tkiva te lijeka koji je potrebno primijeniti)
13.	- lagano injicirati lijek
14.	- smotuljkom vate fiksirati kožu i izvući iglu, lagano protrljati ubodno mjesto (kod primjene Heparina ne trljati ubodno mjesto)
15.	- iglu i štrcaljku odložiti u sabirnik za oštre predmete (štitnik ne vraćati na iglu)
16.	- ostali upotrijebljeni pribor odložiti u posudu za nečisto
17.	- svući rukavice
18.	- dezinficirati ruke
19.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta
20.	- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U VENU - INTRAVENSKA INJEKCIJA-(I.V.) POMOĆU IGLE ILI BABY SISTEMA

---

---

### ***Naziv postupka***

Intravenska injekcija.

### ***Definicija postupka***

Intravenska primjena lijekova, otopina ili dijagnostičkih otopina je način primjene lijeka pomoću igle ili baby sistema i štrcaljke direktno u venu tj. u cirkulirajuću krv.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrinstva

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 15-25 minuta, zavisno o lijeku i propisanom vremenu davanja.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranog lijeka ili otopine propisane za intravensku primjenu.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Lijek se intravenski primjenjuje na pismeni nalog liječnika, pod strogo aseptičnim uvjetima, polako, 1ml/1min ako nije drugačije ordinirano. Djelovanje lijeka kao i pojava poželjnih i nepoželjnih učinaka počinje istovremeno s davanjem lijeka.

Za izvedbu ovog postupka potrebno je poznavati anatomiju žilnog sustava i farma-

kologiju, kao i posjedovati vještinu pronalaženja ubodnog mjesta za primjenu lijeka. Nepravilno primijenjen lijek dovodi do oštećenja tkiva i izaziva bol. Preporuča se koristiti vene gornjih ekstremiteta (kubitalna vena, cefalična ili bazilična vena podlaktice, vene dorzuma šake, metakarpalne vene). Ne preporuča se davati intravenski lijekove u donje ekstremitete, naročito ne u ekstremitete gdje su proširene vene i oštećena periferna cirkulacija, u ekstremitet s AV fistulom i limfedemom. Iglu treba uvesti kroz kožu jedan centimetar ispod mjesta ulaska u venu pod kutom od 30°-45° s vrhom igle okrenutim prema gore. Ovisno o dubini vene, nakon probijanja kože, kut ulaska igle u venu treba smanjiti za 10°. Za intravensku primjenu lijeka mogu se koristiti igle, i.v. kanile, i.v. kateteri, baby sistemi različitih veličina, a veličina se određuje prema lumenu krvne žile, brzini protoka lijeka i ordiniranom lijeku.

### **Procjena**

- kontraindikacija i prethodnih alergijskih reakcija na lijekove
- stanje pacijentovih vena (veličina, elasticitet, položaj)
- stanja kože ubodnog mjesta i mjesta prethodnih uboda
- psihofizičkog stanja pacijenta
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir).

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- taca
	- poveska
	- štrcaljka s pripremljenim lijekom
	- alkoholni antiseptik za kožu
	- sterilni smotuljci vate ili gaze
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- hipoalergijski flaster
	- zaštitni podložak

	- posuda za nečisto
	- sabirnik za oštre predmete
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta
3.	- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
4.	- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji - čistoća, osvjetljenje, mir
5.	- objasniti postupak, moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
6.	- dezinficirati i posušiti ruke
7.	- obući rukavice
8.	- pripremljeni lijek s priborom staviti na dohvat ruke, pokraj pacijenta
9.	- smjestiti pacijenta u udoban položaj za odabir vene i izvedbu postupka, te mu omogućiti sudjelovanje pri odabiru vene
10.	- ruku pacijenta smjestiti na čvrstu podlogu i podložiti zaštitnim podloškom
11.	- inspekcijom i palpacijom odabrati najpovoljniju venu, po mogućnosti venu nedominantne ruke
12.	- povjesku vezati oko 10 cm iznad mjesta uboda
13.	- palpirati bilo, ako nije prisutno opustiti povjesku
14.	- palpirati odabranu venu
15.	- dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji barem tri puta, pričekati 15-30 sekundi da se koža posuši
16.	- dominantnom rukom uzeti štrcaljku s iglom, skinuti zaštitni poklopac s igle
17.	- nedominantnom rukom pridržati pacijentovu ruku i zategnuti kožu
18.	- ubosti kožu pod kutom 30-45°, 1 cm ispod mjesta ulaska u venu, spustiti iglu za 10° i ući u lumen vene 0,5-1 cm
19.	- aspirirati, ako se pojavi krv, otpustiti povjesku
20.	- polako uštrcavati lijek 1ml/1 min ako nije drugačije propisano
21.	- upozoriti pacijenta da odmah signalizira u slučaju pojave bola ili pečenja
22.	- promatrati mjesto uboda radi eventualne primjene lijeka uz venu – ekstravazacije (pojavu crvenila i edema uz venu)
23.	- promatrati pacijenta (izgled lica, reakcije, puls, s pacijentom voditi primjeren razgovor - ako je moguće)
24.	- nakon primjene lijeka pritisnuti lagano mjesto uboda suhim sterilnim smotuljkom vate ili gaze, izvaditi iglu

25.	- pritisnuti gazu i držati 3 minute, u slučaju produženog krvarenja duže. Ako pacijent ne može sam držati gazu pričvrstiti je hipoalergijskim flasterom. Nakon 5 minuta gazu i flaster odstraniti i odložiti u infektivni otpad
26.	- iglu i štrcaljku odložiti u sabirnik za oštre predmete (štitnik ne vraćati na iglu)
27.	- ostali upotrijebljeni pribor zbrinuti prema pravilima zdravstvene ustanove
28.	- svući rukavice i odložiti ih u posudu za nečisto i infektivni otpad
29.	- dezinficirati i posušiti ruke
30.	- dokumentirati postupak, vrijeme primjene lijeka i stanje pacijenta
31.	- promatrati pacijenta do 30 minuta nakon primjene lijeka
32.	- uočavati neželjene reakcije, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA PUTEM PERIFERNE INTRAVENSKJE (I.V.) KANILE

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena lijeka putem periferne intravenske (I.V.) kanile.

### ***Definicija postupka***

Primjena lijekova i otopina putem i.v. kanile je postupak kojim se navedene ljekovite supstance štrcaljkom primjenjuju direktno u venu tj. u cirkulirajuću krv.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrištva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 5-25 minuta, ovisno o propisanoj dozi lijeka i propisanom vremenu davanja.

### ***Svrha postupka***

Primjena ordiniranog lijeka ili otopine odobrene za intravenoznu primjenu.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Putem periferne i. v. kanile lijek se primjenjuje temeljem pisanog naloga liječnika. Lijek se primjenjuje polako 1ml/1min, ako nije drugačije ordinirano, pod strogo aseptičnim uvjetima. Lijek se ne smije primijeniti u upaljenu venu. Prije primjene lijeka, štrcaljkom od 2 ml aspirirati krv iz kanile. Ako se pojavi krv u štrcaljci, i.v. kanila je prohodna i može se primijeniti ordinirani lijek. Zabranjeno je proštrcavati nepro-



hodnu i.v. kanilu već ju je potrebno zamijeniti. Nakon primjene lijeka, i.v. kanilu treba pratiti s 2 - 5 ml fiziološke otopine i zatvoriti sterilnim čepom.

### **Procjena**

- kontraindikacija i prijašnjih alergijskih reakcija na lijekove
- stanja pacijentove vene (upale, elasticitet...)
- stanja prevoja i kanile

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- alkoholni dezinficijens za kožu
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- pripremljeni ordinirani lijek za primjenu
	- smotuljci od gaze
	- sterilne komprese 5X5 cm.
	- 5 ml sterilne štrcaljke
	- 5 ml štrcaljka s fiziološkom otopinom
	- sterilni čep za kanilu
	- hipoalergijski flaster
	- zaštitni podložak
	- spremnik za oštre predmete
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta
3.	- primijeniti protokol 5P za primjenu lijeka na siguran način
4.	- osigurati privatnost
5.	- dezinficirati i posušiti ruke
6.	- obući rukavice
7.	- smjestiti pacijenta u udoban položaj za primjenu lijeka

## PRIMJENA LIJEKOVA

8.	- objasniti postupak i moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
9.	- inspekcijom i palpacijom provjeriti stanje kanile i vene
10.	- ruku smjestiti na zaštitni podložak
11.	- dezinficirati predviđeno mjesto primjene lijeka - okolinu čepa (kožu ispod čepa, kanilu oko čepa)
12.	- sterilnom kompresom podložiti ulaz u i.v. kanilu
13.	- otvoriti kanilu, čep odložiti u posudu za nečisto, kanilu spojiti sa štrcaljkom i aspirirati dok se ne pojavi krv
14.	- odvojiti štrcaljku i odložiti u posudu za nečisto
15.	- štrcaljku s lijekom priključiti na kanilu i polagano ubrizgavati lijek
16.	- tijekom primjene lijeka treba promatrati pacijenta i uočavati eventualne promjene
17.	- nakon primjene lijeka odvojiti štrcaljku i odložiti je u posudu za nečisto
18.	- isprati kanilu s 2 - 5 ml fiziološke otopine, štrcaljku odložiti u posudu za nečisto
19.	- staviti sterilni čep na kanilu
20.	- promijeniti prevoj kanile ako je kontaminiran krvlju
21.	- upotrijebljeni pribor raspemiti i odložiti u infektivni otpad
22.	- svući rukavice
23.	- dezinficirati i posušiti ruke
24.	- dokumentirati davanje lijeka, izgled vene, eventualne reakcije i eventualni postupak oko kanile.
25.	- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija na lijek, obavijestiti liječnika o njima i evidentirati ih



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE INFUZIJE

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena lijekova i otopina infuzijom.

### ***Definicija postupka***

Primjena lijekova i otopina infuzijom je postupak kojim se navedene ljekovite tvari infuzijskim sistemom preko centralnog venskog katetera, i.v. kanile, igle ili baby sistema primjenjuju direktno u venu tj. u cirkulirajuću krv.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna prvostupnica sestrinstva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 10 minuta što uključuje pripremu i početak primjene infuzije. Ukupno trajanje postupka primjene infuzijske otopine ovisi o vrsti, količini, koncentraciji lijeka i ordiniranom trajanju infuzije, te potrebi uspostavljanja venskog puta. Sukladno tome određuje se i vrijeme nadzora nad pacijentom.

### ***Svrha postupka***

Primjena ordiniranog lijeka ili otopine, nadoknada cirkulirajućeg volumena i hranjivih tvari propisanih za intravenoznu primjenu, te održavanje venskog puta.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Primjenjuje se temeljem pismenog naloga liječnika, pod aseptičnim uvjetima.

Infuzijom se daju tekućine i otopine kemijskih tvari koje se prema svom sastavu smi-

ju primijeniti intravenozno. Mogu biti raznih sastava i koncentracija. Daju se same ili s dodatkom lijekova. Pakirane su u staklenim ili plastičnim bocama različitih zapremina. Primjenjuju se u venu pomoću infuzijskog seta (sistema s mogućnošću regulacije protoka, tj. broja kapi u minuti). 1 ml kristaloidne otopine sadrži oko 20 kapi, a koloidne oko 15 kapi. Primjena infuzije pomoću perfuzora ili infuzomata omogućava precizno reguliranje protoka.

Primjena infuzija može biti jednokratna, intermitentna ili trajna.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta
- kontraindikacija i prethodnih alergijskih reakcija na lijekove
- postojanja i prohodnosti venskog puta (C.V. kateter, I.V. kanila) u pacijenta
- stanje pacijentovih vena (veličina, elasticitet, položaj)
- pacijentovog stanja kože
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir)

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica ili taca
	- alkoholni antiseptik za kožu
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- pribor za uspostavu venskog puta ako nije uspostavljen (poveska, igle, baby sistemi, i.v. kanila)
	- set za infuziju
	- pripremljeni lijek za primjenu
	- propisana infuzijska otopina s čitljivom etiketom
	- stalak za infuziju
	- držač za bocu, ako je potrebno
	- nesterilne loptice od gaze i sterilne kompresice 5X5 cm.

	- zaštitni podložak
	- sterilni čep (za primjenu infuzije putem kanile)
	- hipoalergijski flaster
	- 5 ml štrcaljka s fiziološkom otopinom
	- 5 ml sterilna štrcaljka
	- sabirnik za oštre predmete
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2	- u prostoru za pripremu lijeka pripremiti: infuziju prema pisanom nalogu liječnika, primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način - provjeriti rok valjanosti, izgled boce i pakiranja
3	- namjestiti držač na bocu (ako je potrebno)
4	- skinuti štitnik s čepa boce (dezinficirati čep ako se tijekom manipulacije onečisti)
5	- otvoriti pakiranje seta, izvaditi infuzijski set i zatvoriti regulator protoka
6	- skinuti štitnik i probosti čep na boci pod aseptičnom uvjetima
7	- okrenuti bocu i objesiti je na stalak ili držač
8	- otvoriti otvor zraka na sistemu ako je potrebno (provjeriti zahtjeve boce - plastične ili neke druge i mogućnosti infuzijskog sistema)
9.	- do pola napuniti komoricu sistema za infuziju s otopinom
10.	- otvoriti regulator protoka na sistemu i ispustiti zrak iz sistema za infuziju u posudu za nečisto
11.	- zatvoriti regulator protoka
12.	- ako ima mjehurića kuckanjem po cjevčici istisnuti mjehuriće zraka prema komorici
13.	- skinuti bocu sa stalka i odložiti na tacu
14.	- dodati lijek u infuzijsku otopinu ako je propisano, provjeriti kompatibilnost lijeka i otopine
15.	- pripremljeni lijek utisnuti u infuzijsku otopinu (lijek u štrcaljku navlačiti prema standardu)
16.	- iglu odložiti u spremnik za oštri otpad, a štrcaljku u infektivni otpad
17.	- napisati na bocu ime i prezime pacijenta, naziv i dozu dodanog lijeka i složiti na kolica s priborom za primjenu infuzije
18.	- identificirati pacijenta, predstaviti se

19.	- osigurati povoljne uvjete u prostoriji i staviti zvono nadohvat ruke pacijentu
20.	- objasniti postupak i moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
21.	- prije primjene infuzije omogućiti pacijentu eliminaciju stolice i urina
22.	- smjestiti ga u udoban ili prisilni položaj
23.	- postaviti pacijentovu ruku u potreban položaj za primjenu infuzije i staviti zaštitni podložak ispod ruke
24.	- dezinficirati i posušiti svoje ruke
25.	- obući rukavice
26.	- na stalak objesiti bocu s infuzijom
27.	- ako postoji i.v.kanila prije priključivanja infuzije dezinficirati je ispod čepa i oko čepa. Ispod kanile prije priključka staviti gazicu
28.	- provjeriti prohodnost postojećeg venskog puta ili osigurati venski put iglom, baby sistemom ili i.v. kanilom prema standardu (prohodnost postojećeg venskog puta provjerava se aspiriranjem krvi štrcaljkom od 5 ml)
<b>PRIMJENA INFUZIJE - AKO SE KORISTI IGLA ILI BABY SISTEM POTREBNO JE:</b>	
29.	- palpiranjem odabrati venu
30.	- dezinficirati kožu kružnim pokretima od centra prema periferiji barem tri puta, pričekati 15-30 sekundi da se koža posuši
31.	- povesku vezati oko 10cm iznad mjesta uboda
32.	- palpirati bilo, ako nije prisutno popustiti povesku dok se ne osjeti bilo
33.	- dominantnom rukom uzeti štrcaljku s iglom ili baby sistem, izvaditi poklopac s igle ili baby sistema (istisnuti zrak iz baby sistema - proštrcati ga fiziološkom otopinom prije uboda )
34.	- nedominantnom rukom pridržati pacijentu ruku i zategnuti kožu
35.	- ubosti kožu pod kutom 30-45 stupnjeva, 1 cm ispod mjesta ulaska u venu, spustiti za 10° i ući 1 cm. u lumen vene
36.	- aspirirati, ako se pojavi krv otpustiti povesku, aspirirati sav zrak iz baby sistema ako ga ima

37.	- flasterom fiksirati iglu ili baby sistem, podložiti iglu ili baby sistem sterilnom kompresom, priključiti infuziju i regulirati protok infuzije (ako je kompresa krvava, zamijeniti je). Fiksirati cjevčicu infuzijskog sistema za ruku 5 cm ispod priključka
<b>PRIMJENA INFUZIJE PUTEM I.V. KANILE (AKO JE POTREBNO UVESTI I.V. KANILU UVODI SE PREMA STANDARDU )</b>	
38.	- skinuti zaštitnu kapicu s infuzijskog seta i pod aseptičnim uvjetima priključiti na i.v. kanilu (ako i.v.kanila postoji, dezinficirati je ispod čepa i oko čepa 3x, skinuti čep, odložiti ga u infektivni otpad, priključiti infuzijski set. Podložiti ispod kanile sterilnu kompresu)
39.	- regulirati protok infuzijske otopine regulatorom na sistemu, ili infuzomatom
40.	- fiksirati cjevčicu infuzijskog sistema za ruku 5 cm ispod priključka
41.	- rasprijeti pribor prema pravilima zdravstvene ustanove
42.	- svući rukavice, dezinficirati i posušiti ruke
43.	- pratiti stanje pacijenta i uočavati promjene tijekom trajanja infuzije, te o njima izvijestiti liječnika.
44.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta
<b>PROMJENA BOCE S INFUZIJSKOM OTOPINOM</b>	
45.	- zatvoriti protok infuzije na regulatoru
46.	- provjeriti kompatibilnost lijekova i infuzijskih otopina koje će se nastaviti nakon prethodne infuzije
47.	- ako su lijekovi kompatibilni izvaditi sistem iz boce iz koje je istekao lijek i pod aseptičnim uvjetima utisnuti sistem u novu bocu
48.	- bocu postaviti na stalak i regulirati protok infuzijske otopine
49.	- upotrijebljenu bocu odložiti u otpad prema pravilima ustanove
50.	- ako lijekovi koji se trebaju primijeniti nisu kompatibilni s prethodnom otopinom, postaviti novi sistem za infuziju kao što je navedeno u koracima od 3 do 12
<b>ZAVRŠETAK PRIMJENE INFUZIJE</b>	
51.	- regulatorom zatvoriti protok u sistemu za infuziju
52.	- obući rukavice
53.	- odvojiti infuzijski sistem od venskog puta



ODVAJANJE INFUZIJSKOG SISTEMA KADA JE INFUZIJSKA OTOPINA PRIMJENJIVANA PUTEM I.V. KANILE POTREBNO JE:	
54.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zatvoriti protok na infuzijskom sistemu</li> <li>- isprati kanilu s 5 ml fiziološke otopine, štrcaljku odložiti u posudu za nečisto (prije odvajanja štrcaljke od kanile podignite pacijentovu ruku za 60°, odvojite štrcaljku i zatvorite kanilu sterilnim čepom, krv se u tom slučaju neće vraćati u kanilu. Kanila će ostati prohodna)</li> </ul>
55.	- odvojiti infuzijski sistem i zatvoriti kanilu sterilnim čepom
56.	- promijeniti prevoj kanile ako je kontaminiran krvlju
57.	- upotrijebljeni pribor rasporemiti i odložiti u infektivni otpad i oštri otpad
ZAVRŠETAK INFUZIJE KADA JE INFUZIJSKA OTOPINA PRIMJENJIVANA PUTEM IGLE ILI BABY SISTEMA:	
58.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ako je potrebno, isprati venu s 5 ml fiziološke otopine; treba učiniti sljedeće: -zatvoriti infuzijski sistem regulatorom protoka,</li> <li>- dezinficirati gumeni dio sistema 3x smotuljkom gaze natopljenim dezinficijensom,</li> <li>- iglu štrcaljke u kojoj je fiziološka otopina ubodemo u gumeni dezinficirani dio sistema i primijenimo 5 ml fiziološke otopine.</li> <li>- izvući iglu i štrcaljku iz sistema i odložiti u infektivni otpad</li> </ul>
59.	- suhim sterilnim smotuljkom vate ili gaze pritisnuti lagano mjesto uboda, izvaditi iglu ili baby sistem iz vene
60.	- pritisnuti smotuljak gaze i držati 3 minute. U slučaju produženog krvarenja 5-10 min. (ako pacijent ne može držati gazu sam, pričvrstiti je hipoalergijskim flasterom)
61.	- iglu štrcaljku i infuzijski sistem odložiti u sabirnik za oštre predmete. Štitnik ne vraćati na iglu ili baby sistem
62.	- ostali upotrijebljeni pribor rasporemiti i odložiti prema pravilima zdravstvene ustanove
63.	- svući rukavice
64.	- dezinficirati i posušiti ruke
65.	- dokumentirati završetak primjene infuzijskih otopina
66..	- pratiti pojavu mogućih reakcija, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i dokumentirati ih

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE KISIKA U TERAPIJSKE SVRHE

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena kisika u terapijske svrhe

### ***Definicija postupka***

Liječenje kisikom poduzima se s ciljem sprečavanja ili smanjenja hipoksije tkiva, a provodi se različitim tehnikama.

### ***Provoditelj postupka***

Svaka medicinska sestra/tehničar.

### ***Svrha postupka***

Pravilnom primjenom kisika sprečavamo ili smanjujemo hipoksiju tkiva.

### ***Trajanje postupka***

Za provođenje ovoga postupka potrebno je 5 min. ako je sustav za primjenu kisika centraliziran i izvor kisika je uz krevet pacijenta, ili 10 minuta ukoliko je izvor kisika potrebno dopremiti do kreveta pacijenta.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Liječenje kisikom se provodi, prema pisanoj odredbi liječnika, kod bolesnika sa sniženim vrijednostima kisika. Normalan tlak kisika u arterijskoj krvi je između 11 i 13 kPa. Ako je tlak ispod 9 kPa govorimo o hipoksemiji. Hipoksija znači snižene vrijednosti kisika u tkivima.

Kisik se može davati preko:

- Jednostavne maske za kisik koja omogućava koncentraciju kisika u udahnutom zraku, u jednom intervalu, od 35 do 60% kisika kod protoka od 5 do 10 l/min.
- Venturi maske, kojom dosežemo koncentraciju kisika u udahnutom zraku, u jednom intervalu, od 24 do 60% kisika kod protoka od 2 do 15 l/min. Služi za „osjetljivu“ regulaciju protoka kisika.
- Maske visoke inspiratorne koncentracije s vrećicom - spremnikom za kisik, kojima se doseže koncentracija kisika od 60 do 95%.
- Nosnih katetera, koji su jednostavni za uporabu. Protok od 2 l/min omogućava koncentraciju kisika u hipofarinksu od 25 do 30%.

Upotrebljavaju se jednostruki i dvostruki - binazalni nosni kateteri. Jednostruki ili nazofaringealni kateteri su dugi približno 40 cm, savitljivi su i na kraju imaju više malih rupica. Stavljaju se najčešće u jednu nosnicu do orofarinksa ili u kanilu. Moraju se mijenjati svakih 12 sati, a kod pojačane sekrecije iz nosa i češće. Dvostruki ili binazalni kateteri imaju dva izvora kisika i stavljaju se u obje nosnice. Tijekom korištenja katetera pacijent može govoriti, kašljati, kihati, jesti. Upotrebljavaju se kod pacijenata koji nisu u hiperkapniji. Kroz nosni kateter se postiže koncentracija kisika do 40%.

Da bi terapija bila uspješna maske moraju dobro prijanjati uz lice, a kateteri moraju biti postavljeni dovoljno duboko u nosnice. Nosnice moraju biti prohodne i čiste.

Kod protoka većih od 3 litre i kada se kisik daje direktno u traheju, potrebno je vlaženje kisika redestiliranom vodom.

Prije primjene kisika potrebno je provjeriti ovlaživač – posudicu u kojoj se nalazi redestilirana voda, kuglicu regulatora kisika, cijevi i spojeve s kateterom i maskama.

Izvori kisika mogu biti različiti (komprimirani kisik u čeličnim bocama, tekući kisik ukapljen na temperaturi oko 183°C, koncentratori kisika - električni aparati koji iz atmosferskog zraka koncentriraju kisik, te portabilni kontejneri punjeni tekućim ili komprimiranim kisikom).

Kisik se dozira u litrama na minutu - FiO<sub>2</sub>/min. Ako se koristi komprimirani kisik iz boce, postavlja se zabrana istovremenog korištenja kisika i otvorene vatre. Na boci je pričvršćen redukcijski ventil, a boca je pričvršćena na stalak uz ili za zid. U prostoriji gdje se primjenjuje kisik ne smije se koristiti otvoreni plamen (upaljač, plin). Za vrijeme primjene kisika ne smiju se koristiti masti i kreme za njegu lica i ruku (opasnost od opekotina).

Manometre nakon uporabe oprati, dezinficirati, posušiti i suhe ih pospremiti u odgovarajuće vrećice ili prema pravilima ustanove. Ovlaživače nakon uporabe oprati, posušiti, staviti u vrećice za sterilizaciju i sterilizirati ih, te pospremiti po pravilima ustanove.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta (mogućnost suradnje, stanje svijesti)
- sluznica nosne i usne šupljine pacijenta
- prohodnosti nosne šupljine pacijenta
- prohodnosti dišnih puteva pacijenta
- ispravnosti aparature i izvora kisika
- prohodnosti katetera

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- taca
	- nosni kateter orofaringealni ili binazalni, ili potrebnu masku, različite nastavke za maske
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- redestilirana voda
	- ovlaživač – posudica sustava kisika u koju se stavlja redestilirana voda
	- traka za učvršćenje katetera ili maske (za učvršćenje orofaringealnog katetera upotrijebiti hipoalergijski flaster)
	- papirnate maramice
	- gel na bazi vode
	- bubrežasta posuda
	- manometar - protokomjer
	- alkohol
	- smotuljci vate
	- staničevina

PRIMJENA KISIKA PUTEM OROFARINGEALNOG KATETERA	
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta
3.	- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
4.	- objasniti postupak i moguće reakcije na lijek, dopustiti pitanja
5.	- osigurati privatnost
6.	- dezinficirati i posušiti svoje ruke
7.	- u ovlaživač uliti vodu između oznake MIN i MAX
8.	- provjeriti protok kisika
9.	- dati pacijentu papirnati ručnik da ispuše nosnice, ako ne može sam pomaže mu sestra
10.	- provjeriti cjelovitost sluznice nosa, ako je oštećena mijenjamo pristup primjene kisika
11.	- smotuljcima vate natopljene alkoholom očistiti masnoću s kože čela i nosa
12.	- izmjeriti dužinu katetera od vrha nosa do ušne resice
13.	- navlažiti nosni kateter gelom ili vodom
14.	- nosni kateter nježno, u luku uvesti u nosnicu
15.	- zamoliti pacijenta da proguta slinu i utvrditi da ga vrh katetera ne draži na povraćanje
16.	- pričvrstiti kateter malim komadom hipoalergijskog flastera za nos i čelo (paziti da kateter ne vuče nosnicu prema gore)
17.	- pripremiti izvor kisika te kateter spojiti s izvorom kisika
18.	- otvoriti izvor kisika pazeći da sredina kuglice lebdi na ordiniranoj količini protoka
19.	- provjeriti ispravnost sistema i protoka
20.	- oprati i posušiti ruke
21.	- dokumentirati protok kisika i stanje pacijenta
22.	- mijenjati nosni kateter svakih 12 sati. U slučaju jače sekrecije i ranije
23.	- ovlaživač svaki dan dezinficirati, posušiti i promijeniti redestiliranu vodu
24.	- cijevi od izvora kisika do katetera traju cijelo vrijeme primjene kisika pacijentu. Nakon završene terapije cijevi se zbrinjavaju prema pravilima ustanove

<b>PRIMJENA KISIKA PUTEM BINAZALNOG KATETERA</b>	
	- primijeniti postupke od 2 do 10 - kao kod primjene kisika putem orofaringealnog katetera
11	- vrhove nosnog katetera namjestiti u obje nosnice
12	-kateter staviti iza oba uha i pod bradu pacijenta i pričvrstiti oba kraka katetera pomičnom omčicom koja je na cijevi katetera
13	- otvoriti izvor kisika pazeći da sredina kuglice lebdi na ordiniranoj količini protoka
14	- provjeriti ispravnost sistema i protoka
15	- kod intermitentne primjene kisika kateter oprati pod tekućom vodom, posušiti ga, umotati u suhu, čistu kompresu i staviti u suhu posudu do ponovne uporabe
16	- oprati i posušiti svoje ruke
17	- dokumentirati protok kisika i stanje pacijenta
18	- ovlaživač svaki dan prati, dezinficirati, posušiti i promijeniti redestiliranu vodu
19	- binazalni kateter mijenjamo svakih 7 dana ili po potrebi
20	- po završenoj terapiji kateter odložiti u komunalni otpad
<b>PRIMJENA KISIKA PUTEM VENTURI MASKE</b>	
	- primijeniti postupke od 2 do 10 - kao kod primjene kisika putem orofaringealnog katetera
11.	- izabrati odgovarajuću veličinu maske obzirom na pacijentovo lice
12.	- izabrati nastavak koji odgovara ordiniranoj koncentraciji kisika
13.	- pripremiti izvor kisika
14.	- spojiti izvor kisika s cijevima i maskom
15.	- otvoriti izvor kisika
16.	- namjestiti protok kisika prema pravilima na Venturi maski
17.	- namjestiti masku na pacijentovo lice, preko nosa i pod bradu, a elastičnu vrpcu staviti oko glave iznad ušiju
18.	- metalni dio oblikovati uz nos da dobro priliježe, ali ne tiska
19-	- zaštititi uške od jakog pritiska i provjeravati izgled ušaka
20.	- rasporemiti upotrijebljeni materijal
21.	- oprati i posušiti svoje ruke
22.	- dokumentirati protok kisika i stanje pacijenta

23.	- masku svaki dan isprati pod tekućom vodom, posušiti je i ponovo staviti pacijentu
24.	- ovlaživač svaki dan prati, dezinficirati, posušiti i promijeniti redestiliranu vodu
25-	- cijevi od izvora kisika do maske traju cijelo vrijeme primjene kisika pacijentu. Nakon završene terapije, cijevi se zbrinjavaju prema pravilima ustanove.
<b>PRIMJENA KISIKA PUTEM MASKE VISOKE INSPIRATORNE KONCENTRACIJE</b>	
	- primijeniti postupke od 2 do 10 kao kod primjene kisika putem orofaringealnog katetera
11.	- izabrati odgovarajuću veličinu maske obzirom na pacijentovo lice
12.	- pripremiti izvor kisika
13.	- spojiti izvor kisika s cijevima i maskom
14.	- otvoriti izvor kisika
15.	- provjeriti spojeve izvora kisika cijevi i maske
16.	- namjestiti protok kisika na 10 – 15 l/min, da se vrećica napuni do polovice
17.	- namjestiti masku na lice pacijenta, preko nosa i ispod brade
18.	- oblikovati metalni dio oko nosa. Mora dobro prijanjati, ali ne tiskati
19.	- elastičnu vrpcu staviti oko glave, iza ušiju, tako da ne žulja. Provjeravati uške
20-	- ujednačiti protok kisika tako da je vrećica stalno puna do polovice
21.	- raspripremiti pribor
22.	- oprati i posušiti ruke
23.	- dokumentirati protok kisika i stanje pacijenta
24.	- pratiti pojavu mogućih neželjenih reakcija, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih
25.	- često provjeravati vrećicu, ukoliko se u njoj sakuplja voda treba je isprazniti i mijenjati svaki dan kako bi se izbjeglo razmnožavanje bakterija
26.	- ovlaživač svaki dan oprati i dezinficirati, posušiti i promijeniti redestiliranu vodu
27.	- ako se voda ne nakuplja u vrećici, vrećica može trajati dok je pacijentu potreban kisik
28.	- maska se svaki dan pere pod tekućom vodom i dobro posuši. Paziti da voda ne uđe u vrećicu. Maska može trajati dok je pacijentu potreban kisik. Ako je integralna s vrećicom mijenja se kada i vrećica.

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA VAGINALNO

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena lijeka vaginalno.

### ***Definicija postupka***

Primjena lijekova u vaginu postupak je koji omogućava resorpciju lijeka kroz vaginalnu sluznicu.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Postupak se izvodi 6-8 minuta.

### ***Svrha postupka***

Primjena ordinirane terapije vaginalnim putem.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Vaginalno se primjenjuju ordinirani lijekovi poštujući pet pravila za pravilnu primjenu lijeka. Primjenjuju se na pismeni nalog liječnika. Lijekovi mogu biti u krutom i tekućem obliku (vaginalete, kreme, otopine, gelovi). Prije primjene lijeka potrebno je učiniti toaletu spolovila prema standardu. Za primjenu vaginalnih krema koristi se aplikator, a za primjenu otopina irigator. Prije primjene lijekova vaginalno, pacijentica se smješta u ležeći leđni ili bočni položaj, privučenih koljena. Lijek se primjenjuje duboko, duž stražnje stjenke vagine. Preporuča se primjena vaginaleta na večer. Po primjeni lijeka pacijentica ostaje u ležećem položaju barem dva sata.



**Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijentice
- moguće prethodne alergije na lijek
- stanja sluznice pacijentičine vagine
- vidljivih patoloških promjena i deformacija vagine
- prostora za izvođenje postupka

**Planiranje i provođenje**

<b>1</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- alkoholni antiseptik za ruke
	- lijek (aplikator ako je potrebno)
	- lubrikant
	- papirnati ručnici
	- paravan
	- posuda za nečisto
	- pribor za toaletu spolovila prema standardu-ako je potrebno, ili vlažne antiseptične maramice
	- predložak
	<b>IZVOĐENJE POSTUPKA</b>
2.	- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenticu, objasniti postupak i moguće reakcije na lijek, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost
5.	- smjestiti pacijenticu u odgovarajući položaj
6.	- oprati i posušiti ruke, obući rukavice
7.	- učiniti toaletu spolovila prema standardu ako je potrebno ili obrisati spolovilo antiseptičnom maramicom

8.	- lijek uzeti iz originalnog pakiranja i upotrijebiti lubrikant prema preporuci proizvođača (voda ili neki drugi lubrikant, ako je potrebno)
9.	- nedominantnom rukom raširiti labie
10.	- dominantnom rukom uvesti lijek, oprezno, duboko, duž stražnje stjenke vagine
11.	- staviti predložak i gaćice
12.	- obući pacijenticu, smjestiti je u odgovarajući i udoban položaj
13.	<b>POSTUPAK S APLIKATOROM</b>
14.	- aplikator se koristi samo za jednu pacijenticu-jednokratno ili višekratno
15.	- aplikator nakon korištenja dezinficirati ukoliko se koristi višekratno
16.	- aplikator čuvati u suhom originalnom štitniku uz lijek
17.	- ako se koristi jednokratno, nakon uporabe odložiti aplikator u infektivni otpad
18.	- rasprijeti pribor
19.	- svući rukavice
20.	- oprati i posušiti ruke
21.	- dokumentirati postupak
22.	- uočavati reakcije na lijek, o negativnim reakcijama obavijestiti liječnika i dokumentirati ih

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PRIMJENE LIJEKA U REKTUM

---

---

### ***Naziv postupka***

Primjena lijeka u rektum.

### ***Definicija postupka***

Primjena lijeka u rektum je postupak kojim se supozitoriji, kreme i otopine primjenjuju u rektum u terapijske svrhe.

### ***Trajanje postupka***

Za postupak je potrebno 6 minuta.

### ***Svrha postupka***

Sigurna primjena ordiniranih ljekovitih tvari odobrenih za rektalnu primjenu.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Lijekovi za rektalnu primjenu su najčešće u obliku supozitorija, krema s posebnim aplikatorom i otopina koje se primjenjuju u obliku mini klizme. Rektalno se primjenjuju najčešće zbog lokalnog djelovanja, ili za djelovanje na cijeli organizam (antipiretici, analgetici...). Prije primjene lijeka u rektum treba pacijentu omogućiti eliminaciju stolice i urina.

Aplikator za primjenu lijeka i lijek koji se primjenjuje putem aplikatora koristi se samo za jednog pacijenta.

### **Procjena**

- prethodnih alergija na lijek
- stanja pacijentove sluznice anusa i rektuma (upale, hemoroidi, oštećenja)
- psihofizičkog stanja pacijenta
- prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, privatnost)
- pacijentove potrebe za defekacijom

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- taca
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- lijek (aplikator ako je potrebno)
	- vatices s dezinficijensom za čišćenje aplikatora
	- jednokratna PVC pregača
	- predložak po potrebi
	- lubrikant
	- sterilna drvena špatula za nanošenje lubrikanta
	- zaštitna kompresa
	- papirnati ručnici
	- posuda za nečisto
	- noćna posuda po potrebi
	- ako je potrebno, pribor za toaletu analne regije prema standardiziranom postupku, ili vlažne antiseptične maramice
	- paravan
	<b>IZVOĐENJE POSTUPKA</b>
2.	- primijeniti protokol 5P za primjenu lijeka na siguran način
3.	- osigurati privatnost
4.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak i moguće reakcije na lijek, dopustiti pitanja

5.	- oprati, posušiti ruke i obući rukavice
6.	- staviti PVC zaštitnu pregaču
7.	- smjestiti pacijenta u ležeći položaj, po mogućnosti na lijevi bok i osloboditi analnu regiju odjeće
8.	- postaviti zaštitnu kompresu ispod gluteusa (ako se daje mini klizma)
9.	- ako je potrebno, učiniti toaletu analne regije prema standardiziranom postupku ili obrisati analnu regiju antiseptičnom maramicom
10.	- uzeti lijek iz originalnog pakiranja i upotrijebiti lubrikant prema preporuci proizvođača (voda ili neki drugi lubrikant, ako je potrebno)
11.	- sterilnom špatulom staviti lubrikant na aplikator ili čepić
12.	- nedominantnom rukom razdvojiti gluteuse, a dominantnom staviti lijek u rektum: a) - čepić utisnuti prstom 3-4 cm u rektum b) - predviđeni dio aplikatora staviti u rektum i utisnuti ordiniranu količinu kreme c) - ljekovita klizma se daje prema standardu za primjenu klizme
13.	- upozoriti pacijenta da stisne gluteuse i ostane što dulje u ležećem položaju
14.	- staviti predložak, obući pacijentu gaćice
15.	- upotrijebljeni pribor odložiti u posudu za nečisto i u infektivni otpad
<b>POSTUPAK S APLIKATOROM</b>	
16.	- ukoliko se aplikator koristi višekratno nakon korištenja ga treba oprati, dezinficirati i posušiti
17.	- aplikator čuvati u suhom originalnom štitniku uz lijek
18.	- ako se aplikator koristi jednokratno odložiti ga u infektivni otpad
19.	- rasporemiti pribor
20.	- svući rukavice
21.	- oprati i posušiti ruke
22.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta
23.	- uočavati neželjene reakcije na lijek, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORAKA VENSKE KRVI VENEPUNKCIJOM

---

### ***Naziv postupka***

Uzimanje uzoraka venske krvi venepunkcijom.

### ***Definicija postupka***

Uzimanje uzoraka venske krvi venepunkcijom postupak je kojim se iglom ulazi u venu radi sakupljanja venske krvi u štrcaljku ili epruvetu za laboratorijske pretrage.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Uzeti uzorak venske krvi za ordinirane pretrage.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Za venepunkciju najčešće se biraju vene na podlaktici: ogranci v. basilike, v. cefalike, kubitalne vene. Ne preporuča se punktiranje vena na unutarnoj strani ručnog zgloba, na mjestu madeža, na mjestu tetovaže i na ožiljcima, niti višekratno punktiranje vena na istom mjestu. Zabranjeno je sakupljanje krvi u dijagnostičke svrhe iz A.V. fistule kod pacijenta na hemodijalizi. Ispravno izvedena venepunkcija omogućava točnost nalaza. Veličinu igle treba prilagoditi debljini vene koja se punkтира (20G, 21G, a

25G za punkciju vena u području ručnog zgloba, šake i gležnja). Uzorci krvi uzimaju se u vakutejnere – vakuumske epruvete koje se razlikuju po boji čepa i dodatka koji se nalazi u epruveti. Uzorci krvi mogu se uzimati i štrcaljkom. Štrcaljkom uzet uzorak krvi raspoređuje se u epruvete i transportira u laboratorij. Uzorak krvi uzet na ispravan način osigurava točnost nalaza. Krv se sakuplja u dijagnostičke svrhe na temelju pisanog naloga liječnika.

### **Procjena**

- pacijentovih vena palpiranjem i gledanjem (procjenjuje se elastičnost i punoća vene, mjesta prethodnih punkcija vena, blizina arterija, živaca i zglobova, A.V. fistula i odabire se vena prikladna za punkciju)
- psihofizičkog stanja pacijenta – pitati ga o prethodnim iskustvima tijekom vađenja krvi (nesvjestica)
- prisutnosti rizika od krvarenja kod nekih bolesti i stanja (hemofilija, trombocitopenija, antikoagulantna terapija)
- prostora za izvođenje postupka: osvjetljenje, mikroklima

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica ili taca
	- pismeni nalog liječnika - uputnica
	- povjeska
	- smotuljci - tupferi gaze 5x5cm
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- alkoholni dezinficijens za kožu
	- hipoalergijski flaster
	- vakuumirane epruvete za određenu pretragu (razlikuju se po boji čepova, dodatku reagensa koji se nalazi u epruveti i veličini)
	- igle s pripadajućim priborom za vakuumsko vađenje - holder
	- olovka za označavanje imena i prezimena na epruveti ili kodirane naljepnice

	- stalak za epruvete
	- spremnik za odlaganje oštrog i infektivnog pribora
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjeriti ispravnost pribora (rok trajanja epruvete i sterilnosti igle)
3.	- predstaviti se
4.	- provjeriti identitet pacijenta i određeno vrijeme uzimanja uzorka
5.	- objasniti postupak i dopustiti pitanja
6.	- udobno smjestiti pacijenta, prema procjeni sjedeći ili ležeći položaj
7.	- oprati/dezinficirati i posušiti svoje ruke
8.	- obući rukavice
9.	- dopustiti pacijentu da predloži mjesto uboda
10.	- palpiranjem i promatranjem odabrati venu za punkciju
11.	- staviti povesku 10 cm iznad mjesta punkcije
12.	- palpiranjem pulsa provjeriti da poveska nije prejako zategnuta
13.	- palpacijom odrediti mjesto uboda, zamoliti pacijenta da stisne šaku ili da stiskanjem i opuštanjem šake pojača punoću vene krvlju
14.	- dezinficirati kožu smotuljcima gaze ili vate natopljenim dezinficijensom, pustiti da se koža posuši
15.	- sastaviti iglu s nastavkom za venepunkciju (Holder)
16.	- skinuti štitnik igle i ubosti odabrano mjesto pod kutom od 40°, spustiti iglu za 10° i uvesti je u venu. Kada se pojavi krv uvesti iglu još 5 - 10 mm dublje u venu
17.	- kroz nastavak - Holder spojiti epruvetu s donjim dijelom igle
18.	- kada poteče krv u epruvetu opustiti povesku i otvoriti šaku. Ako je vena slabe punoće, ostaviti povesku do kraja vađenja krvi, ali ne dulje od 3 minute. Povesku odvezati uvijek prije vađenja igle iz vene
19.	- ukoliko treba više uzoraka lagano izvući punu epruvetu iz Holdera i utisnuti novu, ako je potrebno nježnim okretanjem epruvete izmiješati krv s reagensom
20.	- izvaditi iglu



21.	- lagano komprimirati mjesto uboda suhim smotuljkom gaze ili vate. Uputiti pacijenta da komprimira mjesto uboda kroz 3-5 minuta. Ako pacijent ne može sam, kompresiju provodi med. sestra. Po završenoj kompresiji smotuljak gaze odložiti u infektivni otpad
22.	- odmah po vađenju krvi obilježiti epruvete prema pravilima
23.	- transportirati uzorke krvi s pripadajućom uputnicom u laboratorij
24.	- igle odložiti u sabirnik za odlaganje oštrog otpada
25.	- rasporemiti pribor
26.	- svući rukavice i oprati/dezinficirati i posušiti ruke
27.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORAKA KRVI ZA HEMOKULTURU

---

---

### ***Naziv postupka***

Uzimanje uzoraka krvi za hemokulturu.

### ***Definicija postupka***

Uzimanje uzoraka krvi za hemokulturu je postupak kojim se venepunkcijom krv sabire u sterilni set bočica s bujonom (podlogom).

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10-15 minuta.

### ***Svrha postupka***

Utvrđiti prisutnost patogenih aerobnih i anaerobnih mikroorganizama u kulturi krvi.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Jedan set čine dvije sterilne bočice s gumenim čepom i štitnikom te bujonom - podlogom za aerobe i anaerobe, ili Lytic podlogom ako je pacijent na antibiotskoj terapiji. Liječnik određuje broj setova tj. broj uzimanja uzoraka krvi za hemokulturu. Krv se uzima iz perifernih vena. Krv se za svaki set uzima s drugog ubodnog mjesta.

Vrijeme između uzimanja krvi za svaki set je različito (od 10 minuta do nekoliko sati),

a određuje ga liječnik. Bočice s uzorkom krvi ne smiju se stavljati u hladnjak. Transport uzorka u laboratorij mora biti unutar 2 h. Do tog vremena uzorak može stajati na sobnoj temperaturi. U slučaju nemogućnosti transporta u laboratorij uzorke treba odmah pohraniti u termostat na 37°. Krv se uzima u setove bočica s vakuumom koji određuje količinu potrebne krvi. Ako nema vakuum setova potrebna količina krvi je 10 mililitara po setu (pet mililitara u svaku bočicu) za odrasle, a za djecu 1 - 5 mililitara po setu.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta
- pacijentovih vena pogodnih za venepunkciju
- prostora za izvođenje postupka - osvjetljenje, mikroklimatskih uvjeta...
- mogućnosti pravovremenog transporta ili pohranjivanja uzoraka krvi u termostat

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA
	- kolica ili taca
	- pismeni nalog za postupak - uputnice
	- sterilne rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke i kožu
	- sterilne smotuljke od vate ili gaze
	- set za vakuumsko vađenje krvi - holder i igle
	- vakuumske bočice s bujonom – setovi – (AE i AN, ili Lytic)
	- poveska
	- hipoalergijski flaster
	- sabirnik za oštre predmete
	- posude za infektivni otpad

<b>IZVOĐENJE</b>	
2.	- provjeriti mikroklimatske uvjete u prostoriji gdje se izvodi postupak – zatvoriti prozor, ugasiti ventilator i ovlaživač zraka
3.	- predstaviti se
4.	- provjeriti identitet pacijenta i određeno vrijeme uzimanja uzorka
5.	- objasniti postupak i dopustiti pitanja
6.	- udobno smjestiti pacijenta, prema procjeni sjedeći ili ležeći položaj
7.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
8.	- ruku pacijenta položiti na čvrstu podlogu, na nepropusnu kompresu - palpiranjem odabrati venu
9.	- staviti povjesku 10 cm iznad mjesta uboda
10.	- palpiranjem pulsa provjeriti da povjeska nije prejako zategnuta
11.	- palpacijom vene odrediti mjesto uboda
12.	- tri puta dezinficirati mjesto predviđeno za ubod - svaki puta s drugim sterilnim smotuljkom namočenim u dezinficijens, kružnim pokretima od centra prema periferiji. Pustiti 15 - 30 sekundi da se koža posuši. Nakon dezinfekcije ne palpirati mjesto uboda.
13.	- dezinficirati i posušiti svoje ruke
14.	- sastaviti iglu s nastavkom - holderom za venepunkciju, odložiti je na tacu
15.	- skinuti štitnike sa setova – vakuum bočica
16.	- obući sterilne rukavice
17.	- skinuti štitnik s igle, nedominantnom rukom nategnuti kožu ispod predviđenog mjesta uboda, a dominantnom rukom ubosti odabrano mjesto pod kutom od 30 do 45°
18.	- sastaviti bočicu kroz nastavak - holder, s donjim dijelom igle, perforirajući pri tom gumenu čep bočice. Čim krv poteče opustiti povjesku
19.	- nakon što krv prestane teći u bočicu, odvojiti je od igle i izvući iz nastavka - holdera. Utisnuti drugu bočicu iz seta u nastavak – holder i istim postupkom puniti drugu bočicu
20.	- nakon punjenja bočica (seta) postaviti suhi smotuljak od vate ili gaze na ubodno mjesto, izvući iglu, držati lopticu na mjestu uboda jednu minutu. Po mogućnosti smotuljak na mjestu uboda može držati pacijent
21.	- obilježiti bočice prema pravilima
22.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj

23.	- rasporemiti pribor, igle u sabirnik za oštre predmete, a materijal i rukavice u infektivni otpad
24.	- svući rukavice
25.	- dezinficirati i posušiti ruke
26.	- dokumentirati postupak
27.	- transportirati uzorke u laboratorij odmah, najkasnije unutar dva sata, a za to vrijeme mogu stajati na sobnoj temperaturi ili ih odmah pohraniti u termostat na 37° Celzijusa.

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA ISKAŠLJAJA ZA PRETRAGU

---

### ***Naziv postupka***

Uzimanje iskašljaja za pretragu.

### ***Definicija postupka***

Uzimanje iskašljaja je postupak kojim osiguravamo odgovarajući materijal za dijagnostičke svrhe.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Dobiti sekret iz dišnog puta za ordinirane pretrage.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Iskašljaj je sekret bronhalnog stabla. Uzorak je najbolje uzeti ujutro. Prije uzimanja uzorka pacijent ispere usta mlakom vodom. Najprije se uzima uzorak za bakteriološku pretragu, zatim za mikobakterium tuberkuloze, a za citološku analizu uzima se zadnji uzorak.

Važno je dobiti sadržaj donjih dišnih putova. Ne smije biti slina.

Iskašljaj za mikrobiološke pretragu uzima se u sterilnu posudu, a za citološku analizu u kemijski čistu posudu.

Iskašljaj za mikrobiološku pretragu treba poslati u laboratorij unutar 2 sata, ako to nije moguće treba ga čuvati u hladnjaku na + 4°C najduže 8 sati, a za mikobakterium tuberkuloze najduže 48 sati. Uzorak za citološku analizu mora se dostaviti odmah u laboratorij, a najkasnije za 2 sata. Uzorci se uzimaju na temelju pisane liječničke naredbe.

### **Procjena**

- mogućnosti suradnje pacijenta
- općeg stanja i stanja svijesti pacijenta
- kontraindikacija za uzimanje iskašljaja (haemoptoa, pneumotoraks i ostala stanja koja ne dopuštaju forsirani iskašljaj...).

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- pisana naredba liječnika - uputnice za laboratorij
	- taca
	- maska (za uzimanje iskašljaja na BK respirator maska)
	- ogrtač ili jednokratna PVC pregača
	- jednokratne PVC rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- posudice za uzorak (sterilne i kemijski čiste posudice)
	- čaša mlake vode
	- narezana staničevina 10x10 cm.
	- paravan
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjeriti trajanje sterilnosti posude za iskašljaj
3	- predstaviti se

4	- provjeriti identitet pacijenta i određeno vrijeme uzimanja uzorka
5	- objasniti postupak i objasniti tehniku iskašljavanja, dopustiti pitanja
6	- udobno smjestiti pacijenta, prema procjeni u sjedeći, stojeći ili drenažni položaj
7	- osigurati privatnost
8	- izolirati pacijenta prilikom uzimanja iskašljaja (iskašljavati u zasebnoj prostoriji, ili ako to nije moguće, ostale pacijente zamoliti da napuste sobu ili se okrenu od pacijenta koji iskašljava, otvoriti prozor)
9	- oprati i posušiti svoje ruke
10.	- staviti masku
11.	- obući ogrtač ili jednokratnu PVC pregaču
12.	- obući rukavice
13.	- stati sa strane i iza pacijenta
14.	- pacijentu staviti staničevinu u ruku
15.	- pacijent ispere usta vodom, vodu ispljune u posudu za nečisto
16.	- staviti posudicu za iskašljaj pacijentu nadohvat ruke
17.	- uputiti pacijenta da duboko udahne i zadrži dah 10 sekundi
18.	- nakon toga lagano počne kašljucati, tijekom kašljanja sestra pomaže pacijentu pritiskom na prsni koš, držeći jednu ruku ispod lopatice, a drugu ispod suprotne dojke, kod izdisaja pojača pritisak ruku na prsni koš. Ova metoda je zabranjena kod traume prsnog koša, hemoptoe, pleuralnog izljeva i pneumotoraksa
19.	- kada pacijent osjeti da se sadržaj oslobodio, naglim jakim kašljanjem izbací sadržaj u usta, a nakon toga u posudicu. Tijekom kašljanja pacijent drži staničevinu ispred usta
20.	- ukoliko se ne dobije iskašljaj, pacijent se odmori nekoliko minuta i ponavlja postupak
21.	- odmah zatvoriti i obilježiti posudice
22.	- pomoći pacijentu da se smjesti u udoban ili prisilni položaj
23.	- raspriemiti pribor i odložiti ga u infektivni otpad
24.	- svući rukavice, masku, ogrtač i odložiti ih u infektivni otpad
25.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
26.	- poslati uzorke u laboratorij prema pravilima
27.	- dokumentirati postupak, izgled iskašljaja i stanje pacijenta



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA STOLICE NA PRETRAGU

---

### ***Naziv postupka***

Uzimanje uzorka stolice za pretragu.

### ***Definicija postupka***

Uzimanje uzorka stolice je postupak kojim osiguravamo odgovarajući materijal za pretragu.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

Ne uključuje pripremu pacijenta za defekaciju i zbrinjavanje pacijenta nakon defekacije.

### ***Svrha postupka***

Uzorak stolice se može uzeti za slijedeće pretrage:

- bakteriološku pretragu stolice
- parazitološku pretragu stolice
- pretragu stolice na jajašca parazita
- pretragu koja dokazuje prisutnost krvi u stolici (hemokult)
- mikološku pretragu stolice
- virološku pretragu stolice

Kod uzorka stolice također analiziramo boju, konzistenciju, neprobavljenu hranu itd.

Za dokazivanje prisutnosti jajašca parazita uzima se perianalni obrisak.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Stolica je infektivni materijal, stoga je potrebno posebnu pozornost obratiti na higijenu perianalnog područja, ruku pacijenta i sestre, okoline pacijenta i aseptične uvjete rada. Postupak se provodi na temelju pisanog naloga liječnika.

### ***Procjena***

- psihofizičkog stanja pacijenta
- pacijentove mogućnosti i vremena defekacije
- izgled analnog otvora pacijenta
- pacijentove mogućnosti zadržavanja stolice
- stanja koja mogu utjecati na rezultate pretrage (vaginalna i rektalna krvarenja, kontrastna sredstva...)

### ***Planiranje i provođenje postupka***

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- taca
	- pisani nalog liječnika - uputnica
	- označene posude za uzimanje uzorka stolice (za bakteriološku pretragu sterilne)
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- jednokratna PVC pregača
	- noćna posuda ili sani kolica (za bakteriološku pretragu sterilna noćna posuda)
	- sapun, ručnik i posudu s vodom za perianalnu higijenu
	- staničevina

	- paravan
	- pelena kod inkontinentnog pacijenta
	- posuda za infektivni otpad
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se
3.	- provjeriti identitet pacijenta i dogovoreno vrijeme uzimanja uzorka
4.	- objasniti postupak i dopustiti pitanja
5.	- osigurati privatnost (ukoliko se defekacija obavlja u bolesničkoj sobi ograditi krevet paravanom, pacijentu staviti noćnu posudu ili čistu pelenu)
6.	- pokretnog pacijenta otpratiti ili odvesti u WC ili sanitarni prostor gdje ga udobno smjestiti na noćnu posudu ili sani kolica
7.	- zamoliti pacijenta da isprazni mokraćni mjehur prije defekacije
8.	- odstraniti urin
9.	- zamoliti pacijenta da pozove med. sestru po obavljenoj defekaciji, osigurati zvono
10.	- staviti pregaču i jednokratne rukavice
11.	- po defekaciji provesti higijenu perianalne regije i pacijenta smjestiti udobno u krevet
12.	- otvoriti označenu posudicu, sa žličicom (koja je sastavni dio posudice za uzorak stolice) uzeti stolicu veličine lješnjaka (2 grama ili 2 - 3 ml.) iz noćne posude ili sani kolica i staviti u posudicu izbjegavajući doticanje vanjskih dijelova posudice ili drugih površina. Zatvoriti posudicu
13.	- isprazniti noćnu posudu ili posudu iz sani kolica
14.	- rasprijeti upotrijebljeni pribor prema pravilima zdravstvene ustanove
15.	- svući rukavice i pregaču, odložiti u infektivni otpad
16.	- oprati i posušiti ruke
17.	- uzorke odmah poslati u laboratorij uz pisani nalog liječnika - uputnicu, naznačiti vrijeme uzimanja uzorka. U slučaju nemogućnosti brzog transporta u laboratorij pohraniti uzorak u poseban hladnjak za uzorke na +4°C
18.	- dokumentirati postupak

<b>PRAVILA UZIMANJA UZORAKA STOLICE</b>	
<b>1.</b>	<b>ZA BAKTERIOLOŠKU PRETRAGU:</b>
	- uzeti u sterilnu posudicu
	- uzorak ne smije biti kontaminiran mokraćom ili sadržavati deterdžente
	- dostaviti u laboratorij najkasnije 2 sata od uzimanja ili pohraniti najduže do 24 sata na + 4°C
<b>2.</b>	<b>ZA VIROLOŠKU PRETRAGE:</b>
	- uzeti uzorak stolice u sterilnu posudicu
	- dostaviti u laboratorij najkasnije 2 sata od uzimanja ili pohraniti najduže do 24 h. na + 4°C
<b>3.</b>	<b>ZA PARAZITOLŠKU PRETRAGU:</b>
	- 7 dana prije uzimanja uzorka pacijent ne smije biti pregledan uz pomoć kontrastnog sredstva
	- uzorak uzeti u kemijski čistu posudicu
	- dostaviti ga u laboratorij unutar 24 sata
<b>4.</b>	<b>ZA MIKOLOŠKU PRETRAGU:</b>
	- uzorak stolice treba uzeti 7-10 dana nakon završene antibiotičke terapije
	- uzorak odmah dostaviti u laboratorij ili pohraniti na +4°C
<b>5.</b>	<b>ZA PERIANALNI OTISAK</b>
	- potrebno je predmetno stakalce, 26 x 76 mm koje se dobije u laboratoriju koji obrađuje uzorke ili odgovarajućoj službi
	- uzima se u jutro nakon ustajanja a prije pranja ili kupanja
	- ljepljivu traku odlijepiti sa stakalca, raširiti gluteuse i nalijepiti preko perianalnih nabora uz blago pritiskanje
	- traku skinuti i nalijepiti ponovno na stakalce
	- stakalce staviti u ambalažu, označiti ime i prezime, datum i sat uzimanja i dostaviti u laboratorij
<b>6.</b>	<b>ZA HEMOKULT</b>
	- uzeti tri uzastopna uzorka stolice s 4 različita mjesta, poštujući pisane upute dobivene zajedno s predmetnim kartončićima i pripadajućim priborom. Zbog valjanosti analize također je potrebno poštovati pravila prehrane prije i za vrijeme uzimanja uzoraka.

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK UZIMANJA UZORKA ARTERIJSKE KRV I ZA ODREĐIVANJE PLINSKE ANALIZE I ACIDOBAZNOG STATUSA

---

---

### ***Naziv postupka***

Uzimanje uzorka arterijske krvi za određivanje plinova i acidobaznog statusa.

### ***Definicija postupka***

Uzimanje uzorka arterijske krvi je postupak koji omogućava uvid u oksigenaciju i acidobazni status pacijenta.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak je delegiran od liječnika, a izvodi ga prvostupnica sestrinstva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

### ***Svrha postupka***

Uzeti arterijsku krv za analizu plinova i acidobaznog statusa.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Indikaciju za uzimanje uzorka krvi postavlja liječnik i delegira prvostupnici sestrinstva s utvrđenim kompetencijama. Parcijalni tlakovi plinova i acidobazni status arterijske krvi pokazatelji su uspješnosti respiracije. Parametri koji se mjere su: parcijalni tlak kisika (PaO<sub>2</sub>), saturacija hemoglobina kisikom (SaHbO<sub>2</sub>), parcijalni tlak ugljikova dioksida (PaCO<sub>2</sub>), kiselost krvi (pH), ukupan ugljikov dioksid u krvi (CO<sub>2</sub>), eksces baza (BE), standardni bikarbonati u krvi (SB).

Faktori koji utječu na rezultat analize su: poremećaji disanja, naglo buđenje, prohodnost dišnog puta, promjena rada respiratora, terapija kisikom. Valjanost analize ovisi o pravilnoj tehnici uzimanja i čuvanju uzorka. Pravilna tehnika podrazumijeva odsutnost zraka u štrcaljci s uzorkom krvi, koja mora biti zatvorena tako da nema mogućnosti kontakta sa zrakom. Uzorak se analizira odmah. Krv se može uzeti iz radijalne, brahijalne i femoralne arterije. Preporuča se uzimanje krvi iz radijalne arterije zbog mogućnosti dobrog palpiranja, dostupna je, nije u blizini velike vene. Ne tražite od pacijenta da komprimira punktiranu arteriju. Pratiti vitalne znakove i mjesto uboda. Uzorak se uzima hepariniziranom štrcaljkom za arterijalno vađenje krvi.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta (strah, ritam disanja, poremećaj svijesti, deformiteti, amputacija ekstremiteta, mastektomija, A-V fistula)
- mikroklimatskih uvjeta okoline gdje se izvodi postupak
- mjesta punkcije arterije
- prisutnosti rizika od krvarenja kod nekih bolesti (hemofilija, trombocitopenija, antikoagulantna terapija)
- prostora za izvođenje postupka: osvjetljenje, mikroklima

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA
	- taca
	- sterilni set za arterijalnu punkciju (heparinizirana štrcaljka s iglom)
	- nesterilne rukavice
	- sterilna kompresna 5x5 cm
	- smotuljci od vate ili gaze
	- alkoholni dezinficijens
	- hipoalegijski flaster
	- kompresivni zavoj

	- posuda za nečisto
	- spremnik za odlaganje oštih predmeta
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- osigurati privatnost
4.	- pitati pacijenta o prethodnim iskustvima vađenja krvi – nesvjestica, vrtoglavica
5.	- smjestiti pacijenta u udoban položaj - ležeći ili sjedeći
6.	- osloboditi ruku od odjeće 10 cm iznad lakta
7.	- ruku ispružiti na tvrdi podlogu
8.	- oprati/dezinficirati svoje ruke, posušiti ih
9.	- obući rukavice
10.	- palpiranjem arterije odrediti mjesto uboda i podložiti ruku da se postigne hiperekstenzija i stabilizacija arterije
11.	- dezinficirati mjesto uboda kružnim pokretima od sredine prema periferiji 3x
12.	- otvoriti sterilnu kompresu i držati je između trećeg i četvrtog prsta svoje nedominantne ruke
13.	- kažiprst nedominantne ruke postaviti na arteriju proksimalno od mjesta uboda
14.	- punktirati pod kutom od 45° na arteriji radijalis - smjer proksimalno, a pod kutom od 60° ako se punktira arterija kubitalis
15.	- zaustaviti napredovanje igle čim krv počinje ulaziti u štrcaljku
16.	- dopustiti arterijskim pulzacijama da napune štrcaljku do 2 ml
17.	- sterilnom kompresom i kažiprstom komprimirati arteriju i lagano izvući iglu iz arterije, i dalje komprimirati arteriju
18.	- istisnuti zrak iz štrcaljke, uvesti iglu u štitnik sa silikonskim punjenjem koji je odložen dijagonalno prema kutu tace
19.	- odložiti štrcaljku na tacu
20.	- kompresivnim zavojem fiksirati sterilnu kompresu na mjestu uboda i komprimirati 10 minuta
21.	- palpirati arteriju distalno od mjesta uboda – moraju se osjetiti pulzacije
22.	- ako je pacijent na antikoagulacijskoj terapiji komprimirati mjesto uboda 15 minuta

23.	- obilježiti štrcaljku s krvlju (ime i prezime, dob, odjel, vrijeme punkcije, ili prema pravilu ustanove)
24.	- namjestiti pacijenta u njemu odgovarajući ili propisani položaj
25.	- učiniti inspekciju mjesta uboda i pratiti vitalne znakove
26.	- dostaviti uzorak u laboratorij i učiniti analizu
27.	- zbrinuti upotrijebljeni pribor prema pravilima (šprice i igle u spremnik za oštri otpad, a rukavice, smotuljci i komprese u infektivni otpad)
28.	- svući rukavice
29.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
30.	- evidentirati postupak



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASPIRACIJE SEKRETA KROZ NOS (NAZOFARINGEALNA ASPIRACIJA)

---

---

### ***Naziv postupka***

Aspiracija sekreta kroz nos.

### ***Definicija postupka***

Aspiracija ili sukcija sekreta iz dišnih putova kroz nos je postupak uklanjanja sekreta iz dišnih putova pomoću katetera za aspiraciju i aspiratora, u svrhu održavanja prohodnosti dišnih putova i neometane respiracije.

### ***Provoditelj postupka***

Dvije medicinske sestre/tehničar.

### ***Trajanje postupka***

Priprema pribora i postupak prve aspiracije traje 20 minuta. Svaka slijedeća procedura aspiracije kod istog pacijenta traje 7 minuta.

### ***Svrha postupka***

Osiguranje prohodnosti dišnih putova i dobivanje sekreta za ordinirane pretrage.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Nazofaringealna aspiracija provodi se kada pacijent nije u mogućnosti iskašljati sekret koji se nakupio u stražnjem dijelu grla i kada je iz bilo kojeg razloga onemogućena aspiracija sekreta kroz usta. Sekret se aspirira od nazofarinksa prema vrhu nosa. Kateter se do orofarinksa uvodi bez tlaka. Prilikom uvođenja katetera i aspira-

cije posebnu pozornost obratiti na osjetljivost sluznice. Pacijent bez svijesti, tijekom aspiracije, mora biti okrenut bočno prema sestri.

Aspiracija sekreta traje 10-15 sekundi, nakon čega treba učiniti pauzu od 3-4 minute. Za svaki slijedeći postupak potrebno je promijeniti kateter i otopinu za ispiranje. Nakon aspiracije, ako je potrebno, primijeniti terapiju kisikom .

### **Procjena**

- respiratornog statusa pacijenta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanja disajnih faza, patoloških oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja
- pacijentove nosne šupljine: izgled sluznice, anomalije nosa
- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije
- potrebe za učestalost aspiracija
- stanja pacijenta tijekom aspiracije (stanja svijesti, kontrole pulsa, disanja, prisutnost zvukova, promjene boje kože i sluznica, pojačan rad interkostalnih mišića, krvarenja)
- rizika za provedbu aspiracije: antikoagulantna terapija, hemoptoa, nemir i otežana suradnja
- radne okoline za izvođenje postupka – svjetlo, dovoljno mjesta, mikroklimatski uvjeti

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA MATERIJALA I PRIBORA:
	- aspirator
	- kolica
	- sterilni kateteri odgovarajuće veličine
	- redestilirana voda ili fiziološka otopina
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- zaštita za pacijenta - kompresa

	- odgovarajuće zaštitne maske
	- zaštitne naočale
	- lubrikant za kateter
	- staničevina, jednokratni ručnici
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati i posušiti ruke
3	- osigurati privatnost pacijenta (zatvoriti vrata, postaviti paravan, zamoliti druge pacijente da se okrenu na stranu)
4	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
5	- podignuti krevet do radne razine – visine koja je ugodna za rad
6	- staviti masku i naočale (obje sestre)
7	- smjestiti pacijenta u položaj potreban za aspiraciju (Fowlerov položaj, bočni položaj, ili neki drugi ovisno o ograničenjima i mogućnostima), zaštititi prsa pacijenta kompresom
8	- odrediti odgovarajući tlak za aspiraciju (odrasli 110-150 mm Hg) i ugaziti aspirator
9	- otvoriti redestiliranu vodu ili fiziološku otopinu
10.	- ne vadeći kateter iz zaštitne folije procijeniti dužinu katetera (vrh nosa-vrh uške-vrh brade)
11.	- otvoriti samo donji dio zaštitne folije i spojiti kateter za aspiraciju na aspirator, te ga odložiti na radnu podlogu
12.	- medicinska sestra koja aspirira oblači sterilne rukavice, a sestra koja asistira oblači čiste rukavice
13.	- medicinska sestra koja asistira oslobađa kateter povlačeći zaštitnu foliju i lubrikantom ili fiziološkom otopinom vlaži kateter
14.	- nakon toga ista sestra fiksira glavu pacijenta tako da svojim prstima i dlanom nedominantne ruke lagano pritisne čelo, a palcem podiže vrh nosa
15.	- medicinska sestra koja izvodi postupak lagano uvodi kateter prema orofarinksu
16.	- zamoliti pacijenta da diše na usta
17.	- uključiti aspirator

18.	- palcem zatvoriti kontrolni otvor, aspirirati sekret 10-15 sekundi povlačeći i rotirajući kateter prema van. Nakon toga maknuti palac s kontrolnog otvora ili ugasiti aspirator i prekinuti aspiraciju
19.	- medicinska sestra koja asistira obriše staničevinom nos
20.	- zamoliti pacijenta da se duboko nakašlje i iskašlje, ako može
21.	- dopustiti pacijentu da se odmori i ponoviti postupak ako je potrebno
22.	- po potrebi primijeniti terapiju kisikom
23.	- isprati upotrijebljeni kateter i aspiracijske cijevi uranjajući kateter, pod tlakom, u fiziološku otopinu ili redestiliranu vodu i aspirirati dok cijevi nisu čiste
24.	- odložiti kateter u infektivni otpad
25.	- svući rukavice, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
26.	- pacijenta smjestiti u udoban ili prisilni položaj
27.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASPIRACIJE SEKRETA KROZ USTA

---

---

### ***Naziv postupka***

Aspiracija sekreta kroz usta.

### ***Definicija postupka***

Aspiracija ili sukcija sekreta iz dišnih putova kroz usta je postupak uklanjanja sekreta iz gornjih dišnih putova pomoću katetera za aspiraciju i aspiratora, u svrhu održavanja prohodnosti dišnih putova.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar. U slučaju otežane suradnje pacijenta dvije medicinske sestre.

### ***Trajanje postupka***

Prva aspiracija traje 20 minuta. Svaka slijedeća procedura aspiracije kod istog pacijenta traje 7 minuta.

### ***Svrha postupka***

Osiguravanje prohodnosti dišnog puta i dobivanje sekreta za ordinirane pretrage.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Aspiracija sekreta na usta je potrebna kada pacijent nije u mogućnosti iskašljati sekret koji se nakupio u stražnjem dijelu grla ili u ustima. Učestalost aspiracija ovisi o količini sekreta i brzini nakupljanja sekreta u ustima i gornjim dišnim putovima. Aspiracija počinje iz farinksa prema usnoj šupljini. Aspiracija sekreta traje 10-15 sekundi,

nakon čega treba učiniti pauzu od 3-4 minute. Za svaki slijedeći postupak potrebno je promijeniti kateter i otopinu za ispiranje. U slučaju otežane suradnje pacijenta, upotrijebiti usnik kako bi se izbjeglo griženje katetera. Ako se usta ne mogu otvoriti upotrijebiti otvarač za usta. Aspiraciju izvoditi oprezno pazeći da se ne povrijedi sluznica usne šupljine.

Pacijent bez svijesti mora biti okrenut bočno prema medicinskoj sestri.

### **Procjena**

- respiratornog statusa pacijenta: frekvencije disanja, ritma, dubine, trajanje disajnih faza, patoloških oblika disanja, šumova, hropaca, krkljanja
- pacijentove usne šupljine: izgleda sluznice, stanja zuba, postojanja zubne proteze
- pacijentove sluznice nosa i prohodnosti nosnih školjki
- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije
- radne okoline za izvođenje postupka – svjetlo, dovoljno mjesta i mikroklimatskih uvjeta
- potrebe za učestalost aspiracija

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA MATERIJALA I PRIBORA:
	- aspirator
	- kolica
	- sterilni kateteri odgovarajuće veličine
	- sterilna fiziološka otopina ili redestilirana voda
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- sterilne rukavice
	- zaštita za pacijenta - kompresa
	- odgovarajuće zaštitne maske
	- zaštitne naočale
	- usnik

	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- otvarač za usta
	- špatula
	- staničevina
	- posuda za nečisto i infektivni otpad
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- oprati i posušiti ruke
3.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja, osigurati privatnost
4.	- podignuti krevet do radne razine – razine ugodna za rad
5.	- provjeriti ispravnost aspiratora
6.	- staviti masku i naočale, obući rukavice
7.	- provjeriti prohodnost nosa i po potrebi ga očistiti
	- smjestiti pacijenta u položaj potreban za aspiraciju (Fowlerov položaj, bočni položaj, Trendelenburgov ili neki drugi ovisno o ograničenjima i mogućnostima)
8.	- staviti zaštitnu kompresu na prsa pacijenta
9.	- odrediti odgovarajući tlak za aspiraciju: odrasli 110-150 mm Hg i provjeriti tlak, te ugaziti aspirator
10.	- otvoriti redestiliranu vodu
11.	- procijeniti dužinu katetera (vrh nosa-vrh uške) ne vadeći ga iz zaštitne folije
12.	- otvoriti zaštitnu foliju na dnu katetera i spojiti ga na aspirator
13.	- svući jednokratne rukavice, odložiti ih u infektivni otpad
14.	- dezinficirati, posušiti ruke i obući sterilne rukavice
15.	- izvući kateter iz zaštite
16.	- ovlažiti kateter redestiliranom vodom
17.	- zamoliti pacijenta da otvori usta, ili postaviti usnik, te nježno uvesti kateter u usta sa strane, uz bukalnu sluznicu
18.	- lagano uvoditi kateter prema farinksu
19.	- pritisnuti palac na otvor regulatora tlaka ili upaliti aspirator da bi se postigao odgovarajući negativni tlak
20.	- nježno rotirajući aspirirati sekret u ustima, povlačeći kateter prema van
21.	- zamoliti pacijenta da se duboko nakašlje, ako može

22.	- aspirirati između zubnog mesa i jezika
23.	- aspirirati 10-15 sekundi, nakon toga maknuti palac s kontrolnog otvora i prekinuti aspiraciju (tijekom aspiracije promatrati izgled i ponašanje pacijenta)
24.	- dopustiti pacijentu da se odmori i ponoviti postupak ako je potrebno
25.	- ako je potrebno primijeniti terapiju kisikom
26.	- isprati upotrijebljeni kateter i aspiracijske cijevi uranjajući kateter, pod tlakom, u redestiliranu vodu ili fiziološku otopinu
27.	- odložiti kateter i staničevinu u infektivni otpad
28.	- usnik i otvarač za usta, ako su upotrijebljeni, očistiti prema pravilima dezinfekcije i sterilizacije
29.	- svući rukavice, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
30.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK POSTAVLJANJA PERIFERNE INTRAVENSKE KANILE

---

---

### ***Naziv postupka***

Postavljanje periferne intravenske (i.v.) kanile.

### ***Definicija postupka***

Postavljanje periferne i.v. kanile je postupak kojim se osigurava trajni pristup venskom putu.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak provodi svaka medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Dugotrajna primjena lijekova za intravensku primjenu, hranjivih otopina, te priprema krvi i krvnih derivata.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Za pravilno izvođenje postupka važno je pažljivo odabrati venu u koju će se uvesti kanila. Uvijek kada je to moguće, i.v. kanilu treba uvesti u ravne vene podlaktice nedominantne ruke. Treba izbjegavati vene u predjelu zapešća i pregiba lakta, vene koje su na opip tvrde ili krgave, neelastične, nagnječeno mjesto, ožiljak, madež, tetovažu ili na mjesto gdje je kompromitirana cirkulacija, u vene otečene ruke zbog

mastektomije. Ne preporuča se uvoditi i.v. kanilu u vene noge i stopala zbog visokog rizika za nastanak tromboflebitisa. Zabranjeno je uvoditi i.v. kanilu u A.V. fistulu. Ponovno postavljanje i.v. kanile treba biti iznad prethodnog uboda i iznad oštećene vene. Odabir vene također ovisi o lijeku ili pripravku koje se primjenjuje. Važno je odabrati kanilu prave veličine. I.V. kanila je plastična, a u sebi ima metalnu vodilicu kojom se probija vena i koja pomaže uvođenju kanile u lumen vene. Uvodi se pod kutem od 45°, pod aseptičnim uvjetima. Ako nema komplikacija, kanila se mijenja nakon 72 sata.

### **Procjena**

- stanja vena na ekstremitetima pacijenta kojemu se uvodi i.v. kanila (elastičnost, punoća vene, mjesta prethodnih punkcija vena, blizina arterija, živaca i zglobova, A.V. fistula...)
- veličine potrebne kanile
- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnosti suradnje s pacijentom
- stanja i izgleda kože pacijenta na mjestu gdje se uvodi i.v. kanila
- mogućnosti krvarenja na i.v. kanilu i uz kanilu (antikoagulantna terapija)
- učestalosti i trajanja primjene intravenozne terapije

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica ili taca
	- i.v. kanile različitih veličina
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- nepropusni podložak
	- poveska
	- sterilne loptice od vate ili sterilna gaza
	- alkoholni dezinficijens za kožu
	- sterilna prekrivka za zaštitu mjesta primjene i.v. kanile (prozirnica)

	- hipoalergijski flaster
	- štrcaljka – 2 ml ili 5 ml s fiziološkom otopinom
	- sabirnik za odlaganje oštrog i infektivnog pribora
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta, objasniti postupak i dopustiti pitanja
3.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
4.	- udobno smjestiti pacijenta i osigurati privatnost
5.	- podignuti krevet do razine ugodne za rad
6.	- palpiranjem odabrati mjesto venepunkcije i ravno položiti ruku na čvrstu podlogu
7.	- staviti zaštitni podložak ispod ruke pacijenta
	- staviti povjesku 10-20 cm iznad mjesta uboda, palpirati puls
8.	- sredstvom za dezinfekciju kože očistiti područje uboda čvrstim kružnim pokretima, od centra prema periferiji, najmanje tri puta svaki puta s drugom vaticom. kožu pustiti da se suši 30 sekundi
9.	- dezinficirati ruke, posušiti ih
10.	- obući rukavice
11.	- izvaditi kanilu iz zaštite
12.	- nedominantnom rukom lagano zategnuti kožu te na taj način fiksirati venu u koju uvodimo kanilu
13.	- dominantnom rukom držati i.v.kanilu koso 45° iznad vene s kosim vrhom okrenutim prema gore, probiti kožu
14.	- spustiti kut ulaska za 10 stupnjeva i ući u venu. Prilikom ulaska u venu osjetiti će se slabi otpor
15.	- slijediti iglom venski lumen i promatrati pojavu krvi u komorici i.v. kanile. Kada se krv pojavi u komorici, opustiti povjesku
16.	- malo izvući iglu vodilicu i nastaviti uvoditi plastični dio i.v. kanile
17.	- prstima nježno pritisnuti vrh kanile u veni i izvući iglu vodilicu do kraja. Na vanjski dio kanile sterilno priključiti infuziju ili staviti štrcaljku s fiziološkom otopinom
18.	- provjeriti prohodnost i.v kanile i vene puštajući infuziju da teče, ili pomoću štrcaljke primijeniti 2-5 ml fiziološke otopine

19.	- zatvoriti kanilu sterilnim čepom. Nakon svake primjene lijeka kroz i.v. kanilu promijeniti sterilni čep na kanili
20.	- učvrstiti i.v. kanilu sterilnom prekrivkom ili prozirnicom i promijeniti je svaki put kada se onečisti bilo krvlju ili drugim agensima
21.	- upotrijebljeni pribor ukloniti, igle odložiti u sabirnik za odlaganje oštrog infektivnog pribora, a ostali materijal u vreće za infektivni otpad
22.	- svući rukavice, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
23.	- dokumentirati mjesto i vrijeme primjene i.v. kanile

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK UVOĐENJA NAZOGASTRIČNE SONDE

---

---

### ***Naziv postupka***

Uvođenje nazogastrične sonde.

### ***Definicija postupka***

Uvođenje nazogastrične (NG) sonde je postupak postavljanja sonde u želudac u cilju aspiracije želučanog sadržaja, irigacije, prehrane i primjene lijeka.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnik/ca sestrinstva.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 15 minuta.

### ***Svrha postupka***

Uvođenje sonde se provodi:

- u svrhu hranjenja, davanja tekućine i lijekova pacijentu koji ne može gutati (kada postoji opasnost od aspiriranja)
- u svrhu uzimanja želučanog sadržaja na pretragu
- prije ili nakon kirurških zahvata (eliminiranje zraka i sadržaja iz želuca)
- u stanjima kada je potrebno osigurati otjecanje sadržaja iz želuca (akutna patološka stanja u trbušnoj šupljini).

### **Osnovna obilježja postupka**

Postavljanje NG sonde je postupak kojim se osigurava prohodnost gornjeg dijela gastrointestinalnog sustava do želuca. Odabir veličine i vrste sonde ovisi o namjeni za koju se sonda uvodi i anatomskoj građi puta kojim će se uvesti u želudac. Uvođenje sonde mora biti pažljivo jer grublja manipulacija može izazvati oštećenje sluznice. Tijekom uvođenja sonde potrebno je pratiti pacijentove reakcije. Prije svakog postupka (hranjenja, primjene lijeka, irigacije tekućina...), medicinska sestra mora procijeniti prohodnost i položaj sonde. Postavljanje nazogastrične sonde i svrhu određuje liječnik.

### **Procjena**

- općeg stanja pacijenta, stanja svijesti i mogućnost suradnje s pacijentom
- pacijentove sposobnosti gutanja
- pacijentovog stanja sluznice usne i nosne šupljine, prohodnost nosne šupljine, varikoziteta jednjaka...
- mogućnosti disanja kroz nos i usta
- peristaltike abdomena i stupanj napetosti želuca prije i nakon uvođenja sonde
- dužine sonde koja se uvodi (vrh - nosa - ušna resica - ksifoidni nastavak prsne kosti)

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica za pribor
	- nepropusna zaštitna folija ili kompresa
	- sonda potrebnog lumena i veličine
	- posuda za nečisto
	- špatula za potiskivanje jezika i za kontrolu položaja sonde
	- narezana staničevina ili papirnate maramice
	- vrećica ili kontejner za kontrolu lučenog želučanog sadržaja
	- hipoalergijski flaster

	- čaša vode
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- antiseptik za ruke
	- 2 štrcaljke, većeg volumena (od 20 i 50 ml)
	- paravan
	- slušalice
	- lubrikant
	- izvor svjetla
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- podignuti krevet do razine koja je udobna za rad
4.	- osigurati privatnost - zatvoriti vrata, staviti paravan
5.	- oprati i posušiti svoje ruke, obući rukavice
6.	- postaviti pacijenta u sjedeći položaj (ili drugi mogući ili ordinirani položaj za rad)
7.	- zaštititi pacijenta, pokriti mu prsa kompresom ili folijom
8.	- ako pacijent ima umjetno zubalo izvaditi ga
9.	- izmjeriti duljinu sonde od vrha nosa do ušne resice - označiti je, te dalje do završetka prsne kosti - ksifoidnog nastavka (poznato kao NEX duljina) i tu duljinu označiti
10.	- ispuhati ili očistiti nos
11.	- pacijentu lagano zabaciti glavu prema natrag
12.	- izabrati nosnicu u koju će se uvoditi sonda
13.	- ovlažiti sondu vodom ili drugim lubrikantom
14.	- uvoditi sondu rotirajući je do prvog obilježja uz aktivno pacijentovo gutanje
15.	- špatulom potisnuti jezik prema dolje
16.	- svjetiljkom provjeriti položaj vrha sonde (vrh sonde vidi se u visini glotisa)
17.	- pacijentu nagnuti glavu prema naprijed i ako nije kontraindicirano omogućiti mu da guta sondu s gutljajima vode - pomoći mu u tome uputama i savjetom
18.	- ako se osjeti otpor, sonda se ne smije nasilno uvoditi

19.	- prestati s postupkom ako pacijent ne može disati, ako kašlje, promjeni boju kože ili ne može govoriti. Izvući sondu, pustiti pacijenta da se odmori i ponoviti postupak
20.	- uvesti sondu
	- provjeriti položaj sonde jednim od slijedećih načina: a) aspiriranjem želučanog sadržaja štrcaljkom b) pomoću štrcaljke brzo uštrcati oko 10 ml zraka i stetoskopom slušati u području želuca - čuti će se šum ulaska zraka c) vanjski dio sonde staviti u čašu vode, ako nema mjehurića zraka sonda je u želucu, a ako je sonda u dišnim putovima pojavit će se zračni mjehurići (to je nesigurna metoda jer sonda može biti savinuta u traheji pa neće biti mjehurića)
21.	- u slučaju hranjenja putem sonde, vanjski dio sonde fiksirati za nos hipoalergijskim flasterom, a na odjeću je fiksirati kvačicom. Između dva hranjenja na završni dio sonde staviti odgovarajući zatvarač. Tijekom hranjenja prije svakog odvajanja štrcaljke zatvoriti sondu klemom ili zatvaračem koji je na sondi. Opustiti zatvarač ili klemu nakon ponovnog spajanja sonde s štrcaljkom
22.	- u slučaju evakuacije sadržaja sondom: vanjski dio sonde fiksirati za nos hipoalergijskim flasterom, a za odjeću kvačicom. Završni dio sonde spojiti s plastičnom vrećicom (kontejner) u svrhu praćenja količine i izgleda dreniranog želučanog sadržaja
23.	- provoditi pacijentu higijenu usnica, usne i nosne šupljine
24.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
25.	- zbrinuti upotrijebljeni pribor
26.	- svući rukavice, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
27.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta



## STANDARDIZIRANI POSTUPAK SNIMANJA ELEKTROKARDIOGRAMA (EKG-A)

---

---

### ***Naziv postupka***

Snimanje elektrokardiograma.

### ***Definicija postupka***

Elektrokardiografija je neinvazivni postupak registriranja električnih potencijala koje srce proizvodi svojim radom. Te su struje vrlo slabe, pojačava ih elektrokardiograf i prenosi ih na papir kao EKG krivulju odnosno elektrokardiogram.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak izvodi jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Dobiti grafički prikaz električnih potencijala koje srce proizvodi svojim radom.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Struje koje proizvodi srce svojim radom su vrlo slabe pa se pomoću elektrokardiografa pojačavaju i prenose na papir kao elektrokardiogram odnosno EKG krivulja. Standardni elektrokardiogram sastoji se od 12 odvoda, tri standardna odvoda (I, II, III), tri unipolarna odvoda ekstremiteta (aVR, aVL, aVF), te šest prekordijalnih odvoda (od V1 do V6). Elektrode se postavljaju na obje ruke i lijevu nogu, a elektroda na

desnoj nozi služi kao uzemljenje. Snimanje elektrokardiograma zahtjeva pravilno postavljanje elektroda na predviđena mjesta, tako da imaju dobar kontakt s kožom. Bolja provodljivost postiže se vlaženjem kože vodom ili gelom. Kako bi interpretacija EKG nalaza bila što točnija potrebno je na elektrokardiogram napisati dob i spol pacijenta, arterijski tlak, visinu, težinu, simptome bolesti te lijekove koje pacijent uzima. Elektrode se postavljaju u smjeru kazaljke na satu. R- je crvena i postavlja se na desnu ruku, L- je žuta i postavlja se na lijevu ruku, F- je zelena i postavlja se na lijevu nogu, a na desnu nogu postavlja se N crna i služi kao uzemljenje. Prekordijalni odvođi postavljaju se na prsni koš ispred srca. V1 - četvrti interkostalni prostor dva prsta parasternalno desno, V2 - četvrti interkostalni prostor dva prsta parasternalno lijevo, V4 - peti interkostalni prostor prst medijalno od medioklavikularne linije, V3 – na sredinu linije koja spaja V2 i V4, V5 - peti interkostalni prostor na prednjoj aksilarnoj liniji, V6 - peti interkostalni prostor na srednjoj aksilarnoj liniji. Ukoliko je amputiran ekstremitet, držač elektroda postavlja se na bataljak. Ako nema bataljka postavlja se samoljepljivi držač elektrode ili pumpica na mjestu amputacije.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta (strah, tremor, krvni tlak, deformiteti, amputacija ekstremiteta, dlakavost)
- okoline za izvođenje postupka (mikroklimatski uvjeti, osvjetljenje, dostupnost izvora električne energije...)
- ispravnosti aparata – prije upotrebe testirati aparat

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- EKG-aparat
	- gel za elektroprovodljivost ili vlažne loptice od vate
	- škare ili aparat za šišanje
	- papirnati ubrus
	- dezinfekcijsko sredstvo

	- paravan
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, postaviti paravan)
4.	- oprati i posušiti svoje ruke
5.	- smjestiti pacijenta u ležeći položaj (ukoliko nije moguće, smjestiti ga u povišeni do visok Fowlerov položaj)
6.	- osloboditi prsni koš, podlaktice i donje dijelove ekstremiteta od odjeće
7.	- ošišati dlake ako je potrebno
8.	- navlažiti površinu kože vodom ili gelom na mjestima postavljanja držača elektroda
9.	- postaviti držače elektroda na obje ruke, tako da je metalni dio držača na unutarnjoj strani donje trećine podlaktice i da ima dobar kontakt s kožom
10.	- na držač desne ruke spojiti crvenu elektrodu s oznakom R
11.	- na držač lijeve ruke spojiti žutu elektrodu s oznakom L
12.	- postaviti držače elektroda na obje noge tako da je metalni dio držača na unutarnjoj strani donje trećine potkoljenice
13.	- na držač lijeve noge spojiti zelenu elektrodu s oznakom F
14.	- na držač desne noge spojiti crnu elektrodu s oznakom N
15.	- navlažiti kožu na prsima gdje će se postaviti pumpice - držači za elektrode
16.	- V1 (crvena) četvrti interkostalni prostor dva prsta od sternuma desno
17.	- V2 (žuta) četvrti interkostalni prostor dva prsta od sternuma lijevo
18.	- V4 (smeđa) peti interkostalni prostor – lijevo, jedan prst medijalno od medioklavikularne linije
19.	- V3 (zelena) na sredini linije između V2 i V4
20.	- V5 (crna ) peti interkostalni prostor – lijevo - u prednjoj aksilarnoj liniji
21.	- V6 (ljubičasta) peti interkostalni prostor - lijevo- u srednjoj aksilarnoj liniji
22.	- zamoliti pacijenta da se opusti, miruje i normalno diše
23.	- prije pokretanja snimanja napisati: ime i prezime pacijenta, dob, spol, vrijeme i datum snimanja

24.	- pokrenuti snimanje na elektrokardiografu (poštivati upute korištenja aparata)
25.	- pacijenta obavijestiti o završetku snimanja
26.	- otkopčati elektrode
27.	- skinuti držače elektroda
28.	- obrisati gel s kože papirnatim ručnikom ili dati pacijentu, ako može, da se obriše sam
29.	- zakopčati pacijentu pidžamu (ako ne može sam)
30.	- vratiti pacijenta (ako ne može sam) u udoban ili prisilni položaj
31.	- dezinficirati držače elektroda i elektrode
32.	- zbrinuti upotrebljeni pribor prema protokolu zdravstvene ustanove
33.	- oprati i posušiti ruke
34.	- elektrokardiogram predati liječniku za očitavanje
35.	- dokumentirati postupak

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASISTIRANJA PRI IZVOĐENJU ABDOMINALNE PUNKCIJE

---

---

### ***Naziv postupka***

Asistiranje pri izvođenju abdominalne punkcije.

### ***Definicija postupka***

Asistiranje pri izvođenju abdominalne punkcije je postupak tijekom kojeg medicinska sestra asistira liječniku pri izvođenju abdominalne punkcije (odstranjivanje slobodne tekućine - ascitesa iz abdomena).

### ***Provođitelj postupka***

Postupak izvodi liječnik uz asistenciju jedne medicinske sestre.

### ***Svrha postupka***

Abdominalna punkcija izvodi se u dijagnostičke i terapijske svrhe.

### ***Trajanje postupka***

Praćenje stanja pacijenta tijekom cijelog vremena evakuacije, dokumentiranje, zbrinjavanje evakuiranog i upotrijebljenog materijala ovisi o stanju pacijenta i količini ascitesa.

Za dijagnostičku punkciju potrebno je 30 min.

### **Osnovna obilježja postupka**

Postupak abdominalne punkcije izvodi se po načelima aseptičnog rada. Izvodi se u bolesničkoj sobi ili sobi za male zahvate. Medicinska sestra postavlja pacijenta u ležeći položaj, na lijevi rub kreveta. Lumbosakralni dio desne strane pacijenta treba podložiti jastukom. Punkcija se izvodi na lijevoj strani abdomena, a mjesto za punkciju određuje liječnik.

Ascites slobodnim padom istječe u graduiranu posudu ili vrećicu.

Tijekom istjecanja ascitesa sestra mora nadzirati pacijenta, kontrolirati puls i krvni tlak, ubodno mjesto, te brzinu i količinu istjecanja tekućine. Prije postupka omogućiti pacijentu obavljanje eliminacije stolice i urina. Istjecanje tekućine može trajati i preko 3 sata.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta
- kože na mjestu predviđenom za punkciju
- utjecaja lijekova koje pacijent uzima na tijek i ishod postupka

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica za pribor
	- dva para sterilnih rukavica
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- sredstvo za čišćenje kože (deterdžentni antiseptik)
	- sredstvo za dezinfekciju kože (alkoholni pripravak)
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- set za punkciju (sterilne komprese 10x10 cm, smotuljci od gaze, sterilna pinceta ili hvataljka, sterilna kompresa s otvorom)
	- sterilni set za konekciju i drenažu
	- anestetik za lokalnu primjenu

	- štrcaljke od 5 ml i 20 ml
	- igle za aplikaciju anestetika
	- igle za abdominalnu punkciju
	- hipoalergijski flaster
	- jastuk ili podložak za leđa
	- nepropusna zaštitna folija
	- sterilne ili kemijski čiste posude za uzimanje uzoraka (broj posuda ili epruveta ovisi o ordiniranim pretragama)
	- pisani nalog liječnika za pretrage
	- graduiranu posudu za skupljanje i mjerenje ascitesa
	- tlakomjer i slušalice
	- sat sa sekundarom
	- paravan
	- posuda za nečisto
	- sabirnik za odlaganje oštrog i infektivnog pribora
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja (postupak objašnjava liječnik, a pripremu pacijenta sestra)
3.	- provjeriti potpisani pristanak
4.	- pripremiti nalaze i dokumentaciju
5.	- podignuti krevet na radnu visinu
6.	- osigurati privatnost pacijenta (zatvoriti vrata, staviti paravan, pokriti pacijenta)
7.	- zaštititi krevet nepropusnom zaštitnom folijom
8.	- pripremiti pacijenta za postupak (smjestiti ga na leđa do lijevog ruba kreveta i lumbosakralni dio podložiti jastukom)
9.	- medicinska sestra i liječnik operu, posuše ruke i obuku rukavice
10.	- osloboditi dio abdomena na kojem će se izvesti punkcija
11.	- otvoriti liječniku sterilni set za pranje i dezinfekciju područja uboda
12.	- medicinska sestra polijeva smotuljke gaze sa sredstvom za čišćenje i dezinfekcijskim sredstvom (prema procjeni stupnja čistoće kože najprije oprati kožu aseptičnim deterdžentom, isprati, zatim posušiti, a nakon toga dezinficirati i posušiti kožu)
13.	- liječnik čisti i dezinficira područje uboda

	- liječnik dezinficira i posuši ruke, oblači sterilne rukavice
14.	- liječnik pokriva mjesto punkcije sterilnom kompresom s otvorom
15.	- tehnikom nedoticanja medicinska sestra dodaje liječniku sterilnu štrcaljku i iglu
16.	- medicinska sestra otvara anestetik i pridržava ampulu tijekom navlačenja anestetika u štrcaljku.
17.	- liječnik navlači anestetik iz ampule u štrcaljku
18.	- nakon navlačenja anestetika u štrcaljku liječnik mijenja iglu
19.	- injicira anestetik
20.	- odložiti štrcaljku u posudu za nečisto, a iglu u sabirnik za oštre predmete
21.	- medicinska sestra, tehnikom nedoticanja, dodaje iglu za abdominalnu punkciju i otvara sterilni set za konekciju i drenažu
22.	- liječnik punktira abdominalnu stjenku i spaja iglu s konektorom ili setom za drenažu
23.	- medicinska sestra dodaje posudice za uzimanje uzoraka na dijagnostičke pretrage
	- liječnik uzima uzorke za dijagnostičke pretrage
24.	- liječnik pričvrsti iglu sterilnim tupferom, a medicinska sestra fiksira tupfer i iglu hipoalergijskim flasterom
25.	- medicinska sestra postavi drenažnu cjevčicu u graduiranu posudu
26.	- medicinska sestra i liječnik svuku rukavice, dezinficiraju i posuše ruke
27.	- promatrati pacijenta, kontrolirati disanje, tlak i puls i brzinu protoka sadržaja tijekom istjecanja, o promjenama obavijestiti liječnika
28.	- po završetku istjecanja sadržaja liječnik dezinficira i posuši ruke, oblači sterilne rukavice i vadi iglu iz trbušne stjenke, te mjesto uboda prekriva sterilnom kompresom koju mu medicinska sestra dodaje tehnikom nedoticanja
29.	- medicinska sestra oblači jednokratne nesterilne rukavice i fiksira kompresu za trbušnu stjenku
30.	- medicinska sestra uklanja zaštitnu kompresu s otvorom
31.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj
32.	- medicinska sestra mjeri količinu evakuiranog ascitesa. Uzorke uzete za analizu odnosi u laboratorije



	- zbrinjava upotrijebljeni pribor prema pravilima zdravstvene ustanove - SOP
	- preostali sadržaj se zbrinjava u izlivno mjesto za izlučevine (u infektivni otpad)
	- sestra svlači rukavice, dezinficira i posuši ruke
	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASISTIRANJA KOD BRONHOSKOPIJE U LOKALNOJ ANESTEZIJI

---

---

### ***Naziv postupka***

Asistiranje kod bronhoskopije.

### ***Definicija postupka***

Bronhoskopija je endoskopska pretraga bronha koja omogućuje neposredan pregled larinksa, traheje i bronhalnog stabla. Asistiranje medicinske sestre kod bronhoskopije je neizostavni dio timskog rada.

### ***Provoditelj postupka***

Dvije medicinske sestre/tehničar prvostupnice sestринства.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za postupke koje izvodi sestra prije, za vrijeme i nakon bronhoskopije potrebno je 30-40 minuta.

### ***Svrha postupka***

Osigurati cjelovitu pripremu i dobru asistenciju prilikom bronhoskopije.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Bronhoskopija je pretraga koju izvodi liječnik, a medicinska sestra asistira. Za izvođenje bronhoskopije pacijent potpisuje informirani pristanak. Pacijent mora prije bronhoskopije biti na tašte. Bronhoskopija se može izvoditi u lokalnoj i općoj anesteziji, a bronhoskop se uvodi kroz nos, usta ili tubus. Za izvođenje bronhoskopije pacijenta

treba postaviti u visoki Fowlerov položaj, osim ako liječnik ne odredi drugačije. Izvodi se u dijagnostičke i terapijske svrhe. Tijekom bronhoskopije sestra prati vitalne funkcije i izgled pacijenta i o promjenama obavještava liječnika. Bronhoskopija se izvodi u kabinetu za bronhoskopiju, a po potrebi se može izvoditi i u bolesničkoj sobi. Tijek bronhoskopije može se pratiti na videoekranu. Pretragu se može izvoditi pod kontrolom rendgena, CT-a, ili ultrazvuka. Nakon bronhoskopije pacijenta smještamo u sobu za nadzor. Obavještavamo ga da dva sata po završetku bronhoskopije ne smije jesti niti piti. Po završetku pretrage pratimo mu vitalne funkcije više puta tijekom 24 sata. Nakon zahvata medicinska sestra rasprema pribor, a uzeti uzorci za dijagnostiku odnose se u laboratorije.

Razlikujemo dva tipa bronhoskopa – rigidni bronhoskop i fleksibilni fiberoptički bronhoskop. Rigidni bronhoskop se uglavnom upotrebljava u terapijske svrhe – ekstrakcija stranog tijela, zaustavljanje intrabronhalnih krvarenja, uvođenje stentova, rekanalizacijskim tehnikama (krioterapija, termoterapija, laser i velikim terapijskim bronhoalveolarnim lavažama u alveolarnoj proteinozi).

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta
- procjena potrebe za još jednom medicinskom sestrom
- okoline za izvođenje pretrage i mikroklimatskih uvjeta
- ispravnosti aparata
- prohodnosti pacijentovih nosnica
- stanja sluznica nosa i usta
- postojanja venskog puta – i.v. kanile

## Planiranje i provođenje postupka

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- odgovarajući bronhoskop sa sterilnim priborom za terapiju i uzimanje materijala (citološke četkice, bioptička kliješta, igle, kateteri, omče, baloni, elektrokoagulatori, laser, argon plazma...)
	- izvor hladnog svjetla
	- usnik
	pribor za lokalnu anesteziju: - štrcaljke od 10 ml i igle - lokalni anestetik u bočicama ili ampulama - lokalni anestetik u spreju s odgovarajućim nastavkom za raspršivanje - lokalni anestetik u gelu
	- jednokratne nesterilne rukavice 3x
	- maske s filtrom 3x
	- zaštitne naočale 3x
	- zaštitni ogrtač 3x
	- sterilni setovi za aspirat ili sterilne epruvete
	- predmetna stakalca za uzorke
	- papirnati ubrusi
	- aspirator sa silikonskim nastavcima za priključke
	- fiziološka otopina 250-1000 ml
	- redestilirana voda 500 ml
	- silikonski spray za bronhoskop
	- lijekovi prema odredbi liječnika
	- pribor i lijekovi za reanimaciju
	- pribor za postavljanje periferne venske kanile
	- pulsni oksimetar i oprema za monitoriranje
	- zaštitna kompresa
	- komprese od gaze 10x10 cm.
	- paravan
	- alkoholni dezinficijens za ruke i pribor

	- dezinficijens za pribor po preporuci Povjerenstva za hospitalne infekcije
	- izvor kisika, kateteri i maske
	- bubrežasta zdjelica
	- posuda za nečisto
	- sabirnik za oštre predmete
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta, objasniti postupak u okviru kompetencija, dopustiti pitanja (ako je moguće)
3.	- provjeriti pisani pristanak
4.	- provjeriti je li pacijent na tašte
5.	- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, postaviti paravan ako se bronhoskopija izvodi u sobi)
6.	- izmjeriti vitalne funkcije i zapisati vrijednosti
7.	- ispuhati i očistiti nosnice
8.	- izvaditi umjetno zubalo
9.	- ukoliko liječnik odredi, postaviti perifernu vensku kanilu
10.	- ako se bronhoskopija izvodi u bolesničkoj sobi potrebno je: postaviti kolica s priborom za bronhoskopiju i aspirator uz krevet, uključiti aparaturu u električnu mrežu
11.	- oprati i posušiti ruke
12.	- postaviti pacijenta u Fowlerov položaj (od 70-85 stupnjeva) ili u drugi ordinirani položaj.
13.	- ako je liječnik odredio primijeniti pacijentu kisik
14.	- zaštititi prsni koš pacijenta zaštitnom kompresom
15.	- postaviti pulsni oksimetar na prst nedominantne ruke pacijenta
16.	- postaviti monitoring, ako liječnik ordinira
17.	- pacijenta zamoliti da drži bubrežastu zdjelicu i papirnati ubrus ispod brade ako može (ako ne može, drži ih medicinska sestra)
18.	- obući rukavice, staviti masku, naočale i zaštitnu pregaču – svi članovi tima
19.	- dodati liječniku lokalni anestetik
20.	- staviti pacijentu usnik ukoliko se bronhoskop uvodi kroz usta i učvrstiti ga
21.	- spojiti bronhoskop s aspiratorom, provjeriti spojnice (konekcije)
22.	- uključiti videoekran ako je potrebno i ako postoji
23.	- silikonizirati bronhoskop i dodati ga liječniku

24.	- uključiti izvor hladnog svjetla
25.	- slijediti liječnikove odredbe tijekom bronhoskopije (aspiracija, dodavanje lijekova i pribora, kliješta, elektrokauter itd.)
26.	- druga med. sestra pridržava glavu pacijenta (pridržava i bubrežastu zdjelicu ako pacijent ne može sam), promatrati pacijenta cijelo vrijeme
27.	- tijekom i nakon bronhoskopije pomoći pacijentu da se iskašlja i obriše nos, obratiti pozornost na izgled iskašljaja. Ako je iskašljaj krvav pojačati nadzor nad pacijentom tijekom 24 sata
28.	- isključiti izvor hladnog svjetla
29.	- tijekom izvlačenja iz bronha i trahee bronhoskop obrisati kompresom natopljenom redestiliranom vodom ili 70% alkoholom i potom aspiracijom 70% alkohola isprati lumen bronhoskopa, te ga odložiti u posudu za čišćenje i dezinfekciju
30.	- ako se bronhoskopija izvodi u kabinetu, pomoći pacijentu kod ustajanja i smjestiti ga u sobu za nadzor, obavijestiti odjelnu sestru da dođe po pacijenta
31.	- upozoriti pacijenta da najmanje dva sata nakon pretrage ne jede i ne pije
32.	- raspoređiti upotrijebljeni pribor i zbrinuti u spremnik za oštri i infektivni otpad
33.	- svući rukavice, oprati i posušiti ruke
34.	- materijal za dijagnostičke postupke pravilno obilježiti i uz popratnu uputnicu distribuirati u laboratorije
	- bronhoskop oprati i dezinficirati visokim stupnjem dezinfekcije prema SOP – standardnoj operativnoj proceduri zdravstvene ustanove
35.	- evidentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ASISTIRANJA KOD PLEURALNE PUNKCIJE

---

### ***Naziv postupka***

Asistiranje kod pleuralne punkcije.

### ***Definicija postupka***

Pleuralnu punkciju izvodi liječnik, a asistiranje medicinskih sestara je neizostavni dio timskog rada.

Pleuralna punkcija je invazivni zahvat, a izvodi se u terapijske i dijagnostičke svrhe.

### ***Provoditelj postupka***

Prvostupnica asistira, a medicinska sestra srednje stručne spreme je u pratnji pacijenta.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za asistiranje pri dijagnostičkoj punkciji potrebno je 20 minuta, a asistiranje kod terapijske punkcije traje onoliko koliko je potrebno za evakuaciju sadržaja ili instilaciju lijeka.

### ***Svrha postupka***

Osigurati cjelovitu pripremu i dobru asistenciju prilikom izvođenja pleuralne punkcije.

### **Osnovna obilježja postupka**

Pleuralnu punkciju ordinira i izvodi liječnik. Za izvođenje pleuralne punkcije potreban je obavijesni pristanak pacijenta.

Ovisno o stanju pacijenta i mjestu uboda, punkcija se može izvoditi u bolesničkoj sobi ili u sobi za male zahvate. Položaj pacijenta određuje liječnik. Može se izvoditi u sjedećem ili ležećem položaju, na ležaju ili na stolici. Ako se izvodi u ležećem položaju pacijenta treba smjestiti bočno uz rub kreveta, na bok, suprotno od mjesta izvođenja punkcije. Ako se postupak izvodi u sjedećem položaju, pacijenta treba smjestiti uz rub ležaja, čije je uzglavlje podignuto za 90°, s rukom podignutom iznad glave, a prsni koš je prislonjen uz uzglavlje. Ruka do uzglavlja je smještena uz prsni koš. Stopala su položena na podnožak ispod ležaja. Na stolici pacijent može sjediti postranično isto kao i na ležaju, ili opkoračiti stolac i nasloniti se obim podlakticama na naslon stolca. Punkcijom se maksimalno evakuira oko 2 litre sadržaja. Prva i zadnja štrcaljka sadržaja ostaje za analizu.

Sadržaj treba evakuirati polako i cijelo vrijeme treba promatrati pacijenta. Probatornom punkcijom uzima se izvorni uzorak za dijagnostičku pretragu. Po završenoj punkciji pacijent leži dva sata na strani mjesta uboda. Prate mu se vitalne funkcije sljedećih 12 sati. Punktirani sadržaj, prema odredbi liječnika, odnijeti na biokemijsku, bakteriološku i citološku analizu. Uz punktata za biokemijsku analizu se šalje i venska krv. U posudu s punktatom za citološku analizu ukapati 2-3 kapi antikoagulansa.

Prije izvođenja postupka omogućiti pacijentu eliminaciju stolice i urina.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta (strah, tremor...)
- ograničavajućih faktora za izvođenje zahvata: antikoagulantna terapija...
- pacijentovih vitalnih znakova
- okoline za izvođenje zahvata i mikroklimatskih uvjeta



**Planiranje i provođenje postupka**

<b>1</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- zaštitni ogrtač, maske, naočale
	- jednokratne nesterilne rukavice za sestru
	- sterilne rukavice za liječnika
	- 2 sterilne komprese (za prekrivanje radne plohe i pacijenta)
	- sterilni set (sterilni smotuljci od gaze za pranje ili sterilni štapići, sterilne komprese od gaze 10x10, sterilna posuda ili bubrežna zdjelica)
	- dezinficijens za kožu pacijenta
	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- sterilna hvataljka - pinceta
	- štrcaljka od 20 ml
	- igla za navlačenje anestetika
	- igla za infiltraciju anestetika
	- lokalni anestetik
	- jednokratni sterilni set za pleuralnu punkciju koji sadrži; iglu, štrcaljku od 50-60 ml, sistem - dvokraki nastavak s ventilom (valvulom), vrećicu od 2000 ml
	- hipoalergijski flaster
	- odgovarajuće pisane naloge liječnika, naloge za pretrage
	- sterilne posude za bakteriološke uzorke
	- kemijski čiste posude za biokemijske i citološke uzorke
	- posuda za nečisto
	- spremnik za infektivni otpad
	- sabirnik za oštre predmete
	- paravan (ako se punkcija izvodi u bolesničkoj sobi)
	<b>POSTUPAK</b>
2	- predstaviti se, identificirati pacijenta i objasniti postupak, dopustiti pitanja
3	- provjeriti pisani pristanak
4.	- pripremiti medicinsku dokumentaciju
5.	- osigurati privatnost

<b>IZVOĐENJE PLEURALNE PUNKCIJE U SOBI ZA MALE ZAHVATE</b>	
6.	- oprati i posušiti ruke
7.	- podignuti uzglavlje ležaja za 90° (ili ostaviti u ravnom položaju ukoliko se punkcija izvodi u ležećem položaju)
8.	- posjesti pacijenta u lijevo ili desnostrani visoki Fowlerov položaj, ovisno o mjestu punkcije, noge pacijenta spustiti uz ležaj
9.	- ispod stopala staviti podnožak
10.	- nasloniti pacijenta uz uzglavlje ležaja
11.	- ruka kojom je naslonjen na uzglavlje je savinuta u laktu i priljubljena uz tijelo. Suprotnom rukom se drži za uzglavlje, ili za rame koje je naslonjeno na uzglavlje ležaja, ili ruku prebaci preko glave - lakat mu je ispružen ravno ili prema gore
12.	- medicinska sestra koja je u pratnji dezinficira i posuši ruke, oblači rukavice i masku, stane iza uzglavlja na koje je naslonjen pacijent i pridržava lakat pacijenta, pomaže mu održati položaj i promatra pacijenta tijekom punkcije. O promjenama obavještava liječnika
13.	- sestra prvostupnica dezinficira i posuši ruke
14.	- sestra prvostupnica stavi masku, naočale, oblači zaštitni ogrtač
15.	- sestra prvostupnica oblači rukavice
16.	- sestra prvostupnica prekriva radnu površinu i kompresom
17.	- sestra prvostupnica prekriva bok pacijenta, na strani izvođenja punkcije, kompresom
18.	- liječnik određuje ubodno mjesto - liječnik dezinficira i posuši svoje ruke - sestra prvostupnica otvara sterilne rukavice
19.	- liječnik oblači sterilne rukavice
20.	- sestra prvostupnica otvara sterilni set za čišćenje i dezinfekciju kože i postavlja ga u poziciju za rad (podnožje kreveta ili kolica), nadohvat ruke na sterilnu kompresu
21.	- liječnik uzima sterilnu hvataljku i smotuljke od gaze
22.	- sestra prvostupnica, tehnikom nedoticanja, liječniku dodaje sredstvo za pranje i dezinfekciju ubodnog mjesta najmanje 3 puta (prije polijevanja sredstva za dezinfekciju po smotuljcima gaze, prelići malu količinu sredstva preko ruba posudice, iznad bubrežaste zdjelice)

23.	- po završenom čišćenju kože pacijenta, liječnik smotuljke i hvataljku odlaže u posudu za nečisto
24.	- ubodno mjesto se mora posušiti prije injiciranja anestetika
25.	- sestra prvostupnica dodaje liječniku štrcaljku i iglu tehnikom nedoticanja
26.	- sestra prvostupnica otvara ampulu anestetika i pridržava je liječniku tijekom navlačenja u štrcaljku
27.	- liječnik odvaja iglu od štrcaljke s anestetikom i odlaže je u sabirnik za oštri otpad
28.	- sestra prvostupnica dodaje tehnikom nedoticanja drugu iglu koju liječnik stavlja na štrcaljku s anestetikom
29.	- liječnik anestezira mjesto punkcije. Po završenoj anesteziji može izvući određenu količinu izljeva, koji se po nalogu liječnika otprema na pretragu
30.	- pričekati djelovanje anestetika dvije do tri minute
31.	- sestra prvostupnica otvara set za punkciju i dodaje ga liječniku tehnikom nedoticanja
32.	- liječnik punktira predviđeno mjesto i prepušta štrcaljku za izvlačenje sestri prvostupnici
33.	- sestra prvostupnica prihvaća štrcaljku i polako izvlači sadržaj iz pleuralne šupljine, pazeći na položaj ventila (valvule) prilikom pražnjenja izljeva iz štrcaljke u vrećicu
34.	- liječnik pridržava iglu te kontrolira izvlačenje pleuralnog sadržaja
35.	- sestra prvostupnica uzima materijal za analize prema odredbi liječnika
36.	- po završenoj punkciji liječnik upozori pacijenta da zadrži dah, izvlači iglu i odlaže je u spremnik za oštre predmete
37.	- sestra prvostupnica odlaže štrcaljku u posudu za nečisto, ubodno mjesto prekriva sterilnom kompresom i učvrsti hipoalergijskim flasterom
38.	- sestra koja pridržava pacijenta tijekom punkcije, pomaže pacijentu u oblačenju i premještanju na kolica, odvozi ga u sobu, promatra ga i daje uputu o mirovanju
39.	- smješta pacijenta u krevet, bočno, na stranu gdje je bila punkcija, svlači rukavice i masku i odlaže ih u komunalni otpad
40.	- sestra prvostupnica obilježi uzorke za analizu i uputi u odgovarajući laboratorij (u uzorak za citološku analizu staviti antikoagulans)
41.	- liječnik svlači rukavice i odlaže ih u infektivni otpad te pere/dezinficira i posuši ruke

42.	- sestra prvostupnica raspredi upotrijebljeni pribor i odlaže u infektivni otpad (pleuralni sadržaj se odlaže u kontejnere za infektivni otpad)
43.	- sestra prvostupnica svlači rukavice i odlaže ih u infektivni otpad
44.	- opere/dezinficira i posuši ruke
45.	- dokumentira postupak i stanje pacijenta
46.	- evaluirati i dokumentirati stanje pacijenta po završenoj opservaciji

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK INTRADERMALNOG ALERGOLOŠKOG TESTA

---

---

### ***Naziv postupka***

Intradermalno testiranje na alergene.

### ***Definicija postupka***

Intradermalno testiranje je postupak kojim se male količine standardiziranih otopina alergena pomoću štrcaljke i igle injiciraju u kožu, radi otkrivanja preosjetljivosti na niz različitih alergena.

### ***Provoditelj postupka***

Jedna sestra prvostupnica – testira i očitava.

Liječnik interpretira nalaz.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Zavisno o broju alergena (jedan standardni set sa 16 alergena) postupak traje najmanje 40 minuta, što uključuje pripremu alergena, uzimanje anamneze, injiciranje alergena i očitavanje reakcije na alergen.

### ***Svrha postupka***

Intradermalnim injiciranjem standardiziranih otopina alergena omogućiti otkrivanje uzročnika alergijskih zbivanja u organizmu.

### **Osnovna obilježja postupka**

Postupak se izvodi prema pismenom nalogu liječnika, aseptično, tehnikom intradermalnog injiciranja. Intradermalno testiranje izvodi se alergenskim pripravcima. Alergeni su dijalizirani vodeni ekstrakti otopljeni u puferskoj fiziološkoj otopini s dodatkom stabilizatora. Set alergena sadrži i set kontrolnih otopina. Kontrolne otopine se upotrebljavaju kao referentne vrijednosti za procjenu reaktivnosti kože i uspoređuju se s reakcijom na specifični alergen. Za pozitivnu kontrolu koristi se otopina histamina u koncentraciji 1 mg/ml koji uvijek daje pozitivnu reakciju. Za negativnu kontrolu koristi se puferirana fiziološka otopina, koja mora pokazati negativnu reakciju.

Alergeni se injiciraju intradermalno, na volarnu stranu podlaktice, u razmaku od 5 cm između uboda. Na mjestu injiciranja alergena javlja se urtika i okolni eritem. Očitava se 15 do 20 minuta (prema uputama proizvođača) nakon injiciranja alergena. Mjerenjem promjera indurata okomito i vodoravno, prema formuli;  $d = (D + d) : 2$  dobivaju se vrijednosti za svaki pojedinačni alergen i kontrolne otopine izražene u milimetrima. Alergeni se čuvaju u hladnjaku na +4°C. Pola sata prije injiciranja stavlja ih se na sobnu temperaturu.

Ispitanici ne smiju primati nikakve antialergijske pripravke najmanje 24/48 sati prije testiranja ili prema odredbi liječnika.

Tijekom izvođenja pretrage postoji rizik od alergijskog šoka.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnosti komunikacije
- uzimanja lijekova koji mogu smanjiti reakciju na alergen
- pacijentovog stanja kože na mjestu predviđenom za injiciranje
- prostora za izvođenje postupka (mogućnost reanimacije, dobrog osvjjetljenja, mikroklimatskih uvjeta...)
- postojanje akutnih i alergijskih bolesti u pacijenta

## Planiranje i provođenje postupka

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- radnu površinu - stolić na koji se pripremi potreban pribor za injiciranje
	- pismeni nalog liječnika za provedbu postupka
	- pacijentov pismeni informirani pristanak
	- alkoholni dezinficijens za kožu i ruke
	- loptice od vate ili gaze
	- igle za navlačenje alergena
	- štrcaljke od 1 ml (podijeljeno na 10 dijelova)
	- igle za intrakutani ubod 0,45Gx25mm
	- nesterilne jednokratne rukavice
	- alergeni sobne temperature
	- posude za infektivni otpad i oštre predmete
	- sabirnik za oštre predmete
	- sterilna gaza
	- pribor i lijekovi za reanimaciju (za slučaj pojave alergijskog šoka)
	- izvor kisika s priborom za primjenu
	IZVOĐENJE
2.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta i pisani pristanak
3.	- objasniti postupak i očekivane reakcije, dopustiti pitanja
4.	- osigurati privatnost
5.	- provjeriti izvor kisika
6.	- udobno smjestiti pacijenta, prema procjeni sjedeći ili ležeći položaj (preporuča se fotelja s držačem za ruku, koja se može poleći)
7.	- oprati/dezinficirati, posušiti svoje ruke
8.	- ruku na kojoj izvodimo testiranje, smjestiti na čvrstu podlogu, volarnom stranom podlaktice okrenutom prema gore
9.	- dezinficirati kožu cijelom dužinom volarne strane podlaktice tri puta, svaki puta s drugim smotuljkom gaze ili vate namočenim u dezinficijens. - pustiti da se koža posuši. - nakon dezinfekcije ne dirati kožu
10.	- složiti alergene redosljedom kakav je na obrascu za upisivanje nalaza

11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- navući alergene iz bočice u štrcaljke – svaki alergen u svoju štrcaljku</li> <li>- staviti igle sa štitnikom na štrcaljke</li> </ul>
12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dezinficirati svoje ruke, posušiti ih i obući rukavice</li> </ul>
13.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- provjeriti mjesto injiciranja (je li koža suha i bez promjena)</li> <li>- dominantnom rukom uzeti štrcaljku, nedominantnom rukom skinuti štitnik s igle</li> <li>- nedominantnom rukom zategnuti kožu na podlaktici</li> <li>- pod kutom od 15° ubosti 1-2 mm u kožu i injicirati propisanu količinu alergena – uvijek provjeriti upute na prospektu alergena i usporediti s propisanom količinom. Ako postoji odstupanje od liječnika propisane količine i na prospektu preporučene količine za injiciranje alergena, upozoriti liječnika na uočenu razliku</li> <li>- u razmaku od 5cm injicirati redom sve alergene (nakon injiciranja pojavi se papulica iznad razine kože promjera 5mm.)</li> <li>- nakon svakog uboda upotrijebljenu iglu odložiti u spremnik za oštri otpad</li> <li>- na štrcaljku s alergenom staviti novu iglu sa štitnikom</li> <li>- zabilježiti mjesto injiciranja prvog alergena (osigurava se redosljed alergena)</li> </ul>
14.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prekriti ubodna mjesta sterilnom gazom</li> </ul>
15.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- upozoriti pacijenta da ne dira mjesta uboda</li> </ul>
16.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacijenta do očitavanja nalaza posjesti na mjesto gdje ga možemo kontrolirati</li> </ul>
<b>OČITAVANJE NALAZA:</b>	
17.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- za 15-20 minuta očitati nalaz</li> </ul>
18.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- očistiti vatom eventualne ostatke krvi na pacijentovoj ruci (ne trljati - obući rukavice ukoliko se čisti krv)</li> </ul>
19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zbog lakšeg očitavanja preporuča se rubove urtike zabilježiti tankim flomasterom</li> </ul>



20.	<ul style="list-style-type: none"><li>- izmjeriti promjer urtike vodoravno i okomito u milimetrima <math>d=(D+d):2</math></li><li>- ne mjeriti okolni eritem</li><li>- upisati u obrazac izmjerene vrijednosti izražene milimetrima za svaki alergen</li><li>- upozoriti pacijenta na mogućnost kasne reakcije na neke alergene i uputiti ga što treba učiniti u tom slučaju</li></ul>
21.	<ul style="list-style-type: none"><li>- nakon očitavanja obrisati flomaster s ruke alkoholnim dezinficijensom</li></ul>
22.	<ul style="list-style-type: none"><li>- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta</li></ul>

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK IZVOĐENJA KLIZME

---

---

### ***Naziv postupka***

Izvođenje klizme.

### ***Definicija postupka***

Klizma je postupak kada se u debelo crijevo instilira ordinirana otopina ili pripravak.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 30 minuta.

### ***Svrha postupka***

Klizma se izvodi u svrhu čišćenja, primjene lijekova, hranjenja i primjene kontrasta u dijagnostičke svrhe.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Klizma je postupak kojim se pomoću uvedene fleksibilne rektalne sonde ili katetera instilira u debelo crijevo propisana otopina. Po količini sadržaja i načinu instilacije razlikuju se visoka i niska klizma. Kod visoke klizme se otopina podiže na visinu od 45-60 cm iznad rektuma pacijenta, a kod niske klizme otopina se podiže na visinu 30-45 cm. Za primjenu visoke klizme rektalna sonda se uvodi u debelo crijevo u dubini od 7-10 cm., a kod male klizme 6-8 cm. Pacijenta treba smjestiti u lijevo bočni ležeći položaj. Iznimno pacijent može ležati i na desnom boku. Mala klizma je najčešće

gotov pripravak zapremine do 250 ml u fleksibilnoj ambalaži a instilira se 2-5 minuta. Vrijeme instilacije visoke klizme je 10 minuta, a količina otopine 500-1000 ml. Postupak se izvodi polako i oprezno. Svakoj hranjivoj, dijagnostičkoj i terapijskoj klizmi prethodi klizma za čišćenje ili ordinirani laksativ. Klizma se izvodi na temelju pisane odredbe liječnika.

### **Procjena**

- tjelesne temperature pacijenta (o tome ovisi temperatura klizme)
- stanja pacijentovog anusa (hemoroidi, oštećenje sluznice, krvarenja, stanje sfinktera)
- uzimanje lijekova koji utječu na eliminaciju stolice
- psihofizičkog stanja pacijenta i mogućnost komunikacije
- crijevne peristaltike pacijenta
- boli u trbuhu pacijenta
- nadutosti i napetosti trbušne stjenke pacijenta

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica za pribor
	- jednokratni set za klizmu (irigator i rektalna sonda) ili gotov pripravak male klizme
	- ordinirana otopina (sapokalinus za čišćenje ili ordinirano sredstvo ili pripravak)
	- termometar za vodu
	- stalak za infuziju
	- lubrikant
	- drvena lopatica - špatula
	- nepropusna zaštitna folija
	- staničevina – celulozna vata
	- nesterilne jednokratne rukavice

	- alkoholni dezinficijens za ruke
	- paravan
	- sani kolica ili noćna posuda
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- provjeriti pisanu naredbu liječnika
3.	- predstaviti se i identificirati pacijenta
4.	- objasniti postupak pacijentu, dopustiti pitanja
5.	- osigurati privatnost (zatvoriti vrata, staviti paravan)
6.	- podignuti krevet do razine koja je udobna za izvođenje postupka
7.	- oprati/dezinficirati, posušiti ruke i obući rukavice
8.	- staviti nepropusnu zaštitnu foliju ispod pacijentovih gluteusa
9.	- postaviti pacijenta u lijevostrani bočni položaj
10.	- osloboditi glutealnu regiju, a ostali dio tijela pokriti štiteći privatnost pacijenta
	<b>VISOKA KLIZMA</b>
11.	- provjeriti upute na setu za klizmu
12.	- zatvoriti izlaz otopine za klizmu
13.	- napuniti vrećicu za klizmu ili irigator propisanom otopinom temperature 37,8°C – 42°C za odrasle (kod primjene ljekovite klizme poštivati 5 pravila za sigurnu primjenu lijeka)
14.	- otvoriti izlaz i pustiti otopinu da istjera zrak kroz rektalnu sondu i ponovo zatvoriti
15.	- objesiti vrećicu ili irigator s otopinom na stalak za infuziju, tako da je otopina 30-45 cm iznad anusa pacijenta za nisku klizmu ili 45-60 cm za visoku klizmu
16.	- lubrikantom namazati sondu u dužini do 10 cm.
17.	- nedominantnom rukom raširiti pacijentove gluteuse
18.	- dominantnom rukom rotirajući sondu nježno uvoditi u debelo crijevo 7-10 cm
19.	- zamoliti pacijenta da duboko diše i stisne sfinkter
20.	- ukoliko pacijent ne može sam stisnuti sfinkter, medicinska sestra će stisnuti gluteuse prema anusu za vrijeme primjene klizme

21.	- otvoriti i pustiti otopinu da teče kroz 10 minuta istovremeno pridržavajući rektalnu sondu
22.	- ako se pacijent žali na grčeve spustiti vrećicu ili zatvoriti dovod otopine i poticati ga da diše na usta, ako grčevi ne prestanu prekinuti instilaciju otopine
23.	- kada je primijenjena dovoljna količina otopine zatvoriti dovod, staničevinom obuhvatiti sondu kod anusa i polako izvući sondu iz crijeva. Poticati pacijenta da zadrži otopinu 15-20 min, ili čim duže može
24.	- kada pacijent ne može više zadržati otopinu, smjestiti ga na noćnu posudu ili sani kolica
25.	- po završenoj defekaciji provesti higijenu anogenitalne regije
26.	- pacijenta udobno smjestiti u krevet
27.	- rasporemiti pribor prema protokolu zdravstvene ustanove
28.	- svući rukavice i oprati/dezinficirati, posušiti ruke
29.	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta (izgled i količinu stolice)
<b>MALA KLIZMA</b>	
30.	- maknuti poklopac s vrha tube koja je već namazana s lubrikantom i uvesti cijeli vrh tube u rektum
31.	- polako, tijekom 2-5 minuta utisnuti svu otopinu u rektum pacijenta
32.	- potaknuti pacijenta da zadrži otopinu 15-20 min, ili čim duže može
33.	- kada pacijent ne može više zadržati otopinu, smjestiti ga na noćnu posudu ili sani kolica ili ga odvesti u toalet
34.	- po završenoj defekaciji provesti higijenu anogenitalne regije
35.	- pacijenta udobno smjestiti u krevet
36.	- rasporemiti pribor prema protokolu zdravstvene ustanove
37.	- svući rukavice, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
38.	- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta (izgled i količinu stolice)

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK UVOĐENJA URINARNOG KATETERA

---

---

### ***Naziv postupka***

Uvođenje urinarnog katetera.

### ***Definicija postupka***

Uvođenje urinarnog katetera je postupak koji se izvodi u cilju nesmetanog otjecanja urina iz mokraćnog mjehura.

### ***Provoditelj postupka***

Dvije medicinske sestre/tehničara.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 30 minuta.

### ***Svrha postupka***

Omogućiti nesmetano otjecanje urina iz mokraćnog mjehura postavljanjem urinarnog katetera zbog retencije urina, inkontinencije, terapijskih i dijagnostičkih postupaka.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Uvođenje urinarnog katetera zahtijeva sterilan pristup i poznavanje anatomije i fiziologije mokraćnog sustava. Urinarni kateter može se staviti trajno, može se stavljati povremeno ili jednokratno, a sam zahvat određuje liječnik. Postavljenim urinarnim kateterom omogućeno je točno praćenje diureze, specifične težine, izgleda i mirisa

urina, ispiranje mokraćnog mjehura, te primjena lijekova. Olakšano je uzimanje uzoraka urina za laboratorijske pretrage. Moguće je vježbanje mišića i sfinktera mokraćnog mjehura. Postoje kateteri različitih veličina i oblika. Prilikom kateterizacije važno je odabrati pravu veličinu. Isto tako ovisno o svrsi kateterizacije odabire se kateter s jednim, dva ili tri kanala, kateter s balonom ili bez balona. Kateter s tri kanala odabire se kada je potrebno ispiranje mokraćnog mjehura ili primjena lijeka u mokraćni mjehur. Postupci za uvođenje trajne, intermitentne ili jednokratne kateterizacije su isti, osim što kod jednokratne i intermitentne kateterizacije nije potrebno puniti balon redestiliranom vodom. Balon se ne puni fiziološkom otopinom zbog mogućnosti kristalizacije i začepljenja kanala balona.

### **Procjena**

- osobitosti eliminacije urina, svakodnevne navike, poteškoće tijekom mokrenja (retencija, oligurija, poliurija...) kod pacijenta
- utjecaja inkontinencije urina na pojavu komplikacija kod pacijenta (dekubitus, ojedine...)
- utjecaja lijekova koje pacijent uzima na eliminaciju urina
- psihofizičkog stanja pacijenta
- distenzije mokraćnog mjehura palpiranjem i kucanjem iznad pubične kosti pacijenta

### **Planiranje i provođenje zahvata**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- kolica za pribor
	- sterilni set za kateterizaciju (smotuljci od gaze, pean, bubrežasta zdjelica, dvije komprese – jedna s prorezom u sredini)
	- sterilni odgovarajući kateter
	- antiseptik za sluznicu
	- alkoholni antiseptik za ruke
	- lubrikant
	- jednokratne sterilne i nesterilne rukavice

	- urinarna vrećica
	- nepropusna zaštitna folija
	- topla voda, trljačica, kiseli sapun, papirnati ručnik
	- svjetlo
	- držač za urinarnu vrećicu
	- štrcaljka 10 – 20 ml s potrebnom količinom redestilirane vode
	- paravan
	- posuda za nečisto
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- podesiti krevet na razinu udobnu za izvođenje zahvata
4.	- osigurati privatnost - zatvoriti vrata, staviti paravan
5.	- oprati i posušiti ruke i obući rukavice - obje medicinske sestre
6.	- postaviti pacijenticu u leđni položaj, raširenih nogu savijenih u koljenima
7.	- zaštititi krevet nepropusnom zaštitnom folijom
8.	- podesiti svjetlo
9.	- oprati, isprati spolovilo i perianalni dio sapunom, toplom vodom i osušiti ga
10.	- svući rukavice, dezinficirati i posušiti ruke
	- medicinska sestra koja asistira ponovo navuče čiste nesterilne rukavice
11.	- medicinska sestra koja uvodi kateter navuče sterilne rukavice
12.	- medicinska sestra koja asistira otvori sterilni set za kateterizaciju i anti-septik za dezinfekciju sluznice vagine. Gotov ili neposredno pred postupak pripremljen antiseptik lagano preliti preko ruba posudice u kojoj se nalazi u posudu za nečisto
13.	- medicinska sestra koja uvodi kateter postavi sterilnu kompresu ispod perianalnog dijela pacijentice, sterilnu bubrežastu zdjelicu postavi na sterilnu kompresu, priredi sterilno polje prekrivajući prorezanom sterilnom kompresom genitalije pacijentice. Sterilna kompresa s prorezom prekriva natkoljenice i perineum, a otvor na kompresi omogućava pristup spolovilu. Nedominantnom rukom, palcem i kažiprstom, razmakne male usne (labia minor), otkrivajući urinarni kanal. Labie minor treba držati razmaknute tijekom cijelog vremena uvođenja katetera
14.	- medicinska sestra koja asistira polijeva antiseptik po lopticama za čišćenje iznad bubrežaste zdjelice



15.	- medicinska sestra koja uvodi kateter, dominantnom rukom dezinficira spolovilo najmanje 3 puta lopticom namočenom antiseptikom, služeći se peanom. Jedna loptica jedan okomiti potez od klitorisa prema perineumu. Loptice odlaže u posudu za nečisto
16.	- medicinska sestra koja asistira, otvara urinarni kateter i dodaje ga u dominantnu ruku sestre koja uvodi urinarni kateter. Distalni dio katetera držati iznad sterilne bubrežaste zdjelice
17.	- medicinska sestra koja uvodi kateter, prihvaća kateter sterilnim peanom 5-7 cm od vrha katetera
18.	- medicinska sestra koja asistira, otvara lubrikant, istisne malu količinu u posudu za nečisto i zatim istisne lubrikant na vrh katetera
19.	- medicinska sestra koja uvodi kateter, dominantnom rukom nježno uvodi kateter kroz orificijum uretre (2 - 4 cm kod žena) dok urin ne počne teći. Nakon toga uvede kateter još 3 cm. Pusti stidne usne
20.	- medicinska sestra koja asistira dodaje štrcaljku s redestiliranom vodom
21.	- medicinska sestra koja uvodi kateter puni balon propisanom količinom redestilirane vode (u slučaju jednokratne kateterizacije nije potrebno ispuniti balon urinarnog katetera redestiliranom vodom. U tom slučaju po završenoj kateterizaciji kateter se izvuče i odlaže u infektivni otpad)
22.	- medicinska sestra koja asistira, pridržava distalni dio katetera, skida zaštitni poklopac s urinske vrećice i spoji je s kateterom
23.	- medicinska sestra koja asistira stavi vrećicu na nosač i postavi nosač na rub kreveta
24.	- medicinska sestra koja uvodi kateter svlači rukavice i odlaže ih u infektivni otpad
25.	- obje medicinske sestre smještaju pacijenticu u udoban položaj i pokrivaju ju
26.	- medicinska sestra koja asistira raspreda upotrijebljeni pribor prema pravilima zdravstvene ustanove, svlači rukavice
27.	- obje medicinske sestre operu/dezinficiraju i posuše ruke
28.	- dokumentirati zahvat i stanje pacijenta

**UVOĐENJE URINARNOG KATETERA - MUŠKI**

- priprema pribora ista je kao za kateterizaciju urina kod žena. Pacijenta treba smjestiti na leđa, ispruženih i raširenih nogu. Kateterizaciju mokraćnog mjehura muškom pacijentu izvodi liječnik a medicinska sestra asistira. Postupak asistiranja je isti kao za žene.

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ODRŽAVANJA PROHODNOSTI I TOALETA CENTRALNOG VENSKOG KATETERA

---

---

### ***Naziv postupka***

Održavanje prohodnosti i toaleta centralnog venskog katetera.

### ***Definicija postupka***

Održavanje centralnog venskog katetera prohodnim i toaleta mjesta insercije je postupak kojim se omogućava siguran način primjene propisane i.v. terapije i smanjuje mogućnost infekcije.

### ***Provoditelj postupka***

Medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje postupka potrebno je 10 minuta.

### ***Svrha postupka***

Održati intravenski put bez znakova upale, flebitisa, tromboze i mjesto insercije bez bola, otoka, crvenila i sekrecije.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Centralni venski kateter (CVK) omogućava dužu uporabu intravenskog puta i smanjuje rizik od flebitisa. Postavlja se u velike vene, najčešće u venu subklaviju i jugularnu venu.

Kateter može biti jednoluminalni i više luminalni. Kateter može imati više krakova koji su zatvoreni sterilnim čepom, a na kraku se nalazi sigurnosna stezaljka (klemica). Na krakove se mogu montirati skretnice koje omogućavaju istovremenu primjenu više vrsta pripravaka. Nakon uporabe krak katetera se ispire i sterilno zatvara. Krak koji nije u uporabi mora se održavati prohodnim. CVK se koristi za intravenoznu terapiju, za primjenu krvi i krvnih pripravaka, te za parenteralnu prehranu i mjerenje centralnog venskog tlaka.

Prevoj CVK zahtjeva aseptički rad. Tijekom rada oko katetera i sestra i pacijent imaju masku. CVK treba pratiti obavezno nakon uzimanja uzoraka krvi, po završetku primjene krvi i krvnih derivata i parenteralne prehrane. Kroz CVK terapija se može primjenjivati kontinuirano ili intermitentno. Ukoliko je primjena terapije intermitentna kateter se ispire fiziološkom otopinom, nakon čega se kateter ispunjava hepariniranom otopinom ili heparinom prema odredbi liječnika, prema radnoj uputi zdravstvene ustanove ili po uputi proizvođača katetera. Prije svake ponovne upotrebe katetera, heparinizirana otopina se mora štrcaljkom izvući iz katetera.

Krv iz CVK za pretrage se uzima samo kada nije moguće na bilo koji drugi način uzeti uzorak krvi za analizu. U tom slučaju potrebno je izvući sadržaj iz katetera (heparin). Ukoliko se krv uzima tijekom primjene infuzije, infuzijski sistem se zatvara, izvlači se 20 ml krvi koja se zajedno sa štrcaljkom odlaže u infektivni otpad i tek tada se uzima krv za analizu.

### **Procjena**

- psihofizičkog stanja pacijenta (mogućnost suradnje)
- okoline za izvođenje postupka, mikroklimatski uvjeti

### **Planiranje i provođenje postupka**

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- paravan
	- taca
	- alkoholni dezinficijens

	- sterilne rukavice i čiste rukavice
	- sterilne komprese 10x10 cm
	- sterilni set (komprese 5x5 cm, pinceta, smotuljci od gaze)
	- hipoalergijski flaster ili prozirnice
	- sterilne igle
	- sterilne štrcaljke 5 ml – 10 ml
	- štrcaljka s heparinom za i.v. primjenu, ili hepariniziranom fiziološkom otopinom
	- štrcaljka s fiziološkom otopinom 10-20 ml
	- maske
	- sterilni čep
	- posude za odlaganje infektivnog materijala
	- sabirnik za oštre predmete
	<b>IZVOĐENJE TOALETA CVK</b>
2.	- predstaviti se, provjeriti identitet pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja
3.	- osigurati privatnost, ako je potrebno postaviti paravan
4.	- smjestiti pacijenta u ležeći položaj
5.	- oprati/dezinficirati i posušiti ruke
6.	- obući rukavice
7.	- staviti masku - sestra i pacijent
8.	- pažljivo ukloniti stari prevoj - odložiti ga u infektivni otpad
9.	- učiniti inspekciju mjesta insercije i okolnog tkiva (crvenilo, otok, sekrecija...)
10.	- učiniti inspekciju katetera (oštećenje)
11.	- svući rukavice, odložiti ih u infektivni otpad
12.	- dezinficirati i posušiti ruke
13.	- metodom nedoticanja otvoriti sterilni set za prevoj
14.	- obući sterilne rukavice ili koristiti sterilnu pincetu iz seta
15.	- očistiti mjesto insercije sterilnom kompresom natopljenom alkoholnim dezinficijensom kružnim pokretima od sredine prema periferiji u krugu od tri centimetra
16.	- pričekati 30 sekundi da se posuši
17.	- prekriti sterilnom kompresom mjesto insercije

18.	- pričvrstiti hipoalergijskim flasterom ili prozirnicom
19.	- krakove katetera zaštititi sterilnom kompresom, pričvrstiti za kožu hipoalergijskim flasterom
20.	- pacijenta vratiti ili smjestiti u njemu udoban ili prisilni položaj
21.	- upotrijebljeni pribor rasprijeti i zbrinuti po pravilima zdravstvene ustanove
22.	- svući rukavice skinuti maske, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
23.	- dokumentirati postupak i izgled mjesta insercije
<b>POSTUPAK UZIMANJA UZORAKA KRV IZ CVK – KRV SE UZIMA SAMO IZNIMNO</b>	
<b>PRIPREMITI PRIBOR KAO POD KORAKOM 1</b>	
2.	- oprati i posušiti ruke
3.	- staviti maske sebi i pacijentu
4.	- metodom nedoticanja otvoriti sterilnu kompresu
5.	- metodom nedoticanja otvoriti dvije štrcaljke i položiti ih na kompresu
6.	- metodom nedoticanja otvoriti sterilne komprese i natopiti kompresu alkoholnim dezinficijensom
7.	- obući sterilne rukavice
8.	- dezinficirati završni dio katetera, pričekati 30 sekundi da se posuši i položiti na sterilnu kompresu
9.	- zatvoriti lumen katetera sigurnosnom stezaljkom
10.	- skinuti čep s kraka katetera i odložiti u infektivni otpad
11.	- spojiti štrcaljku s kateterom, otvoriti stezaljku i izvući onu količinu tekućine koja je uštrcana u lumen katetera, ili ako teče infuzija 20 ml krvi.
12.	- zatvoriti lumen katetera stezaljkom
13.	- odvojiti štrcaljku i odložiti je u posudu za infektivni otpad
14.	- spojiti drugu štrcaljku s kateterom
15.	- otvoriti stezaljku
16.	- aspirirati u štrcaljku krv za pretragu
17.	- zatvoriti lumen katetera stezaljkom
18.	- odvojiti štrcaljku od katetera i odložiti na tacu
19.	- štrcaljku u kojoj je fiziološka otopina spojiti s lumenom katetera, otvoriti lumen i isprati kateter s fiziološkom otopinom ili nastaviti infuziju. Ako se ne nastavlja infuzija nakon ispiranja fiziološkom otopinom, zatvoriti lumen stezaljkom, odvojiti štrcaljku, odložiti je u posudu za infektivni otpad - spojiti štrcaljku s hepariniziranom otopinom na kateter, otvoriti lumen katetera i ispuniti kateter hepariniziranom otopinom

20.	- zatvoriti lumen katetera stezaljkom
21.	- odvojiti štrcaljku od katetera
22.	- staviti sterilni čep na kateter, krakove katetera zaštititi sterilnom kompresom pričvrstiti za kožu hipoalergijskim flasterom
23.	- rasporemiti upotrijebljeni pribor
24.	- svući rukavice, skinuti maske, oprati/dezinficirati i posušiti ruke
25.	- označeni uzorak krvi transportirati u predviđeni laboratorij s naznakom da je uzorak krvi iz CVK
26.	- dokumentirati postupak i izgled mjesta insercije

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK ZDRAVSTVENE NJEGE KOLOSTOME

---

---

### ***Naziv postupka***

Zdravstvena njega kolostome.

### ***Definicija postupka***

Zdravstvena njega kolostome je postupak koji se sastoji od higijene stoma otvora i okolne kože, izmjene ili pražnjenja vrećice za stolicu te izmjene stoma podloge (baze, pločice, diska).

### ***Provoditelj postupka***

Jedna medicinska sestra/tehničar.

### ***Trajanje postupka***

Trajanje postupka za:

- promjenu vrećice je 10 minuta
- promjenu pločice, vrećice i njegu kože 20 minuta

### ***Svrha postupka***

Svrha je postupka osigurati čistu i zdravu stomu i okolnu kožu. Osigurati eliminaciju stolice bez komplikacija. Smanjiti pacijentovu tjeskobu i osjećaj ugroženog dostojanstva.



### ***Osnovna obilježja postupka***

Kolostoma je kirurškim putem formiran otvor debelog crijeva na stjenci trbuha. Uzroci mogu biti različiti (maligne bolesti, invaginacija crijeva, ozljede itd).

Zdravstvena njega i previjanje stome ovise o vrsti stome.

Za njegu kolostome i eliminaciju stolice na tržištu postoji nekoliko vrsta pomagala:

- jednodijelne, dvodijelne, prozirne, neprozirne vrećice, s filtrom i bez, s ispustom i bez. Prema namjeni postoje i mini vrećice koje se koriste za kratka vremenska razdoblja.

Stoma - čep ili stoma – kapa nema vrećice za stolicu i koristi se samo za zaštitu stome prilikom kupanja ili plivanja.

Jednodijelna vrećica se sastoji od vrećice i vanjskog samoljepljivog dijela. Otvor na vrećici treba prilagoditi veličini stome.

Često skidanje takvih vrećica može uzrokovati oštećenje okolne kože stoga su dvodijelne vrećice bolji izbor. Dvodijelne vrećice se sastoje od silikonske podloge (pločice) s plastičnim prstenom za pričvršćivanje vrećice. Pločica se pričvršćuje na kožu i može ostati 3-5 dana, a mijenjaju se samo vrećice. Pločice treba izrezivanjem otvora prilagoditi otvoru stome.

Kod modelirajućih podloga izrezivanje je spomenutog otvora nepotrebno, već se topla podloga prstima modelira prema veličini otvora stome.

Medicinske sestre podučavanjem pacijenta, poticanjem na što raniju samostalnost za njegu vlastite kolostome, savjetima o izboru najboljeg pomagala, načinu prehrane, zajedničkom provjerom naučenog, doprinose vraćanju samopoštovanja, samopouzdanja i želje za brzim prilagođavanjem stilu života u novonastaloj situaciji.

### ***Procjena***

- psihofizičkog stanja pacijenta
- razine znanja pacijenta o njezi stome i njegove sposobnosti usvajanja znanja
- prostora i radnih uvjeta za izvođenje postupka (osvjetljenje, temperatura prostorije)
- izgleda i promjera stome pomoću mjerača

- kompatibilnosti između podloga i vrećica
- potrebnog pribora za njegu i promjenu stome
- stanja kože oko stome

### **Planiranje i provođenje postupka**

<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- kolica ili taca
	- odgovarajuće pločice, ljepilo i stoma vrećice
	- mjerač za mjerenje promjera stome
	- škariće
	- ogledalo - kada pacijent sam obavlja njegu
	- sušilo za posušiti kožu
	- smotuljci od gaze ili vlažne maramice
	- ph neutralan sapun, topla voda, lavor, trljačice
	- papirnati ručnici
	- tekućina za skidanje ljepila
	- zaštitna krema za kožu
	- jednokratne nesterilne rukavice
	- posuda za nečisto, vreća za komunalni i infektivni otpad
	<b>IZVOĐENJE</b>
2.	- predstaviti se, identificirati pacijenta, objasniti postupak, dopustiti pitanja te prikladno komunicirati s pacijentom tijekom izvođenja postupka
3.	- osigurati privatnost
4.	- oprati i posušiti svoje ruke
5.	- pacijenta smjestiti u položaj povoljan za izvedbu postupka – ležeći ili Fowlerov
6.	- kolica/tacu staviti uz krevet pacijenta
7.	- kod samoljepljivih vrećica izrezati otvor veličine stome
8.	- kod promjene podloge ako nije samodelirajuća također izrezati otvor
9.	- obući rukavice
10.	- pacijentov trbuh osloboditi odjeće

<b>MIJENJANJE PLOČICE I VREĆICE</b>	
11.	- skinuti staru vrećicu - ukoliko je samoljepljiva raditi vrlo oprezno zbog mogućeg oštećenja kože – jednom rukom pridržavamo kožu, a drugom nježno povlačimo vrećicu
12.	- odložiti vrećicu u vreću za komunalni otpad (ako je stolica zarazna vrećica se odlaže u infektivni otpad)
13.	- ukloniti fekalne mase mokrom trljačicom i odložiti u vreću za otpad
14.	- oprati okolnu kožu pH neutralnim sapunom i toplom vodom
15.	- nježno posušiti kožu papirnatim ručnikom
16.	- tekućinom ili vlažnim maramicama za skidanje ljepila očistiti kožu oko stome, odložiti u posudu za nečisto
17.	- tubicom ili vlažnim prstom nanijeti ljepilo oko unutarnjeg ruba otvora pločice
18.	- pričvrstiti pločicu na suhu kožu
19.	- izrez pločice i vrećice mora pokrivati kožu oko stome
20.	- sastaviti vrećicu s prstenom na pločicu
21.	- provjeriti prijanjanje
22.	- svući rukavice, dezinficirati i posušiti ruke
23.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj položaj
24.	- dezinficirati ruke i ponovo obući čiste rukavice
25.	- rasporemiti pribor i upotrijebljeni materijal (vreće infektivnog i komunalnog otpada iznijeti iz pacijentove sobe u prostor za nečisto)
26.	- svući rukavice, oprati i posušiti ruke
27.	- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta
<b>MIJENJANJE SAMO VREĆICE</b>	
	- primijeniti korake od 1-10
28.	- oprati, posušiti ruke i obući rukavice
29.	- skinuti vrećicu i odložiti u vreću za otpad
30.	- ukloniti fekalne mase papirnatim ručnikom, odložiti u otpad
31.	- oprati ili očistiti pločicu vlažnim maramicama i posušiti papirnatim ručnikom, odložiti u otpad
32.	- pričvrstiti novu vrećicu i provjeriti prijanjanje, pokriti trbuh pacijenta
33.	- svući rukavice, dezinficirati i posušiti ruke
34.	- smjestiti pacijenta u udoban ili prisilni položaj

35.	- ponovo obući čiste rukavice
36.	- rasporemiti pribor i upotrijebljeni materijal (vreće infektivnog i komunalnog otpada iznijeti iz pacijentove sobe u prostor za nečisto)
37.	- svući rukavice, oprati i posušiti ruke
38.	- evaluirati i dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROVOĐENJA MJERA KONTAKTNE IZOLACIJE PACIJENATA

---

### ***Naziv postupka***

Provođenje mjera kontaktne izolacije pacijenta.

### ***Definicija***

Kontaktna izolacija je skup mjera kojima se sprečava prijenos mikroorganizama direktnim kontaktom - nakon dodirivanja bolesnika, ili indirektnim - nakon dodirivanja kontaminirane okoline ili predmeta.

### ***Provođitelji mjera***

Svi članovi zdravstvenog tima i pomoćno osoblje.

### ***Trajanje provođenja pojedinih mjera***

Trajanje provođenja mjera možemo podijeliti na:

- pripremu sobe za izolaciju i osnovne opreme - 30 minuta (ukoliko ne postoji pripremljena soba za izolaciju)
- oblačenje zaštitne odjeće prije ulaznja u prostor izolacije - 5 minuta
- postupak s bolesnikom prema standardu određenog postupka
- svlačenje zaštitne odjeće nakon izlaženja iz prostora izolacije - 3 min.

### **Svrha provođenja mjera izolacije**

Svrha kontaktne izolacije je spriječiti prijenos i širenje mikroorganizama od pacijenta:

- 1) - ako postoji sumnja na infekciju (pojava znakova ili simptoma infekcije)
- 2) - ako je dokazano da boluje od infektivne bolesti
- 3) - ako je kliconoša (mikrobiološki nalaz koji upućuje na potrebnu primjenu mjera izolacije)
- 4) - ako je inficiran uzročnicima koji predstavljaju moguću opasnost za ostale bolesnike i osoblje.

### **Osnovna obilježja**

Bolesti koje zahtijevaju kontaktnu izolaciju su:

- crijevne infekcije (salmonele, šigele, klostridium difficile, rotavirusi, adenovirusi)
- respiratorne infekcije (RSV, parainfluenza, enterovirusne infekcije)
- kožne infekcije (skabijes, stafilokokne i streptokokne infekcije)
- multirezistentni uzročnici (npr. Methicillin- rezistentni staphylococcus aureus- MRSA, Vancomycin-rezistentni enterokoki (VRE), Imipenem rezistentni pseudomonas i dr.)

Pacijent se smješta u zasebnu sobu. Ako nije moguće izolirati pacijenta, treba ga kohortirati (grupirati u istu sobu s istom infekcijom), a bez drugih infekcija i omogućiti najmanje jedan metar razmaka između kreveta. Ako nije moguća niti kohorta, odvojiti ga od ostalih pacijenata paravanom uz primjenu svih ostalih mjera sprečavanja infekcija koje vrijede za postupak kontaktne izolacije.

Primjenjuju se standardne mjere zaštite:

- higijena ruku
- nošenje zaštitne maske, pregače i kape, rukavica, koje se skidaju unutar sobe i odlaze u crvenu vreću ili kantu za infektivni otpad, čišćenje okoline pacijenta, dekontaminacija

Zaštitne naočale se primjenjuju ako se očekuje prskanje tjelesnih tekućina. Prema procjeni, koristi se zaštitna pregača ili ogrtač. Ogrtač koji nije za jednokratnu upora-

bu može se koristiti dvadeset četiri sata nakon čega se odlaže u vreću za infektivno rublje. Nakon svakog skidanja ogrtač za višekratnu uporabu se vješa na vješalicu u prostoru izolacije - unutarnja strana prema unutra. Izolacija mora biti vidno označena oznakom „KONTAKTNA IZOLACIJA“. Poželjno je da soba za izolaciju ima pretprostor i sanitarni čvor. Ukoliko nema pretprostora, pribor za zaštitu i higijenu mora biti uz vrata sobe s vanjske strane u ormariću osiguran od kontaminacije. Vrata sobe za izolaciju moraju biti zatvorena. Racionalno planirati broj ulazaka i osoblja. U izolaciju ne ulaze djeca, trudnice i imunokompromitirano osoblje. Tim za kontrolu hospitalnih infekcija sudjeluje u nadzoru mjera izolacije.

Izolacija može utjecati na psihofizičko stanje pacijenta, što može izazvati promjenu ponašanja.

### **Procjena**

- prostora namijenjenog za izolaciju
- psihofizičkog stanja pacijenta
- pribora i opreme

### **Planiranje i provođenje postupka**

#### *Priprema prostora izolacije*

1.	PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA
	- oznaka za vrata o vrsti izolacije- kontaktna izolacija
	- pribor za higijensko pranje ruku postavljen na vidno mjesto blizu vrata
	- papirnati ručnici
	- alkoholni antiseptik za higijensko utrljavanje ruku
	- posuda za infektivni otpad s vrećom crvene boje
	- sabirnik za oštre predmete
	- posuda za dezinfekciju pribora za višekratnu uporabu
	- nužni namještaj i predmeti koji se lako čiste
	- pribor za njegu pacijenta

	- pribor za mjerenje vitalnih funkcija (termometar, slušalice, tlakomjer)
	- madraci i jastuci presvučeni nepromočivim perivim navlakama
	- zaštitna oprema (maske, rukavice, PVC pregače, ogrtači, zaštitne naočale ili vizir za lice)
	- nazuvci
	- kolica
<b>2.</b>	<b>IZVOĐENJE POSTUPKA</b>
	<b>-PRIPREMA PROSTORIJE ZA IZOLACIJU</b>
	- postaviti na vrata oznaku vrste izolacije
	- u sobu ulazi samo nužno potrebno osoblje
	- informirati sve koji ulaze u sobu da se moraju javiti sestri od koje će dobiti upute o ponašanju (higijensko utrljavanje alkoholnog antiseptika pri ulasku i prije izlaska, oblačenje zaštitnog ogrtača i način ponašanja u sobi pacijenta - zabranjeno je sjediti na krevetu – posteljina je kontaminirana, postupak sa zaštitnom odjećom pri izlasku iz sobe)
	- opskrbiti umivaonik priborom za higijensko pranje i brisanje ruku i postaviti na vidno mjesto blizu vrata alkoholni antiseptik
	- postaviti posudu s pedalom za infektivni otpad s vrećom crvene boje (posuda mora uvijek biti zatvorena). Zavezati vreću prije iznošenja iz izolacije.
	- postaviti spremnik za oštri otpad u izolaciju - oštri otpad treba odlagati u prostoru izolacije, a kada se napuni do 2/3 volumena treba ga čvrsto zatvoriti, iznijeti i odložiti u infektivni otpad.
	- pripremiti pribor za njegu pacijenta
	- pripremiti pribor za mjerenje vitalnih funkcija
	- pripremiti pribor za previjanje rane, ako je potrebno, u prostoru izolacije
	- svi predmeti koji se unose u izolaciju namijenjeni su korištenju samo za tog pacijenta, moraju biti za jednokratnu uporabu i odlažu se u infektivni otpad, a ako se koriste višekratno moraju biti perivi i podložni dezinfekciji visokog stupnja. Posuđe i pribor za jelo ne podliježe posebnim mjerama zbog samog procesa održavanja posuđa, te se ne odvaja u prostoru izolacije (pere se u strojevima na temperaturi od 800 C i obavezno dezinficira)



	- na kolica pred ulazom u izolaciju ili u pretprostoru izolacije pripremiti zaštitnu opremu (maske, vizir ili naočale, rukavice, jednokratnu pregaču ili ogrtač)
	- predmeti u izolaciji ne smiju se držati na podu
<b>3.</b>	<b>ULAŽENJE U PROSTOR IZOLACIJE</b>
	- ulazi samo planirano osoblje
	- prije ulaska u izolaciju oprati i posušiti ruke
	- obući rukavice
	- obući jednokratnu pregaču ili zaštitni ogrtač
	- staviti zaštitnu masku
	- primijeniti masku s vizikom ili zaštitne naočale kada postoji opasnost od kontaminacije sluznice očiju prskanjem tjelesnih tekućina
	- ući u izolaciju, zatvoriti vrata za sobom (vrata izolacije moraju uvijek biti zatvorena da se spriječi širenje mikroorganizama izvan prostora kontaktne izolacije)
<b>4.</b>	<b>POSTUPAK S PACIJENTOM</b>
	- planirati više radnji i postupaka prilikom ulaska u izolaciju
	- predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti pitanja (dobro objasniti razloge izolacije i provjeriti razumijevanje)
	- osobnu higijenu pacijenta izvoditi deterdžentnim antiseptikom po preporuci Povjerenstva za bolničke infekcije
	- odvojiti rublje pacijenta nakon presvlačenja u zasebnu crvenu vreću označenu natpisom infektivno rublje uz naziv odjela i odmah odnijeti u sabiralište
	- sav upotrijebljeni pribor koji se koristi za višekratnu uporabu dekontaminirati u posudi za dekontaminaciju u prostoru izolacije, te se u zatvorenoj posudi iznosi u prostor za daljnju obradu (pranje i sterilizacija)
	- u slučaju izlivanja infektivnog materijala potrebno je provesti postupak dekontaminacije površina prema protokolu Povjerenstva za bolničke infekcije
	- upotrijebljenu noćnu posudu prati i dezinficirati u termičkom dezinfektoru preporučenim dezinficijensom. Nakon dezinfekcije, suhu posudu vratiti u prostor izolacije

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pacijent ne izlazi iz bolesničke sobe osim ako mora zbog dijagnostičkih ili terapijskih postupka.</li> <li>- u slučaju respiratornih infekcija pacijent prije izlaska iz sobe stavlja respirator masku</li> <li>- presvlači čistu pidžamu, na papuče stavlja nazuvke</li> <li>- dezinficira ruke prije izlaska iz izolacije</li> <li>- na pretragu ide posljednji i ne zadržava se u čekaonicama</li> <li>- služba u kojoj se zbrinjava pacijent mora biti upoznata s razlozima takvog postupka, te mora provesti mjere čišćenja i dezinfekcije površina nakon odlaska pacijenta</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- svakodnevno dezinficirati površine okoline pacijenta (krevet, stolić, plohe ormara i ostale kontaktne površine - kvake, prekidače, tipkovnica za alarm, telefone, sve što bolesnik i osoblje dotiču), s dezinficijensom prema preporuci Povjerenstva za bolničke infekcije</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- odjel, na koji se premješta pacijent, prethodno obavijestiti o stanju pacijenta, a otpusna pisma moraju sadržavati podatke o izoliranim uzročnicima kako bi se mogle primijeniti mjere zaštite</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nakon transporta, kolica ili krevet, odnosno, korišteno sredstvo za transport treba temeljito oprati i dezinficirati</li> </ul>
<b>5.</b>	<b>IZLAZAK OSOBLJA IZ PROSTORA IZOLACIJE</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rukavice svući i odložiti u infektivni otpad</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skinuti zaštitnu pregaču ili ogrtač (višekratni ogrtač okrenuti unutarnjom stranom prema unutra i objesiti na vješalicu u pretprostoru izolacije ili tik do vrata u izolaciji)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- oprati i posušiti ruke</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- skinuti zaštitnu masku ako je korištena i odložiti je u infektivni otpad</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- izaći iz izolacije i zatvoriti vrata za sobom</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- primijeniti higijensko utrljavanje alkoholnog antiseptika u ruke</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dokumentirati postupak i stanje pacijenta</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obavijestiti Tim za kontrolu bolničkih infekcija o otpustu bolesnika iz izolacije</li> </ul>

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK PROVOĐENJA MJERA ZAŠTITNE (PROTEKTIVNE) IZOLACIJE PACIJENTA

---

### ***Naziv postupka***

Zaštitna (protektivna) izolacija pacijenta.

### ***Definicija***

Zaštitna izolacija je skup mjera kojima sprečavamo infekcije kod imunokompromitiranih pacijenata koji su podložni infekcijama od drugih osoba ili iz okoline. Pacijenti su imunokompromitirani nakon transplantacije, s neutropenijom, nakon alogene transplantacije hematopoetskih matičnih stanica, tijekom i nakon primjene invazivne kemoterapije, s opsežnim opeklinama i drugi.

### ***Provoditelji mjera***

Svi članovi zdravstvenog tima i pomoćno osoblje.

### ***Trajanje postupka***

Trajanje postupka možemo podijeliti na:

- priprema sobe za izolaciju i osnovne opreme - 30 minuta
- ulaženje u prostor izolacije - 3 minute
- postupak s pacijentom prema standardu određenog postupka
- izlaženje iz prostora izolacije – 2 minute

### **Svrha postupka**

Svrha je protektivne izolacije spriječiti, ili svesti na minimum kontakt imunokompromitiranog pacijenta s mikroorganizmima iz okoline (hrane, pića, osoblja i posjetitelja).

Protektivno izolacijsko okruženje pospešuje prevenciju moguće infekcije

### **Osnovna obilježja postupka**

Pacijent s niskim vrijednostima leukocita ( $<1000$ ), smješta se u sterilnu jedinicu s pozitivnim tlakom i filtracijom zraka HEPA filtrima. Pozitivni tlak u sobi sprječava ulazak mikroorganizama u sobu za zaštitnu izolaciju.

Ukoliko nije moguće osigurati sobu s pozitivnim tlakom i filtracijom zraka pacijent se smješta u jednokrevetnu sobu sa sanitarnim čvorom. Vrata sobe za izolaciju potrebno je označiti oznakom „ZAŠTITNA (PROTEKTIVNA) IZOLACIJA“. Soba treba imati pretprostor koji služi za odijevanje zaštitne odjeće i obavljanje higijene ruku osoblja i posjetitelja. U provođenju zdravstvene njege važno je ograničiti broj osoblja. Osoblje koje zbrinjava pacijenta treba biti zdravo. Hrana treba biti pripremljena kuhanjem ili pečenjem i dodatno sterilizirana. Zabranjeno je podgrijavati hranu, a posjetiteljima je zabranjeno donositi hranu i piće izvana. Invazivne dijagnostičke zahvate prvo planiramo za pacijente iz zaštitne izolacije. Dolazak na sve pretrage mora biti najavljen da se spriječi čekanje s ostalim pacijentima. Pacijentima iz protektivne izolacije pri izlasku iz sobe treba staviti zaštitnu masku, zaštitnu odjeću i zaštitnu obuću. Protektivna izolacija može utjecati na psihofizičko stanje pacijenta i uzrokovati promjenu ponašanja. Posjete se ograničavaju prema preporuci liječnika. Medicinska sestra informira posjetitelje koji ulaze u sobu o pravilima ponašanja, oblačenja zaštitne odjeće i provođenju propisane higijene ruku.

Primjenjuju se standardne mjere zaštite:

- higijena ruku svih koji su u dodiru s pacijentom, (pranje, dezinfekcija)
- nošenje zaštitne maske, zaštitne pregače, rukavica, nazuvaka za obuću – svi koji ulaze u prostor izolacije
- čišćenje i dezinfekcija poda i okoline pacijenta (pribor se koristi samo za taj prostor)
- oprema koja se koristi treba biti ograničena samo na tu sobu (npr. termometar, slušalice, tlakomjer)

## Procjena

- prostora namijenjenog za izolaciju
- psihofizičkog stanja pacijenta
- pribora i opreme koja se koristi u izolaciji

## Planiranje i provođenje mjera

1.	<b>PRIPREMA PROSTORA IZOLACIJE</b>
	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- oznaka za vrata o vrsti izolacije- ZAŠTITNA (protektivna) izolacija
	- kolica
	- pribor za higijensko pranje ruku postavljen u pretprostoru izolacije
	- alkoholni antiseptik za higijensko utrljavanje ruku
	- posuda za infektivni otpad s vrećom crvene boje
	- sabirnik za oštri otpad
	- nužni namještaj i predmeti koji se lako čiste
	- pribor za njegu i posteljina bolesnika – sterilna posteljina za sterilnu jedinicu
	- pribor za mjerenje vitalnih funkcija (termometar, slušalice, tlakomjer)
	- madraci i jastuci presvučeni nepromočivim navlakama
	- zaštitna oprema (maske, rukavice sterilne i nesterilne, jednokratne pregače, sterilni i nesterilni ogrtači, vizir (zaštita) za lice)
	<b>2. IZVOĐENJE POSTUPKA</b>
- postaviti na vrata oznaku vrste izolacije – ZAŠTITNA (PROTEKTIVNA) IZOLACIJA	
- postaviti posudu za odlaganje medicinskog otpada i oštrg otpada u pretprostoru izolacije	
- u pretprostoru izolacije osoblje mora oprati i dezinficirati ruke alkoholnim antiseptikom	
- obući sterilni ogrtač – za ulazak u sterilnu jedinicu, a nesterilni ogrtač ako nije sterilna jedinica	

	-staviti kapu, masku, zaštitne nazuvke
	- ponovo dezinficirati ruke (obući sterilne rukavice ako to zahtijeva standard izvođenja postupka kojega provodimo kod pacijenta)
	- svi predmeti koji se unose iz predprostora u izolaciju moraju biti sterilni ili dezinficirani
<b>3.</b>	<b>ULAŽENJE U PROSTOR IZOLACIJE</b>
	- ući u izolaciju, zatvoriti vrata za sobom. Vrata izolacije moraju biti uvijek zatvorena da se spriječi rizik ulaska zraka i kontaminacije površina izvana.
<b>4.</b>	<b>POSTUPAK S PACIJENTOM</b>
	- planirati više postupaka prilikom ulaska u izolaciju (npr. namještanje kreveta, kupanje pacijenta, previjanje rana, podjela terapije)
	- predstaviti se, objasniti postupak, dopustiti pitanja (dobro objasniti razloge izolacije i provjeriti razumijevanje)
	- osobnu higijenu pacijenta izvoditi deterdžentnim antiseptikom prema preporuci Povjerenstva za bolničke infekcije
	- svakodnevno dezinficirati površine okoline pacijenta (krevet, stolić, plohe ormara i ostale kontaktne površine - kvake, prekidače, tipkovnice za alarm, sve što pacijent i osoblje dotiču). Koristiti dezinficijens prema preporuci Povjerenstva za bolničke infekcije, planirati više radnji tijekom jednog ulaska u izolaciju
<b>1.</b>	<b>IZLAŽENJE IZ PROSTORA IZOLACIJE</b>
	- izaći u pretprostor i zatvoriti vrata izolacije
	- u pretprostoru skinuti zaštitnu odjeću (mantil okrenuti unutarnjom stranom prema van)
	- svući rukavice
	- oprati ruke ili utrljati alkoholni antiseptik, posušiti ih
	- dokumentirati postupak i stanje pacijenta

## STANDARDIZIRANI POSTUPAK HIGIJENE RUKU

---

---

### ***Naziv postupka***

Higijena ruku.

### ***Definicija postupka***

Higijena ruku je jedna od najvažnijih mjera u sprečavanju unakrsnih širenja infekcija u zdravstvenim ustanovama.

### ***Provoditelj postupka***

Postupak izvode medicinske sestre svih razina obrazovanja u svakodnevnom procesu rada. Higijena ruku je obvezni postupak svih sudionika u radnim procesima u zdravstvenim ustanovama.

### ***Trajanje izvođenja postupka***

Za izvođenje ovog postupka potrebno je od 30 do 60 sekundi.

### ***Svrha postupka***

Odstraniti patogene mikroorganizme koji prolazno kontaminiraju ruke u procesu rada.

Na rukama mogu postojati prolazni i trajni mikroorganizmi.

Prolazni mikroorganizmi nisu dio normalne flore i predstavljaju svježju kontaminaciju i obično preživljavaju samo kroz ograničeno vrijeme. Ruke se njima kontaminiraju u kontaktu s bolesnikom ili okolinom. Prolazna flora uključuje većinu mikroorganizama odgovornih za unakrsne infekcije npr. gram negativne štapiće (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp i *Pseudomonas* spp.), *Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus* i viruse, npr. rotaviruse. Odstranjuju se pravilnim pranjem ruku.

Trajni mikroorganizmi su normalna flora kože i uključuju koagulaza-negativne stafilokoke (uglavnom *Staphylococcus epidermidis*), članove roda *Corynebacterium* i *Propionibacterium* spp. Obično su smješteni duboko u epidermisu i ne mogu se lako odstraniti jednokratnim pranjem ruku. Rijetko uzrokuju infekcije, osim kada je riječ o implantatima i intravenskim mjestima.

### ***Osnovna obilježja postupka***

Primjena metode higijene ruku ovisi o procesu rada. Ruke i zapešće moraju biti oslobođene svakog nakita (prsten, sat, narukvice i sl.), nokti na rukama, moraju biti kratko podrezani, ne smiju biti umjetni. Koža ruku ne smije biti oštećena. Vidljiva oštećenja moraju biti zaštićena nepropusnim flasterom.

Higijena ruku jedna je od najjeftinijih, najjednostavnijih, najefikasnijih metoda u cilju sprečavanja i prijenosa bolničkih patogenih mikroorganizama s bolesnika na zdravstveno osoblje i obrnuto.

### ***Higijensko pranje/dezinfekcija ruku***

Ruke se moraju oprati prije i poslije svakog postupka.

Ruke su vidljivo prljave iznimno rijetko, prilikom kontakta s tjelesnim tekućinama i izlučevinama, ako se ne koriste rukavice ili ako se tijekom takvog rada rukavice poderu. Prljave ruke učiniti čistima može se samo pranjem sapunom pod tekućom vodom, losionom ili deterđžentnim antiseptikom.

### ***Dezinfekcija ruku utrljavanjem alkoholnih preparata***

Ruke su "nečiste" ako i nisu vidljivo prljave. Čiste ruke znači ruke slobodne od štetnih mikroorganizama.

Utrljavanje alkoholnih preparata se provodi:

- prije kontakta s pacijentom
- prije aseptičnih postupaka
- nakon izlaganju tjelesnim tekućinama



- nakon kontakta s pacijentom
- nakon kontakta s okolinom pacijenta

### **Procjena:**

Metoda za higijenu ruku ovisi o:

- vrsti radnog procesa
- tehničkim mogućnostima primjene određene metode
- osjetljivosti korisnika na preparate

### **Za provođenje postupka potrebno je osigurati:**

Umivaonike sa svom pripadajućom opremom i priborom (sredstva za higijenu ruku u odgovarajućim dozatorima, kvalitetne papirnate ručnike u zatvorenim kutijama, sredstvo za njegu ruku).

Sredstava za higijenu ruku (tekući sapun/losion, deterdžentni antiseptik, alkoholni dezinficijens), sredstva moraju biti djelotvorna, ali istovremeno slabo iritativna.

Alkoholni pripravak lako dostupan u zoni bolesnika, tj. na mjestu skrbi, džepno pakiranje (100 ml) ili odgovarajući dozator (500 ml-u zoni bolesnika).

### **Planiranje i provođenje postupka higijene ruku**

<b>1 HIGIJENSKO PRANJE I DEZINFEKCIJA RUKU</b>	
<b>1.</b>	<b>PRIPREMA PRIBORA I MATERIJALA</b>
	- provjera tehničko sanitarnih uvjeta za higijenu ruku (umivaonici, dozatori za tekući sapun, dezinficijens, papirnati ručnici)
	- kanta za otpad
	<b>IZVOĐENJE</b>
<b>2.</b>	- higijensko pranje ruku provodi se pod mlazom tekuće vode 30-60 sekundi

3.	- sastoji se od osnovnih pokreta koji su uvijek isti kako bi svi dijelovi ruku bili obuhvaćeni
4.	- navlažiti ruke vodom
5.	- nanijeti sredstvo za higijenu ruku iz dozatora
6.	- trljati dlan o dlan
7.	- desni dlan preko lijeve nadlanice
8.	- lijevi dlan preko desne nadlanice
9.	- dlan o dlan s ukriženim prstima
10.	- s obje šake obuhvatiti prste suprotne ruke
11.	- gornji dio prstiju trljati o suprotni dlan
12.	- kružno trljati desni palac o lijevi dlan i obratno
13.	- kružno trljati naprijed natrag vrhove prstiju i palca desne ruke o lijevi dlan i obratno
14.	- svaku radnju ponoviti pet puta u ukupnom trajanju 30-60 sekundi
15.	- temeljito isprati ruke pod tekućom vodom od dlanova prema vrhovima prstiju
16.	- obrisati papirnatim ručnikom tapkanjem
17.	- ako se ne može zatvoriti slavina na lakat ili fotosenzor, slavinu zatvoriti ručnikom ne dodirujući je čistim rukama
18.	- papirnati ručnik odložiti u komunalni otpad
<b>UTRLJAVANJE ALKOHOLNOG PRIPRAVKA (15-30 SEKUNDI)</b>	
19.	-nanijeti alkoholni antiseptik 3-5 ml. na ruke
20.	-preporučenim kretnjama utrljavati kroz 15-30 sekundi
21.	-ruke posušiti na zraku

## 2 KIRURŠKO PRANJE I DEZINFEKCIJA RUKU

### *Obilježja*

Ruke i podlaktice moraju se oprati prije provođenja sterilnih postupaka.

Kirurško pranje ruku traje 60 sekundi, a dezinfekcija, nakon sušenja ruku, traje još 3 minute. Ruke se posuše kvalitetnim papirnatim ručnicima ili sterilnim kompresama. Papirnati ručnici ne smiju biti od recikliranog papira. Kirurška dezinfekcija ruku izvodi se utrljavanjem alkoholnog preparata u vremenu od 3 minute. Alkoholni preparat najprije se, preporučenim kretnjama utrljava u šake, a zatim u podlaktice i na kraju ponovo u šake. Tijekom dezinfekcije kroz 3 minute uzimanje alkoholnog preparata se ponavlja, jer koža mora biti stalno vlažna. Po završenom utrljavanju pričekati da se šake i podlaktice posuše na zraku, a prije oblačenja sterilnih rukavica.

<b>POSTUPAK</b>	
1.	- prije ulaska u prostor sale oprati ruke na higijenski način (u garderobi operacijskog trakta, nakon presvlačenja i promjene obuće)
2.	- navlažiti ruke i podlaktice pod mlazom tekuće vode u prostoru operacijskog trakta predviđenom za kirurško pranje ruku
3.	- laktom potisnuti pumpicu dozatora
4.	- istisnuti u dlan 3-5ml tekućeg sapuna/losiona
5.	- temeljito nasapunati šake preporučenim kretnjama u trajanju od 1 minute prije prvog operativnog zahvata u danu
6.	- temeljito nasapunati prostore između prstiju trljajući sve površine
7.	- temeljito nasapunati podlaktice trljajući sve površine od prstiju prema laktu
8.	- temeljito isprati sve dijelove ruku i podlaktica od vrhova prstiju prema laktu
9.	- laktom potisnuti ručicu na kutiji u kojoj se nalaze sterilne četkice za nokte
10.	- potisnuti ručicu dovoljno snažno kako bi četkicu za nokte uhvatili na mjestu izlaska
11.	- sterilnu četkicu za nokte pažljivo prihvatiti drugom rukom, ako četkica ispadne uzeti novu četkicu
12.	- četkicu za nokte navlažiti pod tekućom vodom i tekućim sapunom/losionom na prethodno opisan način
13.	- četkicu za nokte koristiti samo za četkanje noktiju, a ne ruku i podlaktica – samo tijekom prvog dnevnog kirurškog pranja (desna ruka/lijeva ruka)
14.	- četkicu za nokte odbaciti u za to predviđenu posudu, ruke i podlaktice isprati od tekućeg sapuna/losiona od vrhova prstiju prema laktu
15.	- laktom zatvoriti slavinu
16.	- tapkanjem posušiti (ne brisati) ruke papirnatim ručnikom od dlanova prema laktu
<b>DEZINFEKCIJA RUKU NAKON KIRURŠKOG PRANJA</b>	
1.	- laktom potisnuti pumpicu dozatora, istisnuti u dlan alkoholni dezinficijens za utrljavanje (3-5 ml), za cijelo vrijeme utrljavanja (3 min) ruke moraju biti vlažne (istisnuti dezinficijens iz dozatora više puta prema potrebi)
2.	- trljati dlan o dlan, istu radnju ponoviti pet puta

## MJERE SPRJEČAVANJA INFEKCIJA

3.	- trljati dlan o dlan s isprepletenim prstima, istu radnju ponoviti pet puta
4.	- trljati desni dlan o nadlanicu lijeve šake trljajući i prostore između prstiju, radnju ponoviti pet puta
5.	- trljati lijevi dlan o nadlanicu desne šake trljajući i prostore između prstiju, istu radnju ponoviti pet puta
6.	- kružno trljati palac desne ruke lijevom rukom i palac lijeve ruke desnom rukom, istu radnju ponoviti pet puta
7.	- kružno trljati skupljene vrhove prstiju i palca desne ruke o lijevi dlan, istu radnju ponoviti pet puta
8.	- kružno trljati skupljene vrhove prstiju i palca lijeve ruke o desni dlan, istu radnju ponoviti pet puta
9.	- trljati gornju stranu prstiju desne ruke o dlan lijeve ruke, istu radnju ponoviti pet puta,
10.	- trljati gornju stranu prstiju lijeve ruke o dlan desne ruke, istu radnju ponoviti pet puta,
11.	- utrljati alkoholni dezinficijens lijevom rukom na desnu podlakticu, tako da cijela površina podlaktice bude vlažna
12.	- utrljati alkoholni dezinficijens desnom rukom na lijevu podlakticu, tako da cijela površina podlaktice bude vlažna
13.	- nakon utrljavanja alkoholnog dezinficijensa kroz 3 minute, posušiti ruke i podlaktice na zraku prije oblačenja sterilnih rukavica

